



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:
DRA. CERVONE NÉLIDA

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:
JULIETA LUDMILA, COCHA HEREDIA

TÍTULO DEL TRABAJO:
EL SESGO DE GÉNERO EN EL AUTISMO

SEDE:
LA RIOJA

DIRECTOR/A DE TIF:
LIC. FERREIRA, LAUTARO

FECHA DE PRESENTACIÓN:
26/07/2024

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364



**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Clasificación:

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Clasificación:

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

.....

.....

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
(011) 1565193479
informesba@barcelo.edu.ar

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090
(0380) 154811437
informeslr@barcelo.edu.ar

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
(03756) 15401364
informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas
Félix de Azara y Córdoba,
local 12, galería "El Paseo"
Tel.: (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres, tanto a mi papá Gustavo, como a mi mamá Laura, que apostaron en mi futuro y me dieron la posibilidad de poder cumplir uno de mis sueños que era poder estudiar esta hermosa carrera, que a pesar de los altibajos que transité en el camino académico durante estos cinco años, confiaron plenamente en mis capacidades intelectuales y en mi perseverancia para lograr egresarme.

A mi abuela Chabela que me acompañó con sus rezos en cada uno de mis parciales y finales para que yo pudiera aprobar todas las instancias, a mis abuelos maternos que desde el cielo me cuidaron y también me acompañaron simbólicamente en toda la carrera.

A mi novio Lautaro, que me acompañó incluso a la distancia con su escucha y amor incondicional, sosteniéndome la mano en los momentos más complejos cuando la vida se puso más difícil, confiando y alentándome siempre para que yo pudiera recibirme, incluso en los días más grises. Te amo mi compañero de aventuras.

A mis amigas Lucia y Victoria, mis dos grandes amigas de la vida que me brindan su cálida y fantástica amistad y me contuvieron con momentos de risas y alegría, por las juntadas, las pijamadas, las charlas profundas, pero sobre todo porque su amistad, amor y su confianza hacía a mí como futura psicóloga que siempre estuvo.

A mi compañera de universidad Natalia, que estuvo desde el primer año facultativo, y me abrió las puertas de su casa, por todos los momentos de estudio, de comidas, de prácticas estudiantiles, de parciales, de risas, enojos, tristezas y miedos que atravesamos en las adversidades universitarias, pero que pudimos atravesar aquellas instancias con fuerza y orgullo.

A mis suegros Susana y Jorge, y mis cuñaditas Alma y Paloma por hacerme parte y aceptarme como un integrante más de su familia, le agradezco especialmente a mi suegra por sus palabras de aliento cuando fueron necesarias, por ayudarme con las prácticas universitarias y por darme un lugar como futura profesional en su espacio laboral.

A la universidad Fundación Barceló y a todo el equipo de docentes por todas las enseñanzas y valores que me ayudaron a formarme no solo como profesional sino como persona. A mi profesor y asesor de tesis, Lic. Ferreira Lautaro por toda la paciencia, el acompañamiento, la confianza y el profesionalismo, desde los inicios hasta el final de este trabajo, y a la vicedirectora Lic. Stinernemann Viviana, por la gestión, la voluntad y la ayuda para realizar esta tesis incluso en otra provincia.

Y finalmente me agradezco a mí misma por todas las metas atravesadas, por no bajar los brazos en ningún momento, pero sobre todo por mirar siempre hacía adelante hasta conseguir este logro tan importante que es poder recibirme como licenciada en psicología.

A todos y a cada uno de ellos les dedicó con mucho cariño y honor mi título universitario.

Contenido

1. Introducción	1
2. Contextualización.....	2
3. Fundamentación	9
3.1. Justificación	9
3.2. Antecedentes.....	11
3.3. Planteamiento del Problema.....	12
3.4. Marco Teórico.....	13
Breve Recorrido Histórico sobre el Trastorno del Espectro autista.....	13
Recorrido Histórico sobre la Palabra Género y sus Diversas Definiciones.....	19
Evaluación Psicológica en la Época Contemporánea.....	23
La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – ADOS 2.....	30
Evolución Lineal e Histórica sobre los Instrumentos de Evaluación para el TEA....	48
4. Objetivos.....	57
5. Diseño Metodológico.....	58
5.1. Unidad de Análisis	58
5.2. Variables.....	58
5.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	60
6. Articulación Teórica-Práctica	61
6.1. Descripción del Trabajo Desarrollado	61
Capítulo 1. Análisis Comparativo	61
Capítulo 2. La teoría vs La Práctica Clínica	65
Capítulo 3. Entonces ¿Cómo se manifiesta y Evalúa el Trastorno del Espectro Autista en el Género Femenino, para evitar como Profesionales Diagnosticar de Manera Tardía y/o Errónea?.....	68
7. Conclusión	77
8. Referencias Bibliográficas.....	80
9. Anexo	83
9.1. Entrevistas a las Profesionales.....	83

1. Introducción

En relación a este trabajo integrador final, se buscó explorar, analizar y describir el fenómeno de sesgo de género que se encuentra presente en el instrumento de evaluación psicológica denominado como la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo "ADOS-2", en los/las profesionales que la administran, por ende se investigó que la influencia de dicho sesgo, puede presentar entonces la posibilidad de que el diagnóstico que se da en el género femenino en las etapas tempranas, arroje un falso negativo, debido al fenómeno de acomodación/camuflaje que puede presentar dicho género en la escala de evaluación mencionada, y, cómo esto impacta en la viabilidad de acceso a tratamientos tempranos y en la calidad de vida de las mujeres con autismo.

Si bien es cierto que este instrumento es el que se manipula de manera frecuente, tanto en la investigación clínica como en la evaluación diagnóstica del autismo, se pudo observar y analizar bajo estudios científicos recientes, que el género femenino presenta cierta acomodación de los síntomas durante la aplicación de las tareas del ADOS-2, siendo así que los signos visibles del autismo son menos visibles o incluso imperceptibles durante el periodo que dura esta evaluación. En relación a la idea anterior, cabe resaltar que también es necesario tener en cuenta la experiencia del psicólogo evaluador, debido a que podría llegar a interpretar de manera inequívoca las dificultades sociales y comunicativas de las niñas, ya que es probable que la misma camufle sus discapacidades sociales y por ende termine siendo diagnosticada de manera errónea o incluso recibéndolo de manera tardía durante el periodo de la adultez.

En función de lo planteado, se recopilaron los datos pertinentes desde la revisión bibliográfica científica, que permitan poder construir ciertas respuestas posibles a las incógnitas planteadas, y también, para ello, se realizarán las entrevistas semiestructuradas hacia los profesionales, para generar así una posterior articulación teórica que permita demostrar el proceso, que ha sido llevado a cabo, mediante la realización del trabajo de investigación, por lo que este proyecto se llevó a cabo en la provincia de Formosa Capital, específicamente en el Espacio Interdisciplinario Acuarela.

2. Contextualización

El Espacio Terapéutico Interdisciplinario Acuarela es un centro privado, que se encuentra en calle Brandsen 472, en Formosa, Capital, CP (3600). En el horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 12:00 y de 16:00 a 20:00 hs.

Se fundó en septiembre del año 2022, surgió como un proyecto en común por parte de las profesionales, ya que desde el año 2017 trabajaban juntas, pero un espacio más pequeño, hasta que lograron mudarse para formar Acuarela y así poder trabajar de manera independiente.

Se dedican a la atención de niños y jóvenes con desafíos en el neurodesarrollo, a partir de la edad de los dos (2) hasta los dieciocho (18) años. Desde el 2023, casi el ochenta por ciento (80%) de los casos que llegaban al espacio, eran diagnósticos con TEA, por lo que se trabaja de manera interdisciplinaria, para poder cumplir no solo con las necesidades y desafíos que los mismos presentan, sino que también como equipo lograr cumplir los objetivos terapéuticos para lograr un tratamiento adecuado hacia sus pacientes.

El objetivo fundamental es favorecer aquellas áreas donde el infante presenta mayores desafíos, y que tanto los niños/as, como el contexto en el que se desarrollan pueda adaptarse, para que tengan una mejor calidad de vida. Es por ello que trabajan desde el modelo social de la discapacidad, dado que este modelo lo que propone es salir de la mirada medicalizada de la enfermedad y plantear que el sujeto es un contexto, atravesado por factores económicos, políticos y socio-culturales, y no un hecho bruto de la biología; Y que la mayoría de las veces es la sociedad la que presenta las barreras, las actitudes negativas e incluso la exclusión hacia el sujeto como tal, negándole la oportunidad y las herramientas para poder vivir en una sociedad igualitaria.

El espacio cuenta con el diseño de intervención de tratamiento integrativo, que es llevado a cabo por la planificación de intervenciones interdisciplinarias por parte del equipo de profesionales, que consiste en orientación hacia los padres y/o grupo familiar, diseño e implementación de planes de apoyo educativo individualizados que aborden las necesidades específicas de cada paciente (incluyendo adaptaciones curriculares y estrategias de enseñanza que puedan ser llevadas a cabo en el entorno escolar), intervenciones psicoeducativas, tratamientos psicoterapéuticos individuales,

intervenciones en las áreas de desempeño ocupacional para el desarrollo de las AVD (actividades de la vida diaria), tratamientos especializados en rehabilitación neurocognitiva.

Para el año 2024 su proyección institucional se basa en incorporar nuevos profesionales como neurólogos, kinesiólogos, etc, expandiendo así el equipo profesional, para poder atender pacientes que presenten otro tipo de discapacidad. También desean realizar diversos talleres de capacitación hacia otros profesionales y también en las escuelas para que los padres puedan obtener mayor información sobre el espacio como tal, como así también generar concientización sobre el autismo y la discapacidad, hacia los alumnos y maestros, para generar una sociedad más colaborativa y solidaria que respete a todos por igual.

El nombre “*Acuarela*” fue elegido por las profesionales porque los colores claros que forman a la pintura, generan una sensación calma y positividad, y eso es lo que buscaban transmitir hacia las familias y/o pacientes que atravesaban un diagnóstico de discapacidad, intentaban definirlo como un mensaje hacia ellos, de que estaban ahí para acompañarlos de manera empática como equipo de profesionales. Es por ello que se refieren al espacio como “*un pedacito de cada una*”, ya que les costó mucho trabajo y sacrificio poder llevarlo a cabo, puesto a que una limitación que perciben es que como no reciben ayuda económica por parte del gobierno, deben sostenerlo ellas como profesionales y al ser todavía un lugar nuevo y un equipo pequeño, cuesta poder mantenerlo de manera privada, debido a la situación actual en la que se encuentra el país.

Equipo de profesionales del Espacio Interdisciplinario Acuarela

1. Conformado por cuatro áreas:
Terapia Ocupacional – Psicología – Psicopedagogía – Maestra de Apoyo
2. Integrado por:
 - 1 Terapista Ocupacional
 - 1 Psicóloga
 - 1 Psicopedagoga
 - 1 Maestra de Apoyo en Educación Especial
3. Sus funciones son:
 - Realizar el proceso de admisión hacia padres y niños/as
 - Construir un esquema terapéutico
 - Brindar un tratamiento integrativo
 - Realizar reuniones semanales con la familia para explicar cómo avanza el tratamiento del niño/a

El paciente que ingresa por primera vez al Espacio Interdisciplinario Acuarela, tendrá que realizar el **Proceso de Admisión** donde será evaluado principalmente por las cuatro áreas que componen al equipo. El área que inicia el proceso de atención se establece según la derivación que el neurólogo y/o el psiquiatra infantil explica en el diagnóstico y que por ende conlleva al proceso de derivación hacia las profesionales que conforman el Espacio Interdisciplinario y que será informada del caso como tal.

Luego de que el paciente es evaluado por las tres áreas, el proceso de admisión continua con las **Reuniones de Equipo**.

En las reuniones se plantean y se trabajan los siguientes ejes:

- Admisiones
- Reuniones con los padres
- Reuniones con la escuela
- Altas de Tratamiento
- Bajas de tratamiento

Teniendo en cuenta cada caso en particular se debe definir lo siguiente:

- Hipótesis diagnóstica
- Derivación al Neurólogo y/o Psiquiatra infantil para la detección del diagnóstico
- Utilización del instrumento de evaluación psicológica “ADOS-2” para obtener el diagnóstico de TEA.
- Entrevista con los padres
- Reuniones con los padres y la escuela para poder detectar dónde se encuentra la barrera que no permite que el paciente pueda adaptarse al ambiente
- Pronóstico
- Esquema de tratamiento integrativo

Diagnóstico: En el caso de que el equipo defina un diagnóstico, será utilizando por la psicóloga el instrumento de evaluación psicológica denominado como la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo “ADOS-2”, que permite recoger la información pertinente en base a la puntuación de corte para definir el Espectro Autista.

Dispositivo y Esquema de Tratamiento: Una vez que el paciente pasa por el proceso de admisión, se establece el esquema de tratamiento integrativo que será llevado a cabo de manera interdisciplinaria por el equipo de profesionales que conforman el Espacio Interdisciplinario Acuarela. Es importante aclarar que en el caso que el equipo no pueda sostener el tratamiento con el paciente, se realizara el proceso de derivación hacia otros profesionales para evitar así un tratamiento inadecuado y/o inequívoco que pueda afectar la salud mental y física del mismo.

También se tiene en cuenta al **Grupo Familiar**, ya sean los padres o tutores a cargo, que sean responsables de poder acompañarlo, dado que se los incluye desde que comienza hasta que terminan el tratamiento como tal. Cuentan con un espacio durante el proceso de admisión, de devolución de diagnóstico y también se les comenta cómo se llevará a cabo el tratamiento.

Durante el proceso de admisión y en la entrevista de devolución: Se establece que una vez al mes se realiza una reunión con el grupo familiar, que se denomina como “orientación hacia los padres” para poder explicar las modalidades del

tratamiento y permitir el lugar para que se planteen dudas y/o preguntas, así como también explicarles los avances y retrocesos que puede presentar el paciente, y poder brindarles las herramientas para que ellos puedan ayudar a mejorar sus habilidades y enfrentar juntos los desafíos, para generar un mejor contexto en el hogar, sobre todo en aquellos niños/as que presentan el diagnóstico de TEA.

Finalmente, cuando se logran definir dichos aspectos (diagnóstico, pronóstico, esquema, tratamiento, entre otros), el equipo llega a la conclusión y definición sobre el caso y se puede plantear lo siguiente:

a) El equipo define un esquema de tratamiento integrativo, en base al diagnóstico obtenido por otros profesionales, o que es realizado por la psicóloga del espacio, por lo que se decide trabajar de manera interdisciplinaria. Se realiza entonces la Entrevista de Devolución hacia los padres y posteriormente se construirá un informe sobre el caso del paciente.

Primeramente, se realiza entrevista con los padres y después con el niño/a para iniciar el proceso de admisión, luego al grupo familiar se les realiza la entrevista de devolución, donde se les procede a comunicar cómo será el tratamiento, se explicarán los motivos por los cuales se ha decidido que se configure de esa manera, y se preguntará si están de acuerdo con el mismo y se dejará un espacio para que los padres puedan plantear sus dudas e inquietudes al respecto.

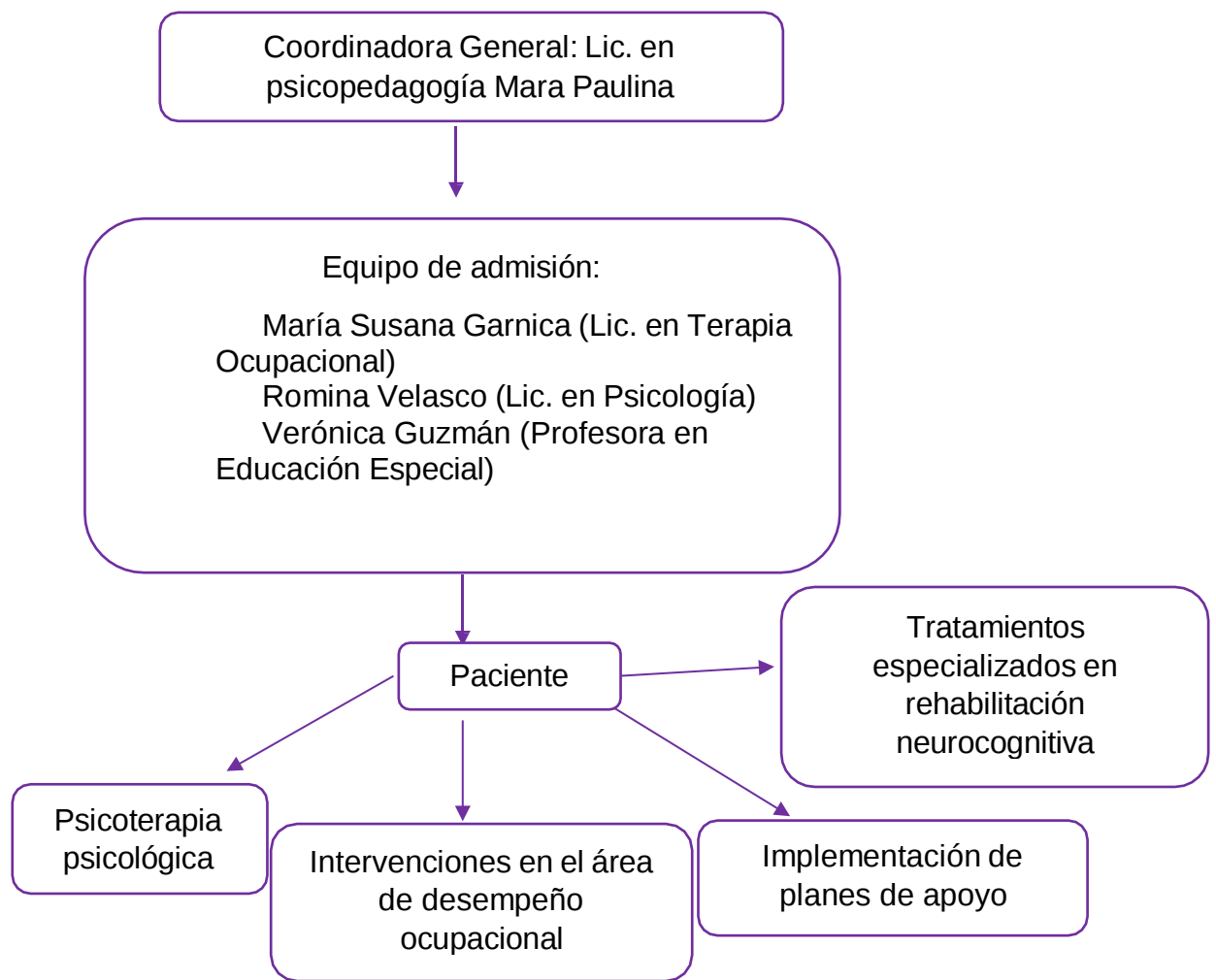
El informe se construye teniendo en cuenta las tres áreas de evaluación, en un principio cada área de manera individual, se encargará de redactar los puntos específicos a trabajar con el paciente, teniendo en cuenta las particularidades del caso; Y consecuentemente el equipo se reunirá para establecer las conclusiones y sugerencias en conjunto. De esta manera se da por finalizado el proceso de admisión, junto a la entrevista de devolución.

b) En el caso de que el diagnóstico tenga que ser realizado por la psicóloga del equipo, se realizará primeramente la entrevista con los padres y luego con el niño, luego se prepara el entorno y se elige el módulo adecuado, según la edad y el nivel de desarrollo del individuo. En el caso de los niños menores a la edad de tres (3) años, se aplica el módulo 1 que está dirigido aquellos que presentan un lenguaje preverbal escaso o que solo utilizan palabras sueltas, y también se puede aplicar el módulo 3 que está destinado a

niños y adolescentes entre la edad de cuatro (4) hasta los dieciséis (16) años, que presentan un lenguaje más fluido. Por lo que, de esta manera, se procede a recabar la mayor información de datos durante esta evaluación, para poder obtener así las puntuaciones que permitan después llegar a la interpretación de resultados, que lleva de esta forma al diagnóstico de TEA y por ende a la planificación de intervenciones para poder llevar a cabo el esquema de tratamiento.

En síntesis, el proceso de admisión atraviesa una serie de procesos hasta llegar al diagnóstico y poder entregarlo en la entrevista de devolución, por lo que el proceso de admisión no se acaba en la primera serie de entrevistas, sino que se prolongará en base a las particularidades que requiera el caso, para poder brindar así un plan de intervenciones terapéuticas adecuado.

Organigrama institucional de Espacio interdisciplinario Acuarela:



3. Fundamentación

3.1. Justificación

El ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Segunda Edición) es denominada como una herramienta crucial dentro del campo de evaluación del Trastorno del Espectro Autista (TEA), está diseñado para elucidar un diagnóstico diferencial y por ende poder distinguir el TEA de otros trastornos del desarrollo o problemáticas de la salud mental que pueden llegar a presentar una sintomatología similar. Cabe resaltar que la utilidad del ADOS-2 no se limita solo al diagnóstico, dado que también desempeña un papel fundamental en la planificación de intervenciones por parte del trabajo de dichos profesionales, se plantea entonces que los resultados de la evaluación, proporciona información valiosa para diseñar programas de tratamiento personalizados que aborden las necesidades específicas de cada individuo (Fernandez, 2023, pág. 2).

Sin embargo, el trastorno del espectro autista (de ahora en más TEA) se diagnostica hasta tres o cuatro veces más en el sexo masculino que en el femenino, debido a que esto se ve reflejado en las diferentes hipótesis que dan respuesta a este fenómeno, en base a la existencia de los sesgos masculinos en la identificación de rasgos autistas en la población infantil y la teoría del camuflaje (masking) en las niñas con TEA, por lo que el diagnóstico tardío y la falta de identificación de mujeres autistas, se explica en gran parte a las expectativas de género en cuanto a su comportamiento.

En relación a la idea anterior, se creía que la relación entre la prevalencia de autismo en hombres y mujeres, era cada cuatro (4) hombres, una (1) mujer, pero estudios científicos recientes sugieren que la proporción actual más cercana es cada tres (3) hombres, una (1) mujer, considerando así, que existe una clara evidencia de que el autismo se detecta tardíamente en el género femenino e incluso reciben diagnósticos inadecuados o nunca llegan a recibir un diagnóstico de autismo como tal. Siendo así que no solo tienen menos probabilidad de recibir un diagnóstico precoz, sino que además hay más posibilidades de recibir tratamientos inequívocos, ya que se confunden con otro tipo de trastornos de salud mental como pueden ser: trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de la conducta alimentaria (TCA), esquizofrenia, entre otros (Montagut, Romero, Fernández Andrés, & Cerezuela, 2018).

Debe puntualizarse que además del sesgo de género, los instrumentos de evaluación, y en muchos casos, el juicio clínico de los profesionales están diseñados y entrenados para identificar rasgos de autismo en poblaciones infantiles predominantemente masculinas.

El objetivo de esta investigación es poder evidenciar la importancia de que las infantes femeninas, puedan recibir un diagnóstico a una temprana edad, y, asimismo poder ampliar y problematizar la mirada sobre cómo los profesionales abordan los aspectos de género en los diagnósticos de TEA y el impacto que esto conlleva en la posibilidad de que surjan diagnósticos con resultados erróneos y/o tardíos, que pueden interferir con la salud mental y la calidad de vida de las mismas, influyendo así de manera negativa.

En relación a la problemática expuesta, lo que motiva el presente trabajo de investigación es poder explicar a través de la investigación bibliográfica, el abordaje de diferencias de género en la evaluación del TEA con el ADOS-2 y como los profesionales que lo implementan debe ser consciente de dichas diferencias que pueden influir en la presentación de este trastorno, por lo que deben estar capacitados y actualizados para brindar una atención centrada en el individuo.

El interés de este trabajo de investigación es dilucidar cómo los profesionales de la provincia de Formosa están llevando a cabo la implementación de la herramienta diagnóstica, y por ende se ha explorado en esta investigación, el aspecto de los sesgos de género en dicho uso de la herramienta diagnóstica y determinar cómo esto influye-impacta en la posibilidad de brindar diagnósticos y tratamientos adecuados dentro del campo clínico en la población femenina infantil.

Considerando entonces lo desarrollado hasta aquí, surgen las siguientes preguntas: ¿Cuál es el grado de conocimiento y de formación de los profesionales de salud mental en la provincia de Formosa sobre el ADOS-2?, ¿Cuál es la percepción de los profesionales de salud mental en la provincia de Formosa sobre la especificidad del ADOS-2 en la detección del autismo en niñas, y cómo esta percepción puede estar influenciada por sesgos de género?

3.2. Antecedentes

El término “autismo” realizó su primera aparición en el año 1911 en el tratado de psiquiatría de Gustaf Aschaffenburg, clasificándose bajo el nombre de “Grupo de Psicosis Esquizofrénicas”, una denominación utilizada por Eugen Bleuler que, aunque introdujo la palabra “autismo” esta fue entendida como un síntoma, dentro de un síndrome como es la esquizofrenia. Sin embargo, la primera descripción del autismo se remonta hacia el año 1924, la neuropsiquiatra Grunya Sukhareva publicó un artículo en el que caracterizaba a seis niños que mostraban “tendencias autistas”. Resulta importante destacar que la descripción de Sukhareva que realizó en ese momento, representa una notable similitud con lo que actualmente se clasifica como “Trastorno del Espectro Autista” (TEA). Durante su estudio se lograron identificar características claves del autismo que incluían la “persecución de intereses particulares de manera exclusiva, la tendencia a aislarse y la falta de expresividad facial o motora”. Es necesario resaltar que hizo hincapié en la presencia de sensibilidades específicas a estímulos como sonidos y aromas, lo cual está relacionado con la dimensión sensorial del autismo.

Esta caracterización descrita por la neuropsiquiatra se produjo dos décadas antes que Leo Kanner y Hans Asperger, por lo que esto comprueba que ellos no fueron los pioneros en descubrir el autismo como tal, dado que la comprensión contemporánea del TEA, guarda una mayor semejanza con las primeras descripciones de Grunya Sukhareva que con las investigaciones posteriores de Leo Kanner en su artículo el “Perturbaciones autistas del contacto afectivo” (*“Autistic disturbances of affective contact”*) en 1943 y la “Psicopatía autista” de Hans Asperger en 1944. No obstante, su trabajo ha sido sistemáticamente pasado por alto en los círculos académicos y una de las hipótesis que reafirma este fenómeno son tanto su género como su nacionalidad soviética, ya que se encontraba en un periodo especialmente marcado por la segunda guerra mundial (Fledni, 2023).

3.3. Planteamiento del Problema

La ley salud pública declarada de interés nacional por el abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan trastorno del espectro autista **N.º 27.043**, fue sancionada el diecinueve de noviembre y promulgada el quince de diciembre en el año 2014, siendo un gran paso para las personas con discapacidad, debido a que responsabilizaba al estado para que pueda efectuarse y cumplirse la ley a nivel nacional, siendo así que, según el “Artículo N.º 1” de la misma declara la investigación clínica y epidemiológica en la materia, así como también en la formación profesional en su pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, así como su difusión y el acceso a las prestaciones, proponiendo así un abordaje a nivel de la salud mental de las personas con discapacidad.

Visto de esta forma, este trabajo buscó orientar y dilucidar el cuestionamiento a uno de los artículos que explica la misma, “Artículo N.º 2, punto f)” que es establecer los procedimientos de pesquisa, detección temprana y diagnóstico de los TEA, acorde al avance de la ciencia y la tecnología.

Es necesario entonces que en base a lo anteriormente planteado, que los profesionales que se encargan de realizar el proceso diagnóstico mediante el uso de la herramienta ADOS-2, estén actualizados sobre las diferencias sexuales que puede presentar el trastorno, ya que existe una creciente evidencia de que los procedimientos diagnósticos que se utilizan para llegar al diagnóstico, podrían no capturar con exactitud la manifestación femenina del TEA, produciendo un desequilibrio estadístico en las tasas de prevalencia según el sexo.

En función del análisis precedente, se ha optado por definir como pregunta guía de investigación: **¿Cómo evalúan los profesionales de salud mental en la provincia de Formosa la sensibilidad y especificidad del ADOS-2 en la detección de comportamientos autistas en niñas, y cómo consideran que estos aspectos pueden estar influenciados por sesgos de género, durante el periodo de junio del año 2024?**

3.4. Marco Teórico

Breve Recorrido Histórico sobre el Trastorno del Espectro autista

Leo Kanner era un psiquiatra infantil que publicó su artículo en una prestigiosa revista, presentado de forma detallada, los historiales de once niños y niñas que mostraban una serie de características comunes esenciales y conformaban “un único síndrome, no referido hasta el momento”, aunque presentaban diferencias en el grado de perturbación y la manifestación de rasgos específicos, destaca tres síntomas principales: aislamiento profundo para evitar el contacto afectivo, el lenguaje (ecolalia) y la inmutabilidad (la fijación de expresiones “irrelevantes” y la literalidad de las palabras). Para todos los casos el inicio de las perturbaciones autistas se situaba desde el comienzo mismo de la vida o hasta los primeros 30 meses (tres años de edad) del niño/a, a diferencia de la demencia infantil, que presentaban un período inicial de aparente normalidad.

Treinta años después de la publicación sobre las perturbaciones autistas, Kanner informó sobre la evolución de cada uno de los once (11) casos. Allí confirmó la inexistencia de alucinaciones y delirios, aportando al diagnóstico diferencial con la esquizofrenia infantil. A diferencia del esquizofrénico, que intentaba resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado para los niños autistas, se comprometían gradualmente, acercándose y sondeando cautelosamente un mundo en el cual habían sido completamente extranjeros desde el comienzo (Bellone Cecchin, 2021, pág. 4).

Hans Asperger era un pediatra Vienés, utilizó el término psicopatía autista y también recogió cuatro casos clínicos en donde los niños identificados, presentaban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora. Asimismo, investigaciones recientes han revelado un aspecto más sombrío del rol de Asperger en ese periodo histórico. Se ha descubierto que el pediatra aplicaba un tipo de filtro en su práctica, y aquellos pacientes autistas que eran considerados como “irrecuperables” eran enviados a una clínica donde se les practicaba la eutanasia (Fledni, 2023, pág. 7).

En 1952 apareció la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders) (DSM- I) con el fin de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales. Tanto en el DSM I y II surgió una confusión entre autismo y psicosis, ya que los niños que presentaban características descritas en el autismo eran diagnosticados y clasificados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”, puntualizándose como: “La condición que puede manifestarse como conducta autista, atípica y como característica adicional con retraso mental” (Artigas Pallares & Pérez, 2011).

En 1980 con la publicación del DSM-III, se incorporó el autismo como categoría diagnóstica específica, es decir que se contemplaba como una entidad única, denominada “autismo infantil”, por lo que para llegar a su diagnóstico se requerían seis condiciones que debían estar presentes en el niño/a, los cuales eran:

- Inicio antes de los treinta (30) meses
- Déficit generalizado de receptividad hacía a las otras personas
- Déficit importante en el desarrollo del lenguaje
- Si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada e inversión de nombres
- Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados
- Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia.

En 1994 apareció respectivamente el DSM-IV, si bien no planteaba modificaciones sustanciales, representaron un nuevo cambio radical, definiendo cinco categorías del autismo: Trastorno autista, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

En 1979 Lorna Wing y Judith Gould emplearon el término Trastornos de Espectro Autista planteando lo que se conoce como “la triada de Wing”, la cual implica que quienes estén dentro de este espectro tendrán afectadas las siguientes dimensiones del desarrollo:

- Trastorno de las relaciones sociales
- Trastornos de la comunicación verbal y no verbal, ausencia de la comunicación verbal y no verbal,
- Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa

Y posteriormente añadió;

- Centros de interés restringido
- Conductas repetitivas y déficit en la integración sensorial.

Es necesario puntualizar que este estudio permitió identificar pacientes que, si encajaban en el patrón descrito por Kanner, pero a su vez aquellos que no encajaban en el perfil podrían ajustarse en menor o mayor grado a la triada. Siendo así que estos datos ponían en evidencia que no se podían establecer límites categóricos entre los distintos pacientes detectados como establecían las categorías propuestas por el DSM. De esta manera con el tiempo esta percepción se ha ido consolidando y actualmente es aceptada por la mayoría de expertos en el campo científico (Artigas Pallares & Pérez, 2011).

Después de este breve repaso histórico, en 1992 Jim Sinclair fundó la asociación ANI (Autism Network International), junto a otros adultos autistas, permitiendo así que las voces y perspectivas de las personas autistas obtuvieran un mayor reconocimiento, puesto a que la ANI abogó la idea que el autismo no es una enfermedad, sino un estilo de procesamiento cognitivo diferente a las personas neurotípicas (personas con un estilo de procesamiento cognitivo normal).

En 1998, la socióloga australiana Judy Singer que también fue diagnosticada como autista, acuñó el término “Neurodiversidad”, definiéndolo como “una diversidad neurológica”. Este concepto ha desempañado un gran paso para la comunidad autista y un papel fundamental en el cambio de perspectiva hacia el autismo y otras condiciones, promoviendo la idea de que la variabilidad neurológica es una parte natural y valiosa de la diversidad humana (Fledni, 2023, págs. 8-9).

Finalmente, en el año 2013, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó el DSM-V, el cual fue el resultado de más de una década de investigación, logrando consolidar conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de Trastornos Generalizados del Desarrollo (incluyendo el Síndrome de Asperger) por la conceptualización de Trastorno del Espectro Autista (TEA). De la misma forma, agrupará los criterios del trastorno cualitativo de la relación social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio definido como un déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo. Dentro de este criterio se contemplarán problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas al nivel de desarrollo (APA, 2013).

También se reemplaza la necesidad de que los síntomas se presentes antes de los tres años de edad, por la necesidad de que puedan presentarse durante la etapa de la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades.

El DSM-V termina definiendo los síntomas de la siguiente manera:

A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:

- Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir interés o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social
- Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social; la presentación va desde una baja integración de comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual.

- Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores); la presentación a desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas

B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:

- Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas)
- Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios)
- Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad y objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes)
- Hiper o hipo reactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos)

C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades

D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

Resulta necesario explicar que también se agregan dentro de esta conceptualización de síntomas, se agregan los “niveles de apoyo”, que consisten en tres grados diferentes de apoyo, según las necesidades individuales que pueden variar a lo largo de la vida de una persona autista.

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 3: requiere un 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 un 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.
Nivel 1: requiere apoyo	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.

Recorrido Histórico sobre la Palabra Género y sus Diversas Definiciones

Desde la antropología, su interés se ha centrado primeramente en la representación de cada cultura sobre los comportamientos y las diferencias que se desempeñan entre hombres y mujeres, fue así como en 1942, el autor Linton señaló que todas las personas aprenden sobre los roles basados en la división de su sexo, y que por ende constituyen el fundamento de identidad psicológica para cada individuo. Pero, por otro lado, el mayor problema de esta división reside en la obligatoriedad de tener que cumplir con estas expectativas impuestas por la sociedad, y que aquellos/as que no lo llevan a cabo, serán marcados como “anormales”. Puesto así que se desarrolló entonces la primera ola del movimiento feminista que empezaron a cuestionar sobre la fundamentación biológica de la división sexual de las esferas masculinas y femeninas, que colocaban a la mujer en una posición de opresión y sumisión, y es por ello que Simon de Beauvoir desarrolló la primera formulación sobre el concepto género, explicando así que las mujeres adquieren las características femeninas mediante un proceso social y no como una herencia natural de su sexo, a esta definición se le sumó la antropóloga Gayle Rubin (1975), que en su estudio pionero planteó que el sistema sexo/género es el conjunto de normas a partir de las cuales una sociedad se rige, permitiendo que esta reflexión de pie a la presente investigación psico-social.

Por otra parte, el psicoanalista y psiquiatra Robert Stoller (1968) propone una diferenciación entre sexo que cuenta con bases biológicas y el género con bases psicológicas y sociales, por el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias ritos y costumbres atribuidos al mismo, entendiendo así que el género alude al comportamiento y a los rasgos de personalidad del sujeto. No obstante, desde el enfoque sociológico, se aborda el estudio sobre las percepciones culturales sobre el género y la sexualidad, ya que se suele definir a los hombres con categorías de estatus y función social (“guerrero, cazador”) y a las mujeres por las relaciones que típicamente corresponden a sus funciones de parentesco hacia los hombres (“esposa”, “madre”, “hermana”). Esto permite explicar lo que el antropólogo y sociólogo Lévi-Strauss expone en su texto “parentesco y matrimonio”, ya que en la mayoría de las sociedades el prestigio masculino provenía del estatus de la esposa que podía afectar el prestigio de los futuros hijos y la familia (Rubén, 2017).

La identidad sexual en cambio, es el resultado del juicio que cada individuo realiza acerca de su propio cuerpo, ya sea que se identifique como hombre o mujer, decía Bem (1978) que la identidad sexual se ha basado tradicionalmente en tres componentes: la preferencia sexual, la identidad de género y la identidad del rol sexual. Sau (1993) señalaba que género tiene una doble vertiente: **la colectiva**, en cuanto a que implica la adaptación de las personas a las expectativas de la sociedad y, por lo tanto, a los roles de género; **y la individualidad**, referida a cómo vive cada uno su propio género y mantiene su individualidad respecto a los demás. Por lo tanto, la definición de identidad de género alude a la percepción personal que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género, que podría o no coincidir con sus características anatómicas sexuales. En otras palabras, ¿Existe, en consecuencia, una relación directa entre los factores biológicos y la identidad de género? Cuando los bebés nacen, no llegan al mundo con una identidad de género predeterminada, pero, de acuerdo a los genitales externos, se realiza entonces una asignación en base a su sexo biológico, que estará sustentado por las experiencias de crianza del individuo durante sus primeros años de vida y que con el tiempo se irán reforzando continuamente (Jayme & Sau, Psicología Diferencial del Sexo y el Género Fundamentos, 2004, págs. 60-63).

Estando estrechamente vinculada a los roles de género que determinan el conjunto de normas sociales y comportamentales generalmente percibidas como apropiadas para los hombres y mujeres en grupo o sistema social, en función de la construcción socio-cultural sobre la femineidad y masculinidad, que, si bien cada cultura puede diferir, hay una distribución que se reconoce como universal respecto a esta diferenciación (esfera doméstica, laboral, parental, entre otras). Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, la identidad de género corresponde a uno de los esquemas más importantes del autoconcepto, fue así como la psicóloga Sandra Bem, a partir de su teoría del esquema de género y sus hallazgos sobre la personalidad andrógina (libre de juicios, que integran tanto características femeninas como masculinas) pone de relieve cómo los individuos que tienen un esquema de género rígido perciben, sienten, piensan y actúan en dependencia de él, y quienes por el contrario, han llegado a trascender los roles asignados, sobre cómo perciben, sienten, piensan y actúan en libertad.

Esto le permitió crear el primer instrumento denominado como el **BSRI** (inventario de roles sexuales), que estaba orientado a medir la instrumentalidad-masculinidad y expresividad-feminidad como dimensiones independientes, era un cuestionario que mide las respuestas de las personas en función de la percepción autopercebida de atributos expresivos e instrumentales positivos y que se consideran socialmente deseables para hombres y mujeres, respectivamente; es por ello que la base teórica de su cuestionario se centra en el procesamiento cognitivo y las dinámicas motivacionales de las personas tipificadas sexualmente. Luego de estudios posteriores llevados a cabo con el **BSRI** y una reformulación basada en una cuádruple tipología de esquema de género que clasifica a los individuos en masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados, es decir que se refiere a que estos tienen la misma cantidad de rasgos tipificados como masculinos y femeninos (Sebastián, Aguñiga y Moreno, 1987); Es por ello que la autora definió a la tipificación sexual como el proceso que convierte al hombre y a la mujer, en masculino y femenino, y que por el contrario la androginia permite dilucidar, que el comportamiento humano huye de la tipificación sexual.

Por lo que la sociedad debería dejar de proyectar el género en las situaciones que son ajenas a los genitales, y empezar a resistirse a usar *“los lentes de género”* que solo estructuran nuestra percepción del mundo en categorías que estructuran el comportamiento masculino (boxear, afeitarse, levantar pesas, etc) y femenino (maquillarse, andar con zapatos de tacón alto, usar polleras y vestidos, etc), ya que solo impone limitaciones para ambos sexos (Rubén, 2017).

A diferencia de lo que se planteó anteriormente, la expresión de género es el conjunto de elementos externos que una persona utiliza para expresarlo ya sea de forma normativa que es acorde a la identidad de género, mientras que la no normativa se denomina como género no conforme (GNC), es decir que entre hombres y niños que son GNC, presentan una expresión de género afeminada y, entre mujeres y niñas, aquellas que muestran una expresión de género masculina, independientemente de si su orientación es heterosexual u homosexual (Wikipedia, Expresión de género, 2024).

Si bien el género se construye culturalmente, no es el resultado causal del sexo, ya que no es tan aparentemente rígido como el mismo en sí, por lo que no puede afirmarse entonces que un género es únicamente producto de un sexo, sino que

puede pensarse más allá de un límite lógico. A partir de la distinción sexo/género muestra una discontinuidad radical entre cuerpos sexuados y géneros culturalmente contruidos, esto nos permite poner en duda la estabilidad del sexo binario, ya que no está claro que la construcción de “hombres” dará como resultado únicamente cuerpos masculinos o que las “mujeres” interpreten solo cuerpos femeninos, por lo que no hay ningún motivo para creer que también los géneros seguirán siendo sólo dos. Es así que cuando la condición contruida del género se teoriza como algo completamente independiente del sexo, el género mismo pasa a ser una especie de “artificio ambiguo”, con el resultado de que hombre y masculino pueden significar tanto un cuerpo de mujer como de un hombre, y mujer y femenino tanto uno de hombre como uno de mujer.

En síntesis, el género hasta ese momento histórico de la sociedad, había sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferencia sexual; tal interpretación da lugar a un conjunto de representaciones sociales, prácticas, discursos, normas, valores y relaciones, que estructura tanto la percepción como la organización concreta y simbólica de toda la vida social del ser humano (Butler, 1999, págs. 54-56).

Evaluación Psicológica en la Época Contemporánea

También es necesario retomar el contexto histórico de la evaluación psicológica para poder entender cómo ha influido en la creación de los instrumentos a lo largo de su evolución, es por ello que Francis Galton (1822-1911), es considerado uno de los fundadores de la evaluación psicológica, que desarrolló estrategias para evaluar diferencias individuales a través de variables psicológicas. En 1883, publica *“Investigaciones sobre las facultades humanas y su desarrollo”* que es una contribución fundamental en el desarrollo de los test mentales, sus aportaciones a la Evaluación Psicológica se circunscriben a cuatro líneas: a) la importancia en la recolección de datos (físicos, sensoriales, perceptivos y de habilidades motrices), b) el énfasis en un enfoque cuantitativo con base en un esquema de curva normal, c) el desarrollo y uso de aportaciones en el campo de la estadística (como las medias, desviaciones, coeficientes de correlación y análisis de regresión, y d) la insistencia en la importancia de la heredabilidad, utilizando árboles genealógicos para explicar características psicopatológicas o habilidades talentosas en ciertos individuos o grupos de personas (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, págs. 8-9).

El americano James Mckeen Cattell (1861-1934) discípulo de Wundt y Galton, emplea pruebas psicofísicas, del estilo de las desarrolladas por Galton, para evaluar la capacidad de los sujetos para identificar diversos estímulos o realizar diversas funciones motoras. Acuña conceptos relevantes como el de “test mental”, sus estudios sobre las capacidades intelectuales en estudiantes universitarios median la discriminación sensorial y los tiempos de reacción. Entre sus principales aportaciones se encuentra el desarrollo y uso de instrumentos con pruebas objetivas, para medir variables psicológicas asociadas a las funciones sensoriales, perceptivas y motoras. De la misma forma que Galton y Wundt, rechazó la valoración introspectiva defendiendo el uso de procedimientos objetivos (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, pág. 10).

Lighthner Witmer (1867-1956) es conocido por ser el creador del término “psicología clínica” y el cofundador en 1896 de la primera clínica psicológica en los Estados Unidos, destacó no solo por no limitar el campo de la evaluación a la administración e interpretación de los test mentales, sino que también por la inclusión de técnicas clínicas. Por otro lado, desde la perspectiva psicométrica, Karl Pearson (1857-1936) y Charles Spearman (1883 -1945) proponen métodos, correlaciones que

posibilitan, y favorece, la construcción de instrumentos de evaluación (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, pág. 10).

En el mismo espacio contemporáneo, pero en otra línea de aproximación a la Evaluación Psicológica, desde los procesos inconscientes, el psicoanálisis se iba abriendo paso en la conceptualización del funcionamiento psíquico de la persona, pero desde un enfoque clínico psicopatológico. Sigmund Freud (1856-1939) y Carl Jung (1875-1961), abrieron un amplio campo al desarrollo de los modelos psicodinámicos, también es importante considerar el trabajo de Melanie Klein (1882-1960), quien desarrolló una técnica de evaluación infantil basada en el juego (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, págs. 11-12).

Desarrollo entre Guerras

Dentro del mismo período, Rorschach (1884-1922) en 1921 publica su obra “*Psicodiagnóstico*”, siendo uno de los primeros en desarrollar un test sistemático de la personalidad basado en la estructuración de respuestas sobre el contenido proporcionado en la interpretación de unas manchas de tinta. Estas pruebas ofrecían un mínimo de estructura y era la persona evaluada la que tenía que estructurar el contenido, proyectando sus características de personalidad (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, pág. 13)

La Evaluación Psicológica vuelve a tener impacto en la parte clínica, y está apertura a nuevos ámbitos, provoca un crecimiento en dos grandes áreas, la primera en los modelos psicométricos, y la segunda en la evolución de la evaluación clínica desde la perspectiva dinámica. El crecimiento del modelo psicométrico lleva a redefinir los conceptos de fiabilidad, validez y objetividad; se desarrolla el análisis factorial, y con ello el planteamiento de la existencia de estructuras o factores diferentes, tanto en el ámbito de la inteligencia como de la personalidad (Díaz, 2016). Los principales test que se generaron en este periodo fueron el *test gestáltico de Bender* (1932), la *escala de inteligencia para adultos de Wechsler* (1939) y el *test de intereses vocacionales de Strong* (1972). Por otro lado, la evaluación dinámica en el ámbito clínico se enfoca en los aspectos cualitativos, dando más importancia a la práctica clínica sobre los conocimientos generados en el ámbito académico; esto llevó a un cierto recelo en la metodología del modelo psicométrico, desarrollándose así algunos

test de relevancia histórica como el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray (1935) (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, págs. 14-15).

Tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido se utilizaron test de inteligencia general para la selección de oficiales, haciendo uso incluso de test sin contenido verbal como *el test de matrices progresivas de J.C Raven (1938)*, *el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) por Hathaway y Mckinley*. La obra de estos autores fue una gran contribución al campo de la evaluación psicológica clínica. (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, pág. 15)

Periodo de crisis

A pesar de ello, la Evaluación Psicológica presentó una crisis interna enfocada en la revisión de las garantías científicas y aspectos psicométricos de la medición, fue una etapa de reflexión y reenfoque de los modelos tradicionales de evaluación, se plantearon críticas al modelo psicométrico por tener escasa validez predictiva y poca utilidad en la intervención clínica. La crítica a los modelos clínico-proyectivo enfrentaban el enfoque de predicción clínica vs predicción estadística y una escasa validez de los sistemas de clasificación de aquella época. Esta fue una época de historia de la Evaluación Psicológica que planteó varios dilemas, relacionados con el uso y utilidad del psicodiagnóstico clínico, el modelo correlacional frente al experimental, o la implicación de la herencia frente a los factores ambientales, que sirvieron para fundamentar y, desarrollar una perspectiva más crítica y profunda de la disciplina. (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, pág. 16)

El método psicométrico

La psicología es una ciencia fáctica y para medir los atributos o características psicológicas del ser humano, utiliza como instrumentos a los test. Estos pueden ser test proyectivos o test psicométricos. Los test psicométricos son los que utilizan el concepto de medición y tienen su fundamento en la psicometría. El primer test psicométrico fue la Escala Métrica de la Inteligencia creada por los franceses Binet y Simon (1905), con la que se introdujo en psicología el concepto de edad mental. Desde las primeras décadas los test psicométricos han sido contruidos siguiendo el enfoque de la Teoría Clásica de los Test, creada por el psicólogo inglés Charles Spearman en la segunda década del siglo XX.

La psicometría es una disciplina de la psicología cuya finalidad intrínseca es la de aportar soluciones al problema de la medida en cualquier proceso de investigación psicológica, también es un campo metodológico que incluye teorías, métodos y usos de la medición psicológica, en que se incluyen aspectos meramente teóricos y otros de carácter más práctico; la perspectiva teórica incluye las teorías que tratan de las medidas en psicología, encargándose de describirlas, categorizarlas, evaluar su utilidad y precisión, así como la búsqueda de nuevos métodos, teorías y modelos matemáticos que permitan mejores instrumentos de medida. La perspectiva práctica se ocupa tanto de aportar instrumentos adecuados para conseguir buenas medidas como de los usos que de los mismos puedan realizar, esos instrumentos son los test psicométricos, además de que la psicometría, se distingue por el uso del lenguaje formal y estructurado de las matemáticas (Aliaga Tovar, 2007, págs. 85-86).

En síntesis, el test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado (Aliaga Tovar, 2007, pág. 87).

El método proyectivo

Se define a las técnicas proyectivas como una disciplina autónoma, que posee un objeto de estudio, un método particular y una específica teoría de base, dado que los desarrollos de esa disciplina están basados en los pilares conceptuales de la teoría psicoanalítica, ya que toma como objeto de estudio el aparato psíquico del sujeto (yo, ello, super yo). A pesar de esto, la autora buscaba discernir las técnicas proyectivas del psicoanálisis freudiano, por lo que la diferencia fundamental entre ambas, es que la primera es diagnóstica mientras que la segunda es terapéutica. (Celener, 1997, pág. 23).

Los supuestos básicos que componen y sustentan las teorías proyectivas son:

Determinismo psíquico: toda respuesta de un sujeto a un método proyectivo debe ser considerada como condicionada por los psíquicos inobservables (se rechaza la arbitrariedad) y por lo tanto la interpretación adecuada de dicha respuesta permitirá aprehender, el fenómeno psíquico no observable. Ningún acto psíquico sucede por azar, por casualidad. Es recursivo, la causalidad no es lineal, desde el momento que

toda respuesta de un sujeto, está determinada por un contenido ideológico que le es propio, comienza a cobrar vida la hipótesis de la causalidad psíquica (Celener, 1997, pág. 111).

La proyección: la hipótesis proyectiva, L. Frank (1939) define a los métodos de exploración psíquica, como métodos proyectivos, y dice: “Efectivamente, podemos captar la personalidad del individuo e inducirlo a revelar su manera particular de organizar la experiencia ofreciéndole un campo (objeto, materiales, experiencias) relativamente poco estructurado y poco dotado de organización cultural, **a fin de que pueda proyectar** sobre ese campo maleable, Su manera de ver la vida, el sentido que tiene para él, sus valores, sus estructuras y sobre todo sus sentimientos”. De este modo, provocamos una proyección del mundo interno, específico de la personalidad del individuo. (Celener, 1997, pág. 111)

La apercepción: El autor Bellak, L. crea este concepto: La apercepción es la percepción significativa interpretada, nuestra vida cotidiana no es un flujo continuo de vivencias. Percibir en el sentido fenomenológico, incluye los estados de ánimo, el comprender y el habla, no se restringe solamente a la captación sensible de lo que se muestra, sino que supone la asociación simultánea de estados afectivos, el horizonte de experiencias pasadas y anticipadas y el fondo constituido por el lenguaje. Este percibir, puede sufrir diversas modificaciones según las circunstancias (Celener, 1997, pág. 115).

Ascenso de la perspectiva conductual

En 1968 se acuña el término “Evaluación de la conducta” y Walter Mischel (1930-2018) plantea un dilema científico (estado/rasgo) al establecer que los rasgos son una quimera, postulando que solo hay situaciones que condicionan nuestra conducta. Este paradigma da apertura a que, en la comunidad científica psicológica, se aplique un mayor rango de técnicas conductuales en diferentes contextos y situaciones (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, págs. 17-18).

Auge del periodo cognitivo

Tras la efervescente etapa de la psicología conductual en las décadas previas, en los años 80 se produce un periodo de crisis en este enfoque, ya que se encuentran limitaciones en las técnicas de evaluación puramente conductual, y se considera que

sus fundamentos están desfasados e incluso se oponen a otros modelos de evaluación psicológica, por lo que se empieza a abrir paso a la psicología cognitiva. En 1981 se da la primera reunión de profesores de psicodiagnóstico en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) promovida por Fernández-Ballesteros, con el objetivo de tomar decisiones conjuntas sobre programas, metodología docente y denominación de la asignatura, fue a partir de este momento que se cambió la denominación de Psicodiagnóstico por Evaluación Psicológica y con ello se pretendía incorporar el enfoque conductual a la materia de evaluación (Campos, Muñoz, & Ferreira, 2022, págs. 18-19).

El nacimiento de la evaluación psicológica en Argentina

Durante los años 40, se produjo en la Argentina un proceso de industrialización que favoreció el éxodo de la población rural hacia las ciudades, que a su vez se sumó a la última ola del crecimiento migratorio europeo, constituyendo así una nueva clase obrera urbana; es por ello que la educación necesitaba incorporar la utilización de técnicas innovadoras, basadas particularmente en la psicología aplicada. Mientras se generalizaba la educación primaria y se duplicaba el número de estudiantes secundarios, la escuela se transformaba en una herramienta crucial para lograr una mejor distribución de las oportunidades sociales y para poder asegurar la continuidad de la adhesión popular. A diferencia de la universidad que era un foco opositor, la escuela parecía ser mucho más permeable a las estrategias del poder central, es por ello que lo hacía apto para la implementación de esas nuevas técnicas de intervención psicológica.

En todo caso, es justo reconocer que en esa época la escuela también constituyó un instrumento de modernización social, particularmente por su articulación con el mundo del trabajo; siendo así que las industrias nacientes tenían necesidad de un nuevo tipo de mano de obra, mejor formada y más motivada. De tal modo, que la elección de una profesión u ocupación ya no podía resultar de una decisión improvisada, sino que tenía que ser el fruto de un proceso tan científico como fuera posible, y es en ese marco que la orientación profesional y la psicotecnia adquirirían todo su relieve, esto era con el fin de mejorar la productividad y evitar el derroche de recursos personales, apoyándose en las certezas aportadas por un saber técnico muy específico, al que se le confería la mayor autoridad en la materia (Dafgal, 2012, págs. 23-24).

En ese marco por primera vez en la Argentina, los docentes de muchas escuelas se formaron para administrar a gran escala las pruebas psicométricas y cuestionarios psicológicos. Por otra parte, diversas formas de la psicología fueron utilizadas en las instituciones más variadas, desde el ministerio de Defensa y la Marina hasta las universidades más periféricas. Es difusión extendida de las prácticas psicológicas condujo a la organización del Primer Congreso Argentino de Psicología, realizado en 1954 en San Miguel de Tucumán, se forjaron los acuerdos conducentes a la creación de la carrera de psicología, que solo pudieron plasmarse en ese periodo en la creación de la primera carrera en la ciudad de Rosario, el 6 de abril de 1955. Paradójicamente, en la franja temporal situada entre dos golpes de Estado, tuvo lugar una asombrosa renovación social y cultural, en el seno de la cual las universidades se democratizaron, incorporaron nuevos profesores y modernizaron sus planes de estudios. Así sólo en dos años (entre 1957 y 1959), se crearon carreras de psicología en cinco universidades nacionales, y comenzó en nuestro país la historia de la psicología como disciplina (Dafgal, 2012, pág. 24).

Conclusión

En síntesis, la Evaluación Psicológica se hace más inclusiva, incorporando técnicas estadísticas a los análisis funcionales de la conducta, se amplían los campos de acción, sobre todo en el de salud, y se incorporan enfoques de evaluación de diferentes corrientes, teniendo en cuenta que es necesario la incorporación y el desarrollo de normativas éticas y deontológicas que permitan regular el trabajo del evaluador con el fin de hacer un buen uso profesional y científico de la misma.

La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – ADOS 2

Fue creada por Catherine Lord (doctora en Filosofía), Michael Rutter (doctor en medicina y miembro de Royal Society), Pamela C. DiLavore (doctora en Filosofía) y Susan Risi (doctora en Filosofía) en 1989, su disponibilidad comercial llegó recién en el año 2001, mediante Servicios Psicológicos Occidentales (Western Psychological Services, WPS), es una editorial independiente líder en evaluaciones educativas y psicológicas; desarrollan pruebas que mejoran la evaluación clínica, informan el diagnóstico y guían la terapia.

El ADOS es una prueba diagnóstica estándar para el diagnóstico y la evaluación del autismo, el protocolo consiste en una serie de tareas estructuradas y semiestructuradas que incluyen interacción social entre el examinador y la persona evaluada y suele requerir entre treinta (30) y sesenta (60) minutos; se presentan actividades de solamente uno de los cuatros módulos a cada participante, el examinador observa e identifica segmentos del comportamiento del sujeto evaluado y los clasifica según categorías de observación predeterminedada. La selección del módulo óptimo se basa en el nivel lingüístico y de desarrollo del individuo evaluado, el ADOS es aplicable para todos los niveles de desarrollo, excepto para adultos y adolescentes no verbales. Luego en base a las observaciones categorizadas se combinan para producir una puntuación cuantificable analizable, permitiendo así evaluar de forma estandarizada los síntomas del autismo, para poder determinar así el grado de severidad en el que se encuentra el sujeto (Wikipedia, Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, 2024).

- El módulo 1: Se utiliza para niños que no presentan lenguaje mediante oraciones o lo utilizan poco.
- El módulo 2: Los participantes que utilizan el lenguaje mediante oraciones, pero no presentan fluidez verbal.
- El módulo 3: Está diseñado para sujetos jóvenes con fluidez verbal
- El módulo 4: Se utiliza para adolescentes y adultos con fluidez verbal.

En mayo de 2012, WPS publicó una revisión de la escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS-2). En esta segunda edición se actualizaron las

normas, se mejoraron los algoritmos de los módulos del 1 al 3 y se añadió el módulo T, que permite evaluar niños entre doce (12) y treinta (30) meses (de uno a tres años), que cuentan con un lenguaje expresivo limitado dentro del rango etario descrito (Wikipedia, Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, 2024).

Las revisiones y actualizaciones en el ADOS-2 se realizaron con el objetivo de mejorar la validez y confiabilidad de esta herramienta de evaluación ampliamente utilizada.

A continuación, se explicarán detalladamente algunas de las mejoras significativas que se introdujeron en la segunda edición (Fernandez, 2023, pág. 5):

- **Estructura revisada:** El ADOS-2 presentó una estructura revisada que permitía una mayor flexibilidad y adaptabilidad en su uso. Esta estructura actualizada permitía a los profesionales seleccionar módulos y actividades específicas en función de la edad y el nivel de neurodesarrollo del individuo que se estaba evaluando.

- **Protocolo de administración mejorado:** Se realizaron mejoras en el protocolo de administración del ADOS-2 para garantizar una evaluación más estandarizada y objetiva. Esto incluyó pasos y procedimientos más detallados para la preparación del entorno de evaluación y la interacción con el individuo evaluado.

- **Revisión de los algoritmos de puntuación:** se revisaron y se actualizaron para reflejar una comprensión más profunda de las manifestaciones del TEA. Estos algoritmos se utilizaron para calcular las puntuaciones en la interpretación de los resultados de evaluación.

- **Mayor énfasis en la validez y confianza:** La Segunda Edición del ADOS puso un mayor énfasis en la validez y la confiabilidad de la herramienta. Se realizaron estudios exhaustivos para evaluar la consistencia de las puntuaciones y la precisión diagnóstica, lo que mejoró la calidad de la evaluación.

- **Actualización de las normas:** Las normas de referencia en la interpretación de las puntuaciones también se actualizaron para reflejar una muestra amplia y diversa de individuos con TEA. Esto garantizó que las

puntuaciones se compararan de manera precisa con el grupo de referencia adecuado.

En conjunto, estas revisiones y actualizaciones convirtieron al ADOS-2 en una herramienta aún más poderosa y confiable para la evaluación del TEA. Su capacidad para adaptarse a una variedad de situaciones clínicas y su énfasis en la objetividad y validez han contribuido significativamente a la mejora de la precisión en el diagnóstico y la planificación de intervenciones (Fernandez, 2023, pág. 6).

Actualmente el ADOS-2 está compuesto por **cinco módulos de evaluación**, que ofrecen distintas actividades estandarizadas que han sido diseñadas para evocar comportamientos que estén directamente relacionados con el diagnóstico de los trastornos del espectro autista en distintos niveles de desarrollo y edades cronológicas. (Fernandez, 2023, pág. 11)

Módulos:

- **Módulo T:** Niños de doce (12) a treinta (30) meses de edad con un nivel de lenguaje que abarca desde la ausencia del habla, hasta el uso de expresiones simples. Está constituido por actividades estandarizadas en las que se puede observar la comunicación, interacciones sociales y los comportamientos restrictivos y repetitivos relevantes para el diagnóstico en TEA, se basa en la misma estructura de evaluación fundamental del módulo 1 pero se enfoca en una evaluación más precisa para niños pequeños. La aplicación requiere de aproximadamente 45 minutos y se centra en la respuesta del niño ante actividades poco estructuradas que implica el uso de materiales altamente motivantes, se evalúa si el niño ejecuta iniciativas sociales para mantener la interacción.

A su vez, cabe destacar que el módulo T está relacionado con los otros módulos descritos y su utilización requiere tener acceso a todos los insumos del ADOS-2, en conjunto con un conocimiento certero de la evaluación. Esto incluye materiales, normas de aplicación, normas de codificación y de puntuación, así como la práctica pertinente.

- **Módulo 2:** Personas de cualquier edad (incluyendo niños pequeños) que utilicen lenguaje de frases pero que aún no tengan fluidez verbal y niños con fluidez verbal que tengan menos de tres (3) años de edad. Presenta

actividades centradas en el uso lúdico de los juguetes y otros materiales concretos que resultan ser llamativos para los niños que tienden hablar con frases, pero con un nivel de lenguaje expresivo inferior al propio de los niños de cuatro (4) años. Pero, ¿Qué entendemos por “habla con frases”? Este término no se define como la producción regular de frases no ecológicas compuestas de tres unidades independientes y que a veces incluyen un verbo activo, por ejemplo “niño quiere jugar”.

- **Módulo 3:** Niños y adolescentes con lenguaje fluido que aún se encuentren en la edad de jugar con juguetes (en general, menores de dieciséis (16) años). Este módulo está destinado para utilizarse en niños y adolescentes que tengan edades comprendidas entre los cuatro (4) y dieciséis (16) años y que presenten un lenguaje fluido. Es importante tener en cuenta que el lenguaje fluido se considera como el nivel de lenguaje expresivo funcional que caracteriza a los niños de al menos cuatro (4) años de edad. Por otra parte, se debe considerar que hay niños de tres (3) años que tienen un nivel de lenguaje suficiente para el módulo 3, aunque determinadas preguntas y tareas deben modificarse para adecuarse a su edad (niños muy verbales).

- **Módulo 4:** Adolescentes (a partir de los dieciséis (16) años aproximadamente) y adultos con fluidez verbal. Está diseñado para utilizarse en adolescentes y adultos que tengan un lenguaje fluido y que a la vez tengan cierto nivel de independencia en decisiones cotidianas (por ejemplo: qué comer o qué ropa vestir), en el caso de los adolescentes es importante tener en cuenta que quien evalúe debe elegir entre los módulos 3 y 4, dependiendo sus intereses y nivel de independencia, siendo el módulo 4 conveniente para adolescentes de dieciséis (16) años o más. También debe contemplarse que algunos adolescentes mayores pueden encontrarse más cómodos con la estructura y los apoyos visuales proporcionados por los materiales del módulo tres, por lo que en este caso se aplicaría dicho módulo.

Nivel de lenguaje expresivo ^a	Rango de edad cronológico ^b	Módulo del ADOS-2
Desde ausencia de habla hasta expresiones simples	De 12 a 30 meses	T ^c
	31 meses o más	1 ^c
Desde lenguaje de frases hasta fluidez verbal	Cualquier edad	2 ^d
A partir de fluidez verbal	Niños o adolescentes más jóvenes	3 ^e
	Adolescentes más mayores o adultos	4 ^e

Cita: Lord, C. et al. (2015).pg 20

Elección basada en la edad y nivel de desarrollo en el ADOS-2

Retomando la idea anterior, cada módulo está diseñado para abordar las necesidades de diferentes grupos de edad y niveles de neurodesarrollo, desde niños/as pequeños hasta adultos, por lo que es necesario explicar las consideraciones claves que se tienen en cuenta (Fernandez, 2023, págs. 18-19):

1. **Edad cronológica:** La elección del módulo depende de la edad cronológica del sujeto, ya que como se explicó anteriormente cada módulo tiene un rango de edad recomendado.
2. **Nivel de desarrollo:** Además de la edad, el nivel de desarrollo es un factor crítico en la elección del módulo, ya que están diseñados específicamente para abordar las características y habilidades sociales y de comunicación típicas de diferentes etapas del neurodesarrollo.
3. **Evaluación de las habilidades de comunicación:** Se debe determinar si el sujeto utiliza el lenguaje de manera funcional (si es capaz de usar palabras para expresar sus necesidades, deseos, pensamientos y emociones de manera comprensible y apropiada en situaciones cotidianas) así como también si presenta desafíos significativos en la comunicación

social (dificultades en comprender y participar en interacciones sociales de manera efectiva). Eso ayudará a determinar qué módulo es más apropiado.

4. Consideración de las características individuales: Cada sujeto es único, y las características individuales deben considerarse en la elección del módulo, independientemente de su edad.

5. Profesional capacitado: Este profesional evaluará las habilidades del individuo y tomará la decisión basada en criterios específicos del protocolo de evaluación, dado que la elección incorrecta del módulo podría llevar a resultados inexactos. Por lo tanto, se requiere un juicio clínico y experiencia por parte del profesional evaluar para tomar esa decisión con precisión.

Cabe resaltar que el ADOS-2 es una herramienta de evaluación altamente flexible que puede ajustarse de acuerdo a las necesidades específicas del individuo sometido a evaluación, por lo que existen diversas formas de adaptar dicho instrumento para asegurar que la evaluación sea efectiva y significativa (Fernandez, 2023, pág. 20):

- Si la persona presenta necesidades especiales, como sensibilidades sensoriales o dificultades de atención, se pueden realizar modificaciones en el entorno de evaluación, por ejemplo; se pueden ajustar las condiciones de iluminación o sonido para crear un ambiente más cómodo y propicio para el individuo.
- Se valora la comunicación no verbal, y si esta es relevante para el individuo, se puede adaptar el proceso para evaluarla de manera más específica. Esto implica observar gestos, expresiones faciales y otros aspectos de la comunicación no verbal que sean particularmente significativos para el sujeto.
- En ciertos casos, puede ser beneficioso involucrar a los padres o cuidadores durante la evaluación, especialmente si el evaluado se siente más cómodo o seguro en su presencia. La participación de los padres puede proporcionar información valiosa sobre las interacciones sociales y la comunicación

- Si la persona utiliza un sistema de comunicación alternativa, como dispositivos de comunicación por voz o comunicación aumentativa y alternativa (CAA), el profesional evaluador debe estar preparado para incorporar estas herramientas de evaluación, permitiendo así una comunicación más efectiva.
- El instrumento reconoce la importancia de considerar la cultura y el contexto en el que se encuentra el individuo. Por lo tanto, el profesional debe ser sensible a las diferencias culturales y adaptar la evaluación en consecuencia, para asegurar que las observaciones reflejan de manera más precisa las habilidades sociales y de comunicación del individuo en su contexto cultural.
- La adaptación del ADOS-2 se convierte en una herramienta valiosa para obtener una comprensión completa de las habilidades sociales y de comunicación, lo que a su vez respalda un diagnóstico más preciso y la planificación de intervenciones personalizadas. Los profesionales capacitados en la administración del ADOS-2 utilizan su juicio clínico y experiencia para realizar estas adaptaciones de manera apropiada y ética.

Proceso de evaluación con el ADOS-2

El ADOS-2 es una herramienta de evaluación estandarizada y altamente estructurada diseñada para ayudar en la evaluación del TEA. El proceso de evaluación con el ADOS-2 se lleva a cabo en un entorno clínico o de consultorio por profesionales de la salud mental y la psicología que han sido capacitado en su uso (Fernandez, 2023, pág. 6).

A continuación, se detalla el proceso típico de evaluación con el ADOS-2:

1. Preparación del entorno: Antes de comenzar con la evaluación, el profesional se asegura de que el entorno sea adecuado y libre de distracciones, esto puede incluir la disposición de juguetes y materiales apropiados para la edad del sujeto.
2. Selección del módulo adecuado: El ADOS-2 se presenta en diferentes módulos, cada uno diseñado para una población según la edad y

el nivel de neurodesarrollo. El profesional selecciona el módulo más adecuado para la persona que está evaluando.

3. Actividades estructuradas: Durante la evaluación, el profesional guía al individuo a través de una serie de actividades estructuradas que varían según el módulo seleccionado. Estas actividades están diseñadas para evaluar habilidades específicas relacionadas con el TEA, como la comunicación verbal y no verbal, la interacción social y el juego simbólico.

4. Observación directa: El componente central del proceso es la observación directa del individuo mientras participa en estas actividades. El profesional registra cuidadosamente las respuestas y comportamientos del sujeto, prestando atención a indicadores claves asociados con la evaluación de los síntomas del TEA, como la reciprocidad social, el uso del lenguaje y las conductas estereotipadas.

5. Registro de datos: Durante la evaluación, se registraron datos objetivos y observacionales, como el tiempo dedicado a diferentes tipos de interacción, el lenguaje utilizado y la calidad de la comunicación. Estos datos se utilizarán para calcular las puntuaciones de acuerdo con los algoritmos específicos de cada módulo.

6. Interpretación de resultados: Una vez completada la evaluación, el profesional utiliza las puntuaciones obtenidas para interpretar los resultados. Estas puntuaciones se comparan con normas de referencia específicas para determinar si el individuo cumple con los criterios diagnósticos del TEA y para identificar áreas de fortaleza y debilidad.

7. Informe y comunicación de los resultados: Finalmente, el profesional elabora un informe detallado que resume los resultados de la evaluación. Ese informe se utiliza para comunicar los hallazgos a los padres, cuidadores u otros profesionales de la salud y para respaldar el proceso de diagnóstico y planificación de intervenciones.

Actividades estructuradas en el ADOS-2

El ADOS-2 utiliza una serie de actividades estructuradas cuidadosamente diseñadas para evaluar y registrar respuestas por parte de los profesionales, de una amplia gama de comportamientos sociales y de comunicación que podrían estar asociados al TEA. Algunas de estas actividades son (Fernandez, 2023, pág. 13):

- **Juego con juguetes:** Se proporcionarán juguetes específicos al individuo y al profesional, el objetivo es observar cómo el individuo se involucra en el juego, cómo utiliza los juguetes, si muestra interés en compartir la experiencia y si demuestra comportamientos de juego simbólico apropiados para su nivel de desarrollo.
- **Interacción social con el examinador:** Durante esta actividad, el profesional interactúa directamente con el individuo. Se puede plantear, preguntar, o llevar a cabo conversaciones estructuradas para evaluar las habilidades de comunicación, incluida la reciprocidad social, la capacidad para mantener una conversación y la comprensión de las señales sociales.
- **Narración de una historia:** En algunos de los módulos, se le pide al sujeto que narre una historia basada en una serie de imágenes o tarjetas, esto permite evaluar la capacidad del individuo para comprender y expresar narrativas, así como su uso del lenguaje y la comunicación no verbal en un contexto más estructurado.
- **Juego de imitación:** Esta actividad implica que el profesional realice una serie de acciones simples y luego observe si el individuo es capaz de imitar estas acciones. La imitación es un comportamiento importante para evaluar en la evaluación del TEA, ya que puede revelar dificultades en la interacción social y la comunicación.
- **Construcción con bloques:** En algunos módulos, se proporcionarán bloques u otros materiales de construcción. El objetivo es observar cómo el individuo se involucra en la construcción y si muestra la capacidad de compartir la actividad y cooperar en la tarea.
- **Entrega de instrucciones:** El profesional puede dar instrucciones específicas al sujeto, como “haz esto” o “mira aquí”. Esta

actividad evalúa la capacidad del individuo para seguir instrucciones, responder a las indicaciones sociales y comprender el lenguaje verbal.

Cada actividad se selecciona y adapta cuidadosamente según el módulo específico y las características del individuo. Las respuestas y comportamientos durante estas actividades se registran y se utilizan para calcular puntuaciones específicas según los algoritmos del ADOS-2. Estas puntuaciones se utilizan luego en la interpretación de los resultados de la evaluación, lo que es esencial para guiar las decisiones de diagnóstico y tratamiento (Fernandez, 2023, pág. 15).

Sistema de puntuación del ADOS-2

En el proceso de evaluación, se emplean diversas escalas de puntuación para evaluar diferentes aspectos del comportamiento social y de comunicación del individuo. La comprensión de estas escalas es esencial para la interpretación precisa de los resultados (Fernandez, 2023, pág. 22).

A continuación, se explicará brevemente una visión general de las escalas de puntuación claves utilizadas.

1. **Escala de calificación de la Observación (OA):** Esta escala evalúa una serie de comportamientos observados durante la administración del ADOS-2. Incluye ítems relacionados con la calidad de la interacción social, la reciprocidad social, la comunicación no verbal, así como la utilización funcional del lenguaje.
2. **Escala de calificación de la comunicación (CA):** La escala de comunicación se centra en los comportamientos de comunicación del sujeto evaluado, se evalúa la calidad de la comunicación verbal y no verbal, así como la utilización funcional del lenguaje.
3. **Escala de Calificación de la Calidad de la Conducta Estereotipada y Restrictiva (CSR):** Esta escala evalúa la presencia y la gravedad de comportamientos estereotipados y restringidos, que son características comunes en personas con TEA. Examina la intensidad de esos comportamientos y su impacto en la interacción social y la comunicación.
4. **Escala de Calificación de la Calidad General de la Interacción Social (CGI):** La CGI es una escala global que proporciona una evaluación

general de la calidad de la interacción social durante la evaluación. Se utiliza para obtener una impresión global de la competencia social del sujeto evaluado.

5. Puntuaciones Totales y Puntuaciones de Corte: Además de las escalas individuales, se calculan puntuaciones totales en el ADOS-2. Estas puntuaciones se derivan de la suma de las puntuaciones en las escalas OA y CA. Se utilizan puntuaciones de corte específicas para determinar si el individuo satisface los criterios para un diagnóstico de TEA.

Interpretación de puntuaciones en el ADOS-2

La interpretación de las puntuaciones refleja la gravedad de los síntomas observados durante la administración de la prueba y proporcionan información valiosa que guía en la formulación de un diagnóstico, por lo que se tiene en cuenta lo siguiente (Fernandez, 2023, pág. 23):

6. Puntuaciones individuales en las Escalas OA y CA: Las puntuaciones en las escalas de Calificación de la Observación (OA) y Calificación de la Comunicación (CA) evalúan aspectos específicos del comportamiento social y de comunicación. Un puntaje alto en estas escalas puede indicar la presencia de síntomas relacionados con el TEA, como dificultades en la interacción social o problemas en la comunicación verbal y no verbal.

7. Puntuación Global de la Calidad de la Interacción Social (CGI): Esta puntuación proporciona una evaluación global de la calidad de la interacción social del individuo durante la evaluación, una puntuación más alta en la CGI sugiere una competencia social más limitada durante la evaluación.

8. Puntuaciones Totales: Las puntuaciones totales se derivan de la suma de las puntuaciones en las escalas OA y CA. Estas puntuaciones totales se utilizan para determinar si el individuo satisface los criterios para un diagnóstico de TEA. Un puntaje que supere los umbrales específicos del ADOS-2 puede indicar la presencia de TEA.

9. Puntuación del Módulo: La elección del módulo del ADOS-2 adecuado para el individuo se basa en su edad y nivel de desarrollo. La

puntuación del módulo refleja estas características y proporciona información sobre el nivel de desarrollo comunicativo.

10. Puntuación de Corte: El ADOS-2 establece puntuaciones de corte específicas para determinar si el individuo cumple con los criterios para un diagnóstico de TEA. El puntaje total debe compararse con estos valores de corte para tomar decisiones diagnósticas.

11. Perfiles de Puntuación: Los perfiles de puntuación ofrecen una visión más completa de las habilidades sociales y de comunicación del individuo. Estos perfiles ayudan a contextualizar las puntuaciones y a comprender mejor las áreas de fortaleza y debilidad.

Identificación de patrones de comportamiento en el ADOS-2

El proceso de evaluación implica más que simplemente observar comportamientos aislados, también requiere la habilidad de identificar patrones de comportamientos significativos para poder llevar a cabo la planificación de un tratamiento integrativo interdisciplinario. Es por ello que aquí se explicará algunos aspectos clave sobre cómo identificar patrones de comportamiento en las puntuaciones (Fernandez, 2023, pág. 24):

- **Coherencia en las Escalas:** Es necesario tener en cuenta la observación y coherencia en las puntuaciones de las escalas individuales, por ejemplo; si la persona obtiene una puntuación alta en la Escala de Calificación de la Observación (OA) y también una puntuación alta en la Escala de Calificación de la Comunicación (CA), esto podría indicar dificultades tanto en la interacción social como en la comunicación lo que es característico del TEA. No obstante, cuando no hay coherencia en las puntuaciones del ADOS-2 se debe considerar una evaluación más completa que incluya diferentes fuentes de información y variables contextuales, en algunos casos, puede ser necesario un seguimiento y consulta con profesionales de diferentes disciplinas para obtener una interpretación más sólida de los resultados.
- **Comparación con Población de Referencia:** Las puntuaciones deben compararse con las normas de referencia apropiadas para la edad y el nivel de desarrollo.

➤ **Consideración de los Perfiles:** Los perfiles de puntuación proporcionan información sobre patrones específicos de fortalezas y debilidades, por si una persona muestra una puntuación particularmente alta en la escala (CA), pero una puntuación baja en la escala (OA), esto podría indicar una comunicación verbal fuerte, pero las dificultades en la interacción social.

➤ **Cambios en el Tiempo:** Realizar evaluaciones repetidas con el ADOS-2 a lo largo del tiempo puede ayudar a identificar patrones de cambios en el comportamiento. Por ejemplo; Si un niño/a muestra una disminución en las puntuaciones de las escalas OA y CA después de recibir intervenciones, esto puede indicar un progreso positivo.

➤ **Contexto y Observaciones Clínicas:** En la interpretación de patrones de comportamiento se debe tener en cuenta el contexto clínico y las observaciones clínicas adicionales, los profesionales deben considerar cómo los patrones de puntuación se relacionan con la historia del individuo y sus experiencias. Es por ello que, si el niño/a tiene antecedentes de retraso en el habla o trastornos del lenguaje, estas dificultades en la comunicación podrían estar relacionados con esos diagnósticos previos. El contexto clínico también podría incluir información sobre el ambiente del niño/a, experiencias de trauma o cualquier otro factor que pueda influir en su comportamiento durante el periodo de evaluación, estos detalles adicionales pueden ayudar a los profesionales a comprender mejor por qué se observan ciertos patrones de puntuación y así evitar interpretaciones erróneas basadas únicamente en los resultados del ADOS-2.

Ética en la evaluación del TEA con el ADOS-2

Principios éticos en la práctica

La práctica del ADOS-2 requiere una atención especial a los principios éticos, ya que está relacionada con la evaluación y diagnóstico de individuos, lo que implica un alto nivel de responsabilidad y cuidado que deben conformar parte de la ética de los profesionales (Fernandez, 2023, pág. 41):

- **Confidencialidad:** El principio de confidencialidad es esencial en la práctica de evaluación del TEA. Los profesionales deben garantizar que la información recopilada durante la evaluación se mantenga en estricta confidencialidad. Los datos recopilados, los informes y los resultados deben ser manejados con cuidado y solo deben compartirse con las partes autorizadas como los padres o cuidadores y otros profesionales de la salud que participen en la atención del sujeto.
- **Consentimiento informado:** Es fundamental obtener consentimiento informado del evaluado, o de sus padres o cuidadores legales, esto implica proporcionar información detallada sobre el propósito de la evaluación, los procedimientos involucrados y cómo se utilizarán los resultados.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Los profesionales deben actuar en beneficio de los individuos evaluados y evitar causar daño. Esto implica administrar la evaluación de manera cuidadosa y ética para minimizar cualquier malestar o ansiedad que la persona pueda experimentar durante el proceso, por lo que la prioridad debe ser cuidar su bienestar.
- **Transparencia y honestidad:** Los profesionales deben ser transparentes y honestos en la comunicación de los resultados de la evaluación. Esto incluye informar de manera clara y comprensible a los padres, cuidadores o al individuo (según corresponda) sobre los hallazgos de la evaluación, las puntuaciones y las implicaciones para el diagnóstico y la planificación de intervenciones.
- **Formación y competencia:** Los profesionales que administran el instrumento deben contar con la formación y la competencia necesaria para realizar la evaluación de manera efectiva y

ética. Esto garantiza que la evaluación se lleve a cabo de acuerdo con los estándares profesionales y éticos.

- Integridad profesional: Los profesionales deben mantener la integridad profesional en todas las etapas de la evaluación, esto incluye evitar cualquier conflicto de interés y actuar de manera imparcial y ética en beneficio del sujeto evaluado.

Comunicación de resultados a padres y cuidadores

Apoyo a las familias

El apoyo a las familias en la comprensión y procesamiento de los resultados del ADOS-2 es un componente esencial de la práctica ética. Los profesionales no solo están involucrados en la evaluación de las personas con TEA, sino que también tienen la responsabilidad de colaborar estrechamente con las familias para garantizar que entiendan y se sientan capacitadas para tomar decisiones informadas basadas en esos resultados, es por ello que los profesionales deben tener en cuenta lo siguiente (Fernandez, 2023, pág. 45):

- Explicación de resultados: Los profesionales deben dedicar tiempo a explicar en detalle los resultados de la evaluación. Esto incluye describir qué significan las puntuaciones, cómo se comparan con el desarrollo típico y cuáles son las implicaciones para la persona.
- Contextualización: Es importante que las familias no vean los resultados como una etiqueta, sino como una herramienta para comprender mejor las necesidades y fortalezas de su hijo/a.
- Explorar opciones: Las familias pueden sentirse abrumadas después de recibir los resultados, los profesionales pueden ayudarles a explorar las opciones disponibles para la intervención y el apoyo. Esto podría incluir terapias específicas, servicios educativos, grupos de apoyo y otros recursos.
- Brindar recursos: Proporcionar a las familias información sobre recursos adicionales, esto les permite acceder a fuentes de información confiables y conectarse con otros que pueden estar pasando por experiencias similares.

- Apoyo emocional: Reconocer que recibir un diagnóstico de TEA puede ser emocionalmente desafiante para las familias. Los profesionales pueden ofrecer apoyo emocional y derivar a servicios de salud mental si es necesario.
- Seguimiento continuo: Mantener una comunicación abierta y un seguimiento continuo con las familias es crucial. Las necesidades y preguntas de las familias pueden evolucionar con el tiempo, y los profesionales deben estar disponibles para brindar apoyo adicional.

Desafíos comunes y estrategias de mejora en la administración

Problemas típicos en la aplicación del ADOS-2

La administración del ADOS-2 puede plantear desafíos particulares, y los profesionales deben estar preparados para abordarlos con sensibilidad y destreza. Estos son algunos de los problemas típicos que pueden surgir (Fernandez, 2023, págs. 46-50):

- Resistencia del evaluado: Algunas personas pueden mostrar resistencia o ansiedad frente a la evaluación, lo que puede afectar su participación y comportamiento durante la prueba. Los profesionales deben ser sensibles a estas reacciones y utilizar estrategias para ayudar al individuo a sentirse cómodo y relajado.
- Variabilidad en las respuestas: Las respuestas de los evaluados pueden variar ampliamente, incluso en una sesión de evaluación. Esta variabilidad puede deberse a factores como el estado de ánimo, la fatiga o la ansiedad.
- Dificultades de comunicación: Algunas personas con TEA pueden tener dificultades significativas en la comunicación, lo que puede hacer que la evaluación sea desafiante.
- Interacciones sociales limitadas: La evaluación se basa en la observación de las interacciones sociales, pero algunos de los evaluados pueden tener interacciones sociales limitadas.
- Necesidades especiales: Es necesario considerar que algunas personas pueden tener necesidades especiales, como problemas sensoriales o de atención, que deben abordarse durante la evaluación. Esto

puede implicar la modificación del ambiente o la adaptación de las actividades.

- Dificultades del diagnóstico diferencial: Diferenciar el TEA de otros trastornos del desarrollo o problemas de salud mental puede ser complejo. Los profesionales deben considerar cuidadosamente los síntomas y el contexto clínico.

Recomendaciones para abordar desafíos

Resistencia del evaluado:

- Establecer una relación de confianza: Es crucial invertir tiempo al principio de la evaluación para construir una relación de confianza con el individuo. Esto implica un enfoque amigable, empático y comprensivo. Las conversaciones iniciales pueden centrarse en temas que interesan al individuo para ganarse su confianza.
- Utilizar el juego y las actividades de interés Incorporar actividades que el individuo encuentre particularmente interesante puede ser una estrategia para reducir la ansiedad y promover la participación.

Variabilidad en las respuestas:

- Realizar múltiples observaciones: Si las respuestas del individuo varían en el transcurso de la evaluación, es necesario considerar el realizar múltiples observaciones en diferentes momentos y situaciones. Esto puede ofrecer una perspectiva más completa de su comportamiento y habilidades sociales.
- Tener en cuenta factores contextuales: Las respuestas pueden estar influenciadas por factores contextuales, como el entorno, la hora del día o del estado emocional, esto permite comprender mejor la variabilidad de las respuestas.

Dificultades de comunicación:

- Adaptar el lenguaje y la comunicación: Adaptar el estilo de comunicación al nivel de comprensión y las necesidades del individuo.

Utilizar lenguaje claro y simple, evitando tecnicismos que pueden resultar abstractos.

- Proporcionar apoyo visual (pictogramas): Si el sujeto tiene dificultades en la comunicación verbal, es necesario utilizar pictogramas que faciliten la expresión de sus necesidades y emociones.

Interacciones sociales limitadas:

- Introducir situaciones de juego adicionales: Si el individuo muestra limitaciones en sus interacciones sociales, es necesario introducir situaciones adicionales o actividades de interacción para evaluar sus habilidades sociales en diferentes contextos.
- Observar interacciones con cuidadores: La interacción del individuo con sus cuidadores o familiares puede ofrecer información valiosa sobre su comportamiento social, es necesario incluir la observación de cómo se relaciona, comparte o se comunica con personas de confianza.

Colaboración con padres y cuidadores:

- Comunicación abierta y colaborativa: Escuchar sus preocupaciones y obtener información sobre el comportamiento del individuo en diferentes entornos puede enriquecer la evaluación y el diagnóstico.

Dificultades de diagnóstico diferencial:

- Realizar una evaluación integral: Para abordar las dificultades en el diagnóstico diferencial, se debe llevar a cabo una evaluación completa. Esto puede incluir la revisión de la historia clínica, observaciones en múltiples contextos y la utilización de otras herramientas de evaluaciones, si es necesario. La colaboración con otros profesionales de la salud mental también es valiosa.

Evolución Lineal e Histórica sobre los Instrumentos de Evaluación para el TEA

Escala de Evaluación del Autismo Infantil (The Childhood Autism Rating Scale) (C.A.R.S) – (Schopler, Reichler & Renner, 1988):

Es una escala de apreciación conductual destinada al diagnóstico y a la planificación de tratamiento de personas con autismo. Consta de quince ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc. El fundamento teórico de esta escala parte de los criterios diagnósticos de Kanner (1943), Creak (1961) y Rutter (1978). El propósito de la escala es identificar a las personas con TEA y diferenciarlas de aquellas otras que padecen un retraso en el desarrollo, este instrumento permite también clasificar a las personas autistas en diversos grados de severidad de la patología: leve, moderado y severo (Schopler, Reichler, & Barbara, 1988).

Cada ítem se puntúa desde lo normas hasta lo gravemente anormal y/o inapropiado:

1. El test consta de quince ítems o áreas
2. Los padres debían redondear la opción que describía mejor el rendimiento de su hijo en esa área.
3. Se indica que la conducta evaluada que está dentro de los límites propios de la edad del paciente
4. Se indica una conducta medianamente anormal y/o inapropiada
5. Moderadamente anormal
6. Se refleja una conducta severamente anormal e inapropiada

El rango de puntuación total puede oscilar entre quince y sesenta puntos:

1. Mayor a treinta y seis indica un grado de autismo severo
2. Entre treinta y treinta y seis indica autismo moderado
3. Entre quince y treinta reflejan ausencia del síndrome autista

Entrevista para el diagnóstico de autismo revisada (Autism Diagnostic Interview Revised) – (Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994)

El ADI-R fue desarrollado en 1989 por Michael Rutter, Ann Le Couteur y Catherine Lord, en un principio se desarrolló en respuesta a cuatro avances importantes en el campo del diagnóstico del autismo que llevaron a la necesidad de herramientas de diagnóstico actualizadas, esos avances incluyeron mejoras en los criterios diagnóstico, la necesidad de diferenciar entre el autismo y otros trastornos del desarrollo que parecían similares en las primeras etapas de la vida y el deseo, en el área de la psicología, de disponer de instrumentos diagnóstico estandarizados.

El ADI- R original podía utilizarse en personas con edad cronológica de al menos cinco años y una edad mental de al menos dos años, pero el TEA generalmente se diagnostica mucho antes de esta edad. Este hallazgo llevó a las autoras a revisar la entrevista en 1994 para que pudiera usarse para determinar un diagnóstico en individuos con una edad mental de al menos dieciocho meses, esto permitiría a los médicos a utilizar la entrevista para diferenciar el autismo de otros trastornos que podrían aparecer en la primera infancia.

Los principales objetivos de la revisión del ADI-R fueron hacer que la entrevista fuera más eficiente, corta y apropiada para los niños/as más pequeños, la mayoría de las revisiones realizadas involucraron la organización de la entrevista; las preguntas se dividieron en cinco secciones distintas y en cada sección se consolidaron el comportamiento inicial y actual. Las modificaciones incluyeron hacer que algunas preguntas se centrarán más en aspectos de comportamiento específicos del autismo y hacer otras preguntas más generalizadas para mejorar la eficiencia. Además, se agregaron algunas preguntas adicionales a la entrevista, incluidas preguntas más específicas sobre las edades en las que comenzaron las conductas anormales. Se eliminaron otros elementos para aumentar la capacidad de la entrevista para diagnosticar el autismo a una edad más temprana, estas revisiones de preguntas también llevaron a los escritores a revisar el algoritmo de puntuación y las puntuaciones de corte, ya que se agregaron más preguntas a algunas secciones, por lo que, mediante estas modificaciones, en 2003 fue publicada nuevamente por la editorial Western Psychological Services (Wikipedia, Entrevista del Diagnóstico del Autismo, 2023).

La entrevista es llevada cabo por un psicólogo, que se encargará de realizar a los padres noventa y tres preguntas que abarquen las tres áreas de comportamiento principales en las que se desenvuelve el niño/a, la entrevista se divide en cinco secciones: preguntas iniciales, preguntas de comunicación, preguntas de desarrollo social y juego, preguntas de conducta repetitiva y restringida, y preguntas sobre problemas generales de conducta, por lo que estas preguntas al ser abiertas, le permite al investigador obtener toda la información necesaria para determinar una calificación válida para cada comportamiento. Por este motivo, no solo los padres y cuidadores suelen sentirse muy cómodos al participar en esta entrevista porque lo que tienen que decir sobre sus hijos es valorado por el entrevistador, sino que también al participar en esta entrevista les ayuda a comprender mejor el TEA y los factores que conducen al diagnóstico.

La primera sección de la entrevista se utiliza para evaluar la calidad de la interacción social e incluye preguntas sobre el compartir emocional, ofrecer y buscar consuelo, sonreír socialmente y responder a otros niños. La sección de comportamiento de comunicación y lenguaje investiga las expresiones estereotipadas, la inversión de pronombres y el uso social del lenguaje. Las expresiones estereotipadas son las pocas palabras o sonidos que el individuo usa y repite con mayor frecuencia. La sección de conductas restringidas y repetitivas incluye preguntas sobre preocupaciones inusuales, gestos de manos y dedos e intereses sensoriales inusuales. Finalmente, la evaluación contiene preguntas sobre comportamientos como la autolesión, la agresión y el exceso de actividad que ayudarían a desarrollar planes de tratamiento.

Una vez completada la entrevista, el entrevistador determina una puntuación para cada pregunta en función de su evaluación de la respuesta del cuidador, siendo así que la escala de calificación es la siguiente:

- 0: “El comportamiento del tipo especificado en la codificación no está presente”
- 1: “El comportamiento del tipo especificado está presente de forma anormal, pero no lo suficientemente raro o frecuente para cumplir los criterios de dos”
- 2: “Comportamiento anormal definido”

- 3: “Extrema gravedad de comportamiento especificado”
- 7: “Anormalidad definitiva en el área general de la codificación, pero no del tipo especificado”
- “No aplicable”
- “No conocido ni preguntado”

Luego se calcula una puntuación total para cada una de las áreas del contenido de la entrevista, al aplicar el algoritmo, una puntuación de tres cae a dos, y una puntuación de siete, ocho o nueve cae a cero porque estas puntuaciones no indican conductas autistas y, por lo tanto, no deben incluirse en los totales. Para crear el algoritmo de diagnóstico, los escritores eligieron las preguntas de la entrevista que estaban más estrechamente relacionadas con los criterios para el diagnóstico del TEA en el DSM-IV y la CIE-10. Un diagnóstico de autismo está indicado cuando las puntuaciones en las tres áreas de comportamiento cumplen o superan las puntuaciones de cortes mínimas especificadas. Estos puntajes de corte se determinaron utilizando los resultados de muchos años de investigaciones exhaustivamente revisadas.

Puntuaciones de corte

- Interacción social: Diez (10)
- Comunicación y lenguaje: Ocho (8) (si es verbal) o Siete (7) (si es no verbal)
- Conductas restringidas y repetitivas: Tres (3)

Cabe aclarar que las preguntas de la versión original del ADI-R que, a través de investigación, se consideraron poco confiables o no aplicables se eliminaron cuando se revisó la entrevista, dado que los autores han publicado resultados psicométricos que indican tanto la confiabilidad como la validez del mismo, llevando a que la consistencia interna fuera buena en todas las áreas de comportamiento investigada en la entrevista. (Wikipedia, Entrevista del Diagnóstico del Autismo, 2023)

Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger (G.A.D.S) (Gilliam, 2008)

La escala GADS fue diseñada para evaluar aquellos sujetos que presentaban Síndrome de Asperger (SA) entre tres y veinte dos años de edad, es un instrumento que se autoadministraba aquellas personas que presentaban contacto regular con el sujeto. El cuestionario consta de treinta y dos ítems tipo likert, divididos en cuatro

subescalas que describen conductas específicas, observables y medibles, cada subescala consta de ítems que describen conductas características del SA. Los ítems del uno al diez componen la subescala de la Interacción Social y describen las conductas sociales interactivas, las expresiones de intentos comunicativos y las conductas cognitivas y emocionales. Los ítems once a dieciocho, corresponden a la subescala de Patrones Restringidos de Conducta, describen los patrones dirigidos y estereotipados. La subescala de Patrones Cognitivos, incluyen los ítems diecinueve a veinticinco, los que evalúan habla, lenguaje y habilidades cognitivas y, por último, la subescala de Habilidades Pragmáticas, contiene los ítems veintiséis a treinta y dos, los que hacen referencia a la habilidad del sujeto para comprender y usar el lenguaje en contextos sociales (Fernandez Baeza, 2013).

El primer factor, que corresponde a Habilidades Pragmáticas, hace referencia a la habilidad del sujeto para comprender y usar el lenguaje en contextos sociales. El segundo factor, denominado Interacción Social, describe las conductas sociales interactivas. El tercer factor corresponde a Relaciones Interpersonales, se refiere a la forma que tiene el sujeto para relacionarse con otras personas. El cuarto factor, que corresponde a Interacción con sus pares, hace referencia a la forma de actuar del sujeto frente a sus pares. El quinto factor, corresponde a las destrezas, que alude a las habilidades. El sexto factor que corresponde a estímulos Sociales, caracteriza la forma de actuar frente a estímulos externos. El séptimo factor, que corresponde a patrones cognitivos, evalúa lenguaje y habilidades cognitivas y el octavo y último factor, que corresponde a Patrones Restringidos de Conducta, hace referencia a patrones de intereses y conductas restringidas y repetitivas.

Debido a las dificultades diagnósticas, el DSM-V, eliminó al SA como categoría diagnóstica independiente, y lo incluyó dentro del TEA. No obstante, otra de las limitaciones de esta investigación, es que se presentaron dificultades en la identificación de problemas conductuales únicos, ya que no sería confiable arribar a un diagnóstico de un problema conductual único basado sólo en un puntaje obtenido en una sola dimensión. En conclusión, los resultados y análisis de la investigación, permite concluir que la GADS cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, lo que significa que es un instrumento confiable y válido, correspondiendo a la precisión diagnóstica de un noventa y cuatro por ciento (94%) donde el posible error diagnóstico es muy bajo (Fernandez Baeza, 2013).

Cuestionario de exploración del espectro del autismo del alto funcionamiento (The High Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire) – (Ehlers, S; Gillberg,C; Wing L, 1999)

El Cuestionario de Detección del Espectro Autista de alto funcionamiento (ASSQ, por sus siglas en inglés) es una lista de verificación de veintisiete ítems que deben completar los profesionales al evaluar los síntomas característicos del TEA de alto funcionamiento en niños y adolescente entre la edad de siete a dieciséis años, con inteligencia normal o retraso mental leve. Se presentan los datos de las respuestas clasificatorias de padres y maestros en una muestra clínica junto con varias medidas de confiabilidad y validez. Se estimaron que las puntuaciones de corte eran óptimas, utilizando el análisis de las características del paciente. Los resultados indicaron que el ASSQ es un cuestionario de cribaje breve que es útil para la identificación del TEA en entornos clínicos.

El cuestionario está compuesto por veintisiete ítems calificados en una escala de tres puntos (cero, uno o dos); Cero (0) indica normalidad, uno (1) alguna anomalía y dos (2), (anomalía definitiva), el rango de puntuaciones posibles es de cero a cincuenta y cuatro. Once ítems abordan temas relacionados con la interacción social, seis cubren problemas de comunicación y cinco se refieren a comportamientos restringidos y repetitivos; el resto de los ítems abarcan la torpeza motora y otros síntomas asociados. A pesar de estos datos, es importante recalcar que el ASSQ no está destinado a fines diagnósticos, sino que se tomaba en esa época como una medida por parte de los profesionales, para identificar a los niños y adolescentes que necesitaban una evaluación más completa para llegar a un veredicto clínico final.

No obstante, en este estudio se denomina como TEA, bajo la denominación de la tríada de anomalías de la interacción social, la comunicación, la imaginación y un patrón estrecho y repetitivo de comportamiento, según lo definido por la autora Wing (1979). Por otro lado, las personas con TEA cuyo coeficiente intelectual se encuentra en el rango de retraso leve tienden a tener perfiles irregulares en las pruebas psicológicas con una o más puntuaciones de subescala en el rango promedio o alto, lo que dificulta asignarlos a un rango particular de capacidad.

La muestra del estudio estuvo compuesta por ciento diez (110) niños de seis (6) a diecisiete (17) años que presentaban diversos tipos de trastornos de conducta que fueron remitidos consecutivamente a una clínica neuropsiquiátrica infantil estatal

durante un periodo de ocho meses. Todos los niños fueron vistos individualmente al menos dos horas por un psiquiatra infantil y por un psicólogo infantil (que había administrado las pruebas del coeficiente intelectual adecuadas). Uno (o ambos) de los padres (generalmente la madre) fue entrevistado con gran detalle sobre los antecedentes médicos y familiares, el desarrollo temprano y los síntomas psiquiátricos del niño. En el estudio se habían excluido los niños con retraso mental moderado y severo debido a que el ASSQ no estaba especificado para las características de aquellos sujetos que presentaban un retraso mental o un coeficiente intelectual bajo, dado que el objetivo principal del cuestionario era ayudar a la identificación de aquellos niños con trastornos conductuales que presentaban riesgo de ser diagnosticados con TEA. (Ehlers, Gillberg, & Wing, 1999, pág. 130)

Cuestionario de comunicación social (The Social Communication Questionnaire) (SCQ) – (Rutter, M; Bailey, A; Lord, C. (2003)

Es un instrumento de evaluación compuesto por cuarenta elementos, destinado a ser completado por los padres o cuidadores de niños que pueden presentar síntomas relacionados con el TEA, mediante la observación de conductas como problemas de interacción social, dificultades de comunicación y conducta restringida, repetitiva y estereotipada. Las respuestas a los elementos están diseñadas para ser respondidas por SÍ/NO y normalmente este dura aproximadamente entre diez y quince minutos en aplicación y corrección por parte del profesional.

El cuestionario debería ser respondido por el cuidador que tenga un mejor conocimiento tanto de la historia del desarrollo como de la situación actual de la persona que va a ser evaluada, ya que el instrumento se presenta en dos formas muy similares pero destinadas a finalidades relativamente diferentes: la forma A se refiere a toda la vida pasada de la persona y los resultados que ofrece son pertinentes para integrarse junto a otras medidas y remitir a un proceso de diagnóstico más completo; la forma B se debe contestar a la vista de la conducta de la persona durante los últimos tres meses y sus resultados son adecuados para comprender la situación que se experimenta en el día a día y para evaluar los resultados de los planes de tratamiento y reeducación. Puede aplicarse a partir de los cuatro años, siempre que la edad mental sea de por lo menos de un infante relacional a un infante de dos años, dado que los niños que se encuentran en una edad inferior, todavía están en una fase de desarrollo mental en la que pueden darse anomalías clínicamente significativas que no cumplen

con todos los requisitos para poder hablar de autismo. (Rutter, Bailey, & Lord, 2019, pág. 7).

La principal aplicación del SCQ, debidamente válida, es la puntuación total obtenida en la forma A (toda la vida) que se interpreta en relación con los puntos de corte que se han establecido a partir de los estudios de investigación. Los puntos de corte sirven para identificar a los sujetos que es probable que presenten síntomas en relación al TEA. Y es por ello que deberían realizar una evaluación y análisis más en profundidad junto a las pruebas que presenta el instrumento ADI-R y el ADOS, pero una característica de suma importancia que él explica el SCQ, es que, al ser una evaluación de cribaje, siempre puede existir la posibilidad de que existan falsos negativos, puesto a que son niños con una puntuación por debajo del punto de corte y que sin embargo resultan encontrarse dentro del espectro, gracias a la realización de una evaluación más profunda (Rutter, Bailey, & Lord, 2019, pág. 8).

Las puntuaciones del SCQ pueden emplearse también para tener un indicador aproximado del nivel de gravedad o severidad de los síntomas del TEA, bien sea comparando unos grupos u otros, o bien analizando la evolución en el tiempo para ver los posibles beneficios de las intervenciones terapéuticas o educativas. Cuando el SCQ se utiliza como medida de seguimiento y evaluación de los cambios en el tiempo. Se debe utilizar la forma B (situación actual), esta se refiere a la evaluación de un periodo temporal específico (los tres meses previos a la cumplimentación del cuestionario) y no a toda la vida pasada de la persona evaluada. No obstante, el SCQ como ocurre con la mayoría de los instrumentos de cribaje, presentan ciertas limitaciones, puesto a que no es adecuado para realizar un diagnóstico individual, dado que éste requiere información sobre los inicios del trastorno, su desarrollo y el contexto en que se produce (específico al contexto o generalizado), a parte de la presencia de los síntomas.

Es conveniente que la información proporcionada por los cuidadores del niño sobre su conducta sea constatada con observaciones directas en el ámbito clínico. Además, las respuestas a los elementos dependerán más del acertado o desacertado juicio de la persona que responde que de los conceptos técnicos de los investigadores, lo que debe ser tenido en cuenta particularmente cuando se trata de poblaciones especiales. Por este motivo no es conveniente utilizar el SCQ como una herramienta

para proporcionar información detallada sobre patrones de conducta individuales (Rutter, Bailey, & Lord, 2019, pág. 9).

Ahora bien, hasta aquí se ha expuesto el recorrido histórico sobre el denominado Trastorno del Espectro Autista (TEA), pero, más adelante ahondaremos en las investigaciones científicas actualizadas sobre la revisión del papel del género femenino en el TEA, respecto a la presentación clínica que se da a nivel del género, ya que esto nos permitirá poder entender de una mejor manera aquellos factores neurobiológicos y diagnósticos que podrían ayudar a que la población femenina tanto infantil, como adolescente e incluso adulta pueda recibir un diagnóstico/tratamiento temprano y correcto. Es por ello que fundamentamos este trabajo integrado final, a partir de los conocimientos brindados por los autores Hull, Petruros, & Mandy (2020) en donde procederemos a analizar y explicar ciertas características sintomatológicas que se deben tener en cuenta al momento de realizar la evaluación diagnóstica en el ámbito femenino, las cuales son; el fenómeno del camuflaje, el juego simbólico, el procesamiento sensorial, la teoría de la mente, la psicopatología comórbida, los intereses restringidos y/o comportamientos repetitivos, como así también las habilidades sociales a nivel de la amistad, dado que a diferencia de los varones autistas, a las niñas les resulta más difícil mantener esa relación a largo plazo porque requiere de una mayor habilidad de reciprocidad comunicativa.

Del mismo modo, los mismos autores Hull, Petruros, & Mandy (2020) propone en su investigación la teoría del efecto protector femenino (**teoría FPE**), que expondría que las mujeres requieren un mayor riesgo ambiental y/o genético a comparación de los hombres para manifestar el mismo grado de sintomatología autista, demostrando así la conexión genética y biológica, del denominado también gen protector conocido como cromosoma X que es heredado a las mujeres por la vía paterna que las “protege” de cierta manera de presentar una manifestación sintomatológica de autismo de grado severo.

En síntesis, se buscará evaluar más allá de la psicopatología categorial sintomatológica, ya que no se pretende desacreditar lo que plantea el DSM V sobre el TEA, sino que se intentará que los profesionales pongan el foco atencional en la compensación que realiza la población femenina a través de las funciones ejecutivas, obteniendo como resultado un malestar tanto a nivel físico como psicológico que se reproduce en los diferentes ámbitos de su vida diaria.

4. Objetivos

Objetivo general:

- Explorar, analizar y describir el sesgo de género presente en la Escala de observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2) y su influencia en el diagnóstico temprano del autismo en niñas, así como en el acceso a tratamientos tempranos y la calidad de vida de las mujeres con autismo.

Objetivos específicos:

- Analizar el fenómeno de acomodación/camuflaje en donde las niñas pueden ocultar o adaptar sus comportamientos autistas, y cómo esto afecta a la interpretación de la evaluación realizada con la Escala ADOS-2, generando un posible un diagnóstico tardío/erróneo.
- Explorar las experiencias y percepciones de profesionales de la salud mental en relación con el diagnóstico de autismo en niñas y su posible sesgo de género, a través de entrevistas semiestructuradas.
- Evaluar si los componentes del ADOS-2 son igualmente sensibles y específicos para identificar los comportamientos autistas en niñas y niños, o si existen diferencias que puedan contribuir al sesgo de género en el diagnóstico.
- Investigar si existen diferencias significativas en la interpretación y puntuación de los componentes del ADOS-2 según el género del paciente, mediante la revisión crítica de estudios previos y análisis de datos recopilados.

5. Diseño Metodológico

El trabajo se llevó a cabo desde la perspectiva del enfoque cualitativo, por lo que el diseño metodológico seleccionado será el exploratorio-descriptivo.

Se decidió la elección de elegir la combinación de ambos métodos, dado que los estudios exploratorios se utilizan en tema de investigación que ha sido poco estudiado, por ende, resulta difícil formular una hipótesis que sea precisa, por lo que se busca indagar más sobre el tema en cuestión. En cuanto a los estudios descriptivos consiste en describir y detallar ciertos fenómenos en base a tu contexto, siendo así que en la medida que se presente aquella realidad para ser estudiada, se intentara especificar el contexto específico y las características de nuestra situación particular de estudio, en donde todavía no se presenta información disponible (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

5.1. Unidad de Análisis

Se utilizó como unidad de análisis a los profesionales de la provincia de Formosa capital para realizar entrevistas semiestructuradas para extraer la información concluyente, así como también se realizó una revisión bibliográfica para exponer la fidelidad de dicho trabajo.

5.2. Variables

Evaluación e interpretación de los componentes del “ADOS-2” y los sesgos de género

- **Variable:** Diferencias en la interpretación de los comportamientos observados durante la administración entre niñas/os.
- **Dimensión:** Factores contextuales y culturales sobre la perspectiva de género en la evaluación del “ADOS-2
- **Indicadores:** Influencia de las expectativas y roles de género en la percepción de los comportamientos autistas durante la evaluación.
- **Variable:** Variaciones en la interpretación de los comportamientos autistas según el entorno socio-cultural entre niñas/os.
- **Dimensión:** Impacto del sesgo de género en los resultados de la evaluación del ADOS-2
- **Indicadores:** Diferencias entre las puntuaciones y la interpretación de los resultados

Posible subestimación o sobreestimación de los síntomas del autismo en niñas en comparación con niños

- **Variable:** Manejo, interpretación y puntuación por parte los profesionales en base a la utilización del instrumento estandarizado denominado como la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo “ADOS-2”
- **Dimensión:** Conocimiento y familiaridad sobre el manejo del mismo.
- **Indicadores:** Nivel de formación y experiencia de los profesionales de salud mental en la administración y evaluación del ADOS-2.

Familiaridad con los criterios de puntuación y los procedimientos de administración del ADOS-2 en el contexto del diagnóstico del autismo en niñas/os

- **Variable:** Experiencia previa en la detección de posibles sesgos de género en la interpretación de los resultados del ADOS-2
- **Dimensión:** Percepción y valoración de los comportamientos observados
- **Indicadores:** Interpretación de los comportamientos observados durante la administración en términos de su relevancia para el diagnóstico del autismo

Reconocimiento de posibles diferencias en la expresión de los síntomas del autismo durante la evaluación con el ADOS-2.

- **Variable:** Falta de sensibilidad en el instrumento hacia los posibles comportamientos camuflados o atípicos en niñas durante la evaluación.
- **Dimensión:** Representación mental y experiencias de los profesionales de la salud en la valoración de autismo del “ADOS-2”
- **Indicadores:** Reconocimiento por parte de los profesionales sobre la importancia de abordar posibles sesgos de género en la evaluación del autismo con el instrumento estandarizado.

Implementación de estrategias para mitigar posibles sesgos de género durante la administración y evaluación del ADOS-2.

Evaluación de la efectividad de las estrategias utilizadas para abordar posibles sesgos de género en la interpretación de los resultados del ADOS-2.

5.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

- Observación no participante: a partir de esta técnica el investigador puede registrar captando datos directos del ambiente y de los participantes, pero sin interactuar ni implicarse para no contaminar el campo.
- Entrevistas semiestructuradas: presenta mayor flexibilidad y se basa en una guía de preguntas en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados.
- Entrevistas en profundidad: se fundamenta en el análisis del discurso de manera individual y donde las ideas, opiniones y valoraciones del entrevistado son relevantes para el objeto de investigación. El entrevistador tratará que el entrevistado exponga sus sentimientos íntimos, motivaciones y deseos. Permite obtener información muy valiosa respecto a comportamientos complejos, temas delicados o susceptibles de una alta reactividad, además de situaciones sujetas a una normativa social rígida.
- Nota de campo: es un método no intrusivo que permite registrar aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando, en la medida de lo posible, de obtener las experiencias y de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas
- Análisis documental: Le sirve al investigador para conocer antecedentes y consecuencias de los hechos psicológicos, antropológicos, sociológicos y educativos que sucedieron en el ambiente. Así como las vivencias o situaciones que se produjeron en él, que nos permite entender el fenómeno central del estudio, a partir de elementos no impresos (fotografías, grabaciones de audio y video) e impresos (diarios personales, archivos, actas, memorias)

6. Articulación Teórica-Práctica

6.1. Descripción del Trabajo Desarrollado

A partir de la realización de este trabajo final, desarrollado en el campo de práctica con el fin de explicar la presente investigación, se planteó un periodo de reconocimiento del Espacio Interdisciplinario Acuarela, para poder integrarse con el equipo de profesionales que forma al mismo, con el fin de poder conocer su dinámica laboral, a través de la presencia, observación y registro que se ilustran en las notas de campo, las planeaciones de equipo y las interconsultas realizadas entre las profesionales sobre los diferentes tipos de casos.

Se trabajó con un total de cuatro (4) entrevistas semiestructuradas, en donde se les pidió desde el primer momento el consentimiento informado de las licenciadas en psicología y psicopedagogía, explicándoles y resaltando que se conservará la confidencialidad de los datos pertinentes.

Capítulo 1. Análisis Comparativo

Datos de las entrevistas en la práctica clínica:

Mediante lo que se ha explicado a lo largo de dichas entrevistas, se ha podido constatar que a pesar de que se ha investigado mucho respecto al sesgo de género en el autismo, siguen surgiendo en este último tiempo muchos diagnósticos tardíos, especialmente en mujeres, dado que lo que ha sucedido desde siempre es que el autismo estuvo más identificado en varones y esto conlleva que la mayoría de test o herramientas de identificación para el TEA fueran diseñadas para los mismos. Por lo que siguiendo la misma línea teórica se sugiere que los profesionales deben tener el conocimiento sobre cómo se manifiesta el autismo en ambos géneros, es decir hacer hincapié en la palabra “espectro” y sacarnos la idea de que el autismo se presenta de manera única. Lo que conlleva a que la observación clínica sea crucial para detectar ciertos comportamientos sintomatológicos, ya que dentro del ADOS-2 hay módulos específicos que se toman en base a la edad y el coeficiente intelectual, teniendo en cuenta que hay pacientes que van a presentar ciertas habilidades y fortalezas.

Sin embargo, si no se pudo detectar los comportamientos en esas preguntas específicas, sobre todo en el caso de niñas con autismo, puede que sean observados a lo largo de la entrevista y esto permite considerar que la herramienta ADOS-2 es lo suficientemente funcional para la observación diagnóstica porque es la única que tiene

tantos módulos que permite diagnosticar desde bebés hasta personas que se encuentran en la edad adulta, y esto nos demuestra que la herramienta está más que actualizada, porque se corrigieron los errores que se presentaron en su versión anterior.

Generalmente las niñas sí presentan lenguaje, pero ese lenguaje no es funcional porque no cumple su función que es comunicar, cuando uno observa la calidad de su sociabilización, es ahí donde se presenta la falla, porque ellas mediante el fenómeno del camuflaje/acomodación, copian los comportamientos para poder encajar, pero al final no funciona y termina siendo un desgaste para su salud mental, lo cual conlleva a generar cierta sintomatología. No obstante, se especifica que la herramienta ADOS-2 no establece diferencias para detectar comportamientos autistas tanto en niños como en niñas, es por ello que, si presenta cierta consistencia y fiabilidad, que nos permite demostrar que según la variable presentada anteriormente, no se comprobaría esta falta de sensibilidad por parte del instrumento hacia los posibles comportamientos camuflados o atípicos en las niñas, aunque al momento de la evaluación no es el único instrumento que hay que aplicar para obtener un diagnóstico certero.

Es de suma importancia, el poder realizar una administración de batería de test para obtener un diagnóstico a una edad temprana, por eso se les explica a los padres que a partir de los dieciocho meses ya se puede detectar los primeros indicadores y se pueden realizar las primeras intervenciones, porque desde el ámbito clínico de las licenciadas entrevistadas, han pasado por ciertas experiencias en donde los padres les han vuelto a traer los informes de otros profesionales que podrían llegar a presentar ciertas falencias, ya que el informe se divide en dos áreas, la cuantitativa que se basa en los resultados numéricos y la cualitativa que se refiere a la explicación de ese puntaje. Una vez finalizada la evaluación, se busca obtener un perfil cognitivo de esos pacientes, ya que los puntajes son los que reflejan las fortalezas y debilidades, pero esto va a depender en la etapa de desarrollo que se encuentre ese niño/a. Ya que al momento de brindar apoyos personalizados para que las niñas accedan a los tratamientos tempranos, es relevante el tener un buen ojo clínico, para poder captar y evaluar las conductas femeninas que permitan plantear objetivos que sean transversales que permitan trabajar de manera conjunta y transdisciplinaria, para que se pueda planificar un tratamiento acorde a sus necesidades.

Por otro lado, es necesario especificar que para analizar y entender el fenómeno de acomodación/camuflaje en donde las niñas pueden adaptar sus comportamientos autistas, será imprescindible que al momento de evaluar cuando se esté ejecutando la herramienta ADOS-2, se pueda ver cuáles fueron las áreas más descendidas a nivel cuantitativo, que en el caso de las niñas puede ser el área comunicativa (lenguaje) y de conducta estereotipada, puesto a que en ambos momentos de la evaluación puede surgir el fenómeno de acomodación para que esto no se note. Es por ello que aquí se tiene en cuenta otros dos tipos de variables planteadas, por un lado, uno como profesional debe tener cierta experiencia previa en la detección de posibles sesgos de género, para tener en cuenta estos detalles, ya que por otro lado, al momento de manejar, puntuar, e interpretar, el instrumento en sí te va arrojar la puntuación de cuáles fueron las áreas que estuvieron más descendidas, gracias a las actividades lúdicas que componen el módulo dos, pero, aun así, hay que ser cauteloso, para no pasar por alto esas conductas y así evitar caer en un diagnóstico tardío.

A partir de las percepciones y experiencias en relación con el diagnóstico de autismo en niñas y su posible sesgo de género, se ha notado en los demás profesionales sobre todo en nuestro ámbito de la salud mental, que quizás deberían predisponer más de su tiempo, para que puedan revisar de una manera más exhaustiva a los infantes. Dado que como resultado, cuando se les pide el informe para poder ver el diagnóstico del paciente, se ha podido observar ciertas cuestiones que pudieron pasar como desapercibidas, puesto a que no les han aplicado una evaluación inicial, ni se realizó el cuestionario a los padres, ni mucho menos se aplicó un test, revisando así solo de manera superficial la conducta problema que pueden dejar por afuera las problemáticas más profundas del sujeto que podrían haber sido observadas, si se hubiera ejecutado desde un principio todo el proceso evaluativo. Si bien, se afirma que gracias a la variable expuesta que afirma la evaluación de los componentes del instrumento ADOS-2 para poder reconocer su validez, se ha logrado comprobar científicamente como una de las herramientas más sensibles y consistentes para diagnosticar el TEA, pero no debe reducir todo el diagnóstico a esta única herramienta, por lo que se sugiere que es mejor realizar primero el proceso de anamnesis con los padres para poder preguntarles cómo fue el embarazo, si hubo comorbilidades genéticas en la familia, si realizaron o no procesos de intervención de

estimulación temprana, para que mediante eso se proceda a confeccionar y elegir una batería de test, para ver cómo está funcionando el perfil cognitivo de ese paciente y saber cómo va actuar uno como profesional.

Se considera entonces que el instrumento está bien hecho como para poder llegar a un diagnóstico temprano ya sea de un niño o una niña, pero se puntualiza que aún estamos hablando de un cerebro que está en desarrollo y que por ende los estímulos van a producir cambios, es por ello, que se sugiere, que es mejor aplicar el ADOS-2 como una prueba más formal cuando los niños/as puedan entender las consignas, para poder evitar un diagnóstico erróneo, siempre que su coeficiente intelectual se lo permita. Por lo que se cree que es evidente que las niñas tienen la capacidad para pasar desapercibidas en su primera salida social al mundo escolar, normalizándose que sean tímidas o calladas, pasando por alto como profesional este tipo de repertorio femenino conductual, cuando en realidad lo que ellas intentan es leer lo que se necesita en esa situación, orillándolas a responder a través del camuflaje social. Por eso se recomienda ajustar la mirada clínica, para no tomarlo simplemente como que son cosas propias de la edad o del mismo género femenino, porque esto puede conllevar a que la niña sea diagnosticada de manera errónea y/o tardía.

En efecto, esto nos permite entender la importancia de ser objetivos respecto a la puntuación del ADOS-2, puesto a que al momento de la evaluación se remarca que sólo se genera esa puntuación en base a la observación directa del comportamiento conductual del infante, y se pierde cierta información que es indispensable, porque no se puede observar cómo se desenvuelve esa niña en otros aspectos como el escolar y/o familiar, sugiriendo así, complementar la prueba diagnóstica con un test de inteligencia, para ver cómo reacciona este perfil en situaciones de aprendizaje.

Por último, siguiendo el mismo orden de ideas, respecto a la importancia de un buen ojo clínico y la ética profesional, hay ciertas comorbilidades que se pueden presentar en el área del aprendizaje como es el déficit de atención que puede ser parte de una comorbilidad dentro del espectro autista, pero como en las niñas ese déficit suele presentarse sin hiperactividad, prefieren recomendar a los padres que lo solucionen llevándola a una maestra particular, por lo que termina siendo una negligencia ética por parte del profesional.

En resumen, si bien se suele presentar una sobrevaloración diagnóstica más en los niños que en las niñas, podemos afirmar de que por sí que la escala ADOS-2 no presenta errores instrumentales, sino que se debe considerar que hay otras pruebas que se pueden administrar, sobre todo en el caso de las niñas, como es la prueba de screening que permite un rastillaje en la entrevista inicial a los padres, que se denomina como SCQ (cuestionario de comunicación social), se obtiene las respuestas de ambos padres para ser clasificadas en el cuestionario, según lo que ellos observaron en las conductas y habilidades sociales que manifiesta su hija. Es aquí en donde se debe prestar una crucial atención, dado que la calidad de sus respuestas son de tinte subjetivo, aún así, nos podrían ayudar a entender aquellas conductas que pudieron ser pasadas por alto en la administración de la escala ADOS-2, y es por ello que se recomienda a los evaluadores que busquen tener más experiencia en el abordaje de evaluación femenina.

Capítulo 2. La teoría vs La Práctica Clínica

En relación a lo expuesto anteriormente, podemos observar que en base a lo que plantearon las profesionales en su práctica clínica, en el ámbito del ejercicio de su carrera como psicólogas y psicopedagogas, presenta cierta disyuntiva, en cuanto a lo que desarrolla la teoría expuesta en el marco teórico, respecto a que si era la escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS-2) la que presenta un sesgo de género al momento de ser administrada en la población femenina infantil, considerando que es una prueba diagnóstica estándar que está conformada por una serie de cinco módulos, en donde el examinador observará y clasificará las conductas del paciente, según las categorías que brinda dicho instrumento, que permite de esta manera poder obtener un diagnóstico, gracias a la puntuación final tanto cuantitativa como cualitativa que cuantifica y categoriza dichos síntomas. Ahora bien, por otra parte, como se ha explicado anteriormente la selección del módulo será en base a la edad cronológica y al desarrollo de su coeficiente intelectual y lingüístico del niño/a evaluado, es por eso que según los argumentos que se han obtenido en las diferentes entrevistas, se ha logrado refutar y confirmar que la herramienta no presenta ningún error instrumental que pueda conllevar como resultado a un sesgo de género, sino que debe ser tomada por un profesional que esté capacitado en profundidad sobre el conocimiento del TEA y en cómo se manifiesta el autismo en ambos géneros, porque una elección y ejecución incorrecta del módulo podría llevar a resultados inequívocos

y es aquí en donde tanto en la teoría como en la práctica, coinciden en que se requiere un buen juicio clínico y experiencia por parte del profesional.

Cabe considerar que ambas licenciadas coinciden en su discurso, que se puede presentar en las niñas el fenómeno de acomodación/camuflaje, ya sea que por un lado pasen desapercibidas por ser tímidas y que esto se normalice como parte de una personalidad sumisa, o que intentan utilizar un lenguaje que no es funcional, ya que no les ayuda a expresar de manera comprensible y apropiada lo que necesitan en situaciones cotidianas y que termina siendo perjudicial para su salud.

Es ahí donde se debe prestar una crucial atención en el momento en que se está evaluando estas conductas junto con la administración del instrumento, dado que este, presenta las escalas de calificación de la observación (OA), de la comunicación (CA), de la calidad de la conducta estereotipada y restringida (CSR) y de la calidad general de la interacción social (CGI). Respecto a la evaluación en el ámbito femenino, se tiene en cuenta de manera prioritaria las escalas OA y CA que se centran en los comportamientos de comunicación, la calidad y la utilización funcional del lenguaje, así como también la competencia, interacción y reciprocidad social con las demás personas, por lo que si se obtienen puntajes altos en estas escalas, se puede inferir la presencia de sintomatología relacionados con el TEA, aunque una vez obtenido el puntaje total, se debe comparar con la puntuación de corte para tomar una decisión diagnóstica (Fernandez, 2023).

Como comentó una de las entrevistadas, se opta por elegir el módulo dos para poder observar mejor las conductas de las niñas pequeñas menores a los tres años de edad, y es aquí donde también podemos concordar con la implicación de la primera psicóloga, puesto a que decía que el ADOS-2 es una de las pocas herramientas que, al estar compuesta por tantos módulos, te permite diagnosticar desde bebés hasta personas adultas mayores. Si bien el módulo tres es el que evalúa niños y adolescentes entre los cuatro y dieciséis años para poder examinar el uso de su fluidez verbal, es el módulo dos el que presenta actividades centradas en el uso lúdico de juguetes para poder observar su juego simbólico, es decir si esté es apropiado para su nivel de desarrollo y si muestra interés en compartir la experiencia junto a su examinador. Pudiendo obtener de esta forma, el perfil de puntuación que proporciona información sobre las fortalezas y debilidades del paciente, porque puede, por ejemplo; presentar una puntuación alta en la escala de comunicación (CA), lo que

indicaría fortaleza en la comunicación verbal, pero una puntuación baja en la escala de observación (OA), lo que indicaría una debilidad en la interacción y reciprocidad social.

A partir de la obtención de todos estos datos, se puede definir la planificación y ejecución de intervenciones y tratamiento que se realizarán en base al nivel de apoyo que este necesite, independientemente si es un niño o una niña, pero, por otro lado, las psicopedagogas recomiendan no reducir el diagnóstico a un solo instrumento de valoración, puesto a que los demás profesionales al momento de examinar, tendrían que realizar múltiples observaciones que permitan obtener así, un amplio repertorio de registro de las respuestas del paciente que podrían variar a lo largo de todo el transcurso de la evaluación debido a que las respuestas del infante, podrían estar influenciadas por factores contextuales como el entorno, el estado emocional que este transitando, etc, y es por ello que si al momento de evaluar se tiene en cuenta estos factores, se podría comprender mejor la sintomatología y el comportamiento que expresa en ese momento el paciente.

Además, se debería utilizar incluso pruebas de screening como el cuestionario de comunicación social (SCQ), que es aplicado a los padres en la primera entrevista inicial para poder conocer mejor la historia del desarrollo infantil de ese infante, y que ellos puedan responderlo en base a la forma A que es la nombrada anteriormente, y la forma B que es en cuanto a lo que ellos observaron en la conducta de su hijo/a durante el último periodo de tres meses, para poder corroborar si se presentan déficits en las habilidades sociales, o si se presenta un repertorio conductual de carácter restringido, repetitivo y/o estereotipado, aunque hay que especificar que al ser un instrumento de cribaje no es muy adecuado para realizar un diagnóstico individual porque depende del juicio paternal para obtener y clasificar las respuestas, y puede que este no sea muy objetivo a nivel clínico (Rutter, Bailey, & Lord, 2019).

No obstante, cabe resaltar que ambas coincidieron que el instrumento presenta cierta validez y confiabilidad, puesto a que en la actualización de su segunda edición, se realizaron estudios exhaustivos para poder mejorar la calidad y precisión diagnóstica que le permite poder adaptarse a una variedad de situaciones clínicas siempre que se tenga en cuenta la historia y el contexto clínico del paciente, porque como dijo la segunda licenciada, el ADOS-2 es una de las herramientas más sensibles y consistentes para diagnosticar TEA, pero hay que tener en cuenta otro tipo de

información que nos pueden brindar los padres durante el proceso de anamnesis, es decir si hubo experiencias de traumas durante el embarazo, si hay algún tipo de enfermedad o factor que pueda influir en el comportamiento del niño/a, durante el periodo de evaluación y todos los detalles adicionales que pueden ayudar a comprender de mejor manera los patrones de puntuación y así evitar diagnósticos tardíos o erróneos que estén basados únicamente en la observación y en los resultados de la escala ADOS-2, y no en la información que los padres puedan proveer.

Confirmando así la correcta inclinación teórica que es llevada a cabo en el ámbito profesional clínico, puesto a que no se cuestiona entonces el sesgo de género en la confección del instrumento, sino en la competencia ética necesaria que debe presentar el profesional al momento de realizar dicha evaluación.

Capítulo 3. Entonces ¿Cómo se manifiesta y Evalúa el Trastorno del Espectro Autista en el Género Femenino, para evitar como Profesionales Diagnosticar de Manera Tardía y/o Errónea?

A lo largo de toda la investigación realizada hasta aquí, se ha puesto en evidencia que el sesgo de género se encuentra realmente presente en el juicio clínico de los profesionales, ya que durante muchos años los estudios de investigación han excluido de sus muestras a las niñas y mujeres, como resultado el problema fundamental es el procedimiento diagnóstico que llevan a cabo, que suele estar más entrenado y diseñado para identificar rasgos sintomatológicos del trastorno del espectro autista de manera predominante en la población infantil masculina, contribuyendo a la falta de diagnósticos precisos y a su desconocimiento en cuanto a la manifestación de la sintomatología autista en la población femenina. Esta representación simplista y estereotipada que suelen tener los profesionales sobre el autismo, les puede llegar a interferir el poder dilucidar la diversidad con la que se presenta el espectro autista, por lo que estos estereotipos de género terminan influyendo en su percepción clínica, obteniendo como resultado un diagnóstico tardío u erróneo, ya que como se ha explicado en el marco teórico, se espera que las niñas adquieran y actúen con ciertas características femeninas que están alienadas a los roles de género que determinan el conjunto de normas sociales y comportamentales en función de la construcción socio-cultural en representación tanto de la femineidad como de la masculinidad. Siendo así que, si una niña es callada e introvertida se tiende

a normalizar y a no ser cuestionado, a diferencia de que, si un niño presenta estas características, sería llevado inmediatamente a un profesional para que se examine y evalúe estas conductas. Esto nos lleva corroborar la clara existencia de un sesgo en cuanto a la valoración de las niñas, sobre todo si hablamos del caso de niñas con TEA de alto funcionamiento, ya que no cumplen con la categorización sintomatológica que plantea el DSM V sobre el TEA, puesto a que en su introducción solo expone ciertas conductas sintomáticas con cierto nivel de severidad (Montagut, Romero, Fernández Andrés, & Cerezuela, 2018).

En consecuencia, las personas que presentan TEA en altas capacidades sin discapacidad intelectual, demuestran una inteligencia superior a la media y una buena capacidad del desarrollo del lenguaje para poder comunicarse adecuadamente, de modo que esto permite resaltar que se han observado ciertas diferencias que deberían ser notadas a nivel de la sintomatología nuclear y comórbida del TEA en niños y niñas para poder alertar sobre las técnicas de evaluación, el nivel de experiencia y la percepción de los evaluadores infantiles, ya que estos errores de abordaje pueden llevar a la confusión diagnóstica con otras patologías mentales como el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, etc.

A continuación, se procederá a nombrar y fundamentar las características comportamentales sintomatológicas adicionales que presentan las niñas y mujeres, que escapan de los criterios de categorización tradicional para la obtención de diagnóstico del autismo, las cuales son: **Camuflaje/acomodación, intereses restringidos y comportamientos repetitivos, juego simbólico, psicopatología comórbida, teoría de la mente y procesamiento sensorial** (Hull, Petruros, & Mandy, 2020).

Camuflaje/acomodación

Empezando con la explicación del fenómeno de camuflaje/acomodación que se ha demostrado en el género femenino a partir de lo que estableció Lorna Wing (1981) en su “hipótesis del camuflaje”, describiendo que las niñas autistas sin discapacidad intelectual, podrían pasar desapercibidas en las evaluaciones clínicas, ya que tienden a tener mejores habilidades sociales y de comunicación en comparación a los varones. El camuflaje se refiere al enmascaramiento y disimulo de los signos autistas, mediante el uso de estrategias conscientes o inconscientes, que

pueden aprenderse de manera explícita o desarrollarse de manera implícita, a través de técnicas de imitación de expresiones faciales ya sea de la persona con la que está hablando o de personajes de televisión que admiran para pretender actuar de forma “normal” en los grupos sociales en los que se desarrolla, también esconden y/o suprimen sus conductas estereotipadas, fuerzan el contacto visual y suelen dejar de hablar sobre sus intereses restringidos.

Un concepto similar que se ha propuesto recientemente es el de compensación, la compensación se define como el uso de estrategias cognitivas alternativas que puede ser externo (cambios que no afectan a nivel de los procesos cognitivos) o interno (implica utilizar rutas cognitivas alternativas para lograr el resultado deseado), para poder superar dificultades sociocognitivas o conductuales específicas en el autismo, por ejemplo; una niña autista podría compensar las dificultades de la teoría de la mente utilizando estrategias de función ejecutiva para aprender a reconocer diferentes expresiones faciales en este caso (Hull, Petrurus, & Mandy, 2020, pág. 309).

Asimismo, el intento de esconder sus características autistas se termina asociando a un incremento de resultados psicológicos negativos que terminan afectando su salud mental, incluso es descrito por ellas mismas como un proceso agotador, que, a pesar de alcanzar logros a niveles sociales y académicos positivos, es acosta de un gran sufrimiento emocional, ya que el camuflaje termina siendo como una gran pérdida de identidad por el miedo a ser descubierta y rechazada.

En relación a la idea anterior, los autores Kirkovski, G. Enticott, & Fitzgerald (2013) manifiestan que, a nivel de la dificultad en las relaciones sociales, particularmente las amistades, son un gran sello distintivo en el autismo a nivel de las niñas y los varones, ya que la noción de mayores expectativas sociales son colocadas en el género femenino, las mujeres autistas tienden a tener niveles más altos de motivación social (el deseo y la motivación de formar amistades con otros) que los hombres autistas. Pero, a pesar de tener presente esa motivación social, les puede resultar más difícil mantener amistades o relaciones a largo plazo, dado que recae un mayor peso sobre ellas, puesto a que las actividades sociales típicas entre mujeres suelen depender más de la comunicación y el intercambio recíproco de intereses, a diferencia de los hombres que tienen más opciones sociales que requieren mucho

menos comunicación y reciprocidad, como por ejemplo; juntarse con amigos a ver películas o jugar videojuegos que requieren la mínima cantidad de interacción.

Si bien lo que explica el DSM V es correcto a nivel de la sintomatología del TEA, pueden aparecer deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social que pueden presentarse en diferentes contextos sociales ya sea en el pasado o actualmente, esto no quiere decir que no haya que profundizar más a la hora de evaluar las habilidades sociales de las niñas con autismo, ya que si bien en comparación con los niños autistas, las niñas parecen tener menos dificultades sociales en general, pueden presentar dificultades en otros aspectos de la socialización como el mantenimiento de las relaciones sociales, la reciprocidad en las conversaciones, etc; sobre todo en especial comparación con las mujeres no autistas, ya que normalmente buscan poder relacionarse con ellas, pero pueden terminar fracasando en el intento de mantener esa amistad, por lo que sería necesario no solo evaluar lo que plantea el DSM V, sino también poder examinar sobre su experiencia autista femenina a nivel de sus habilidades y relaciones sociales, para poder compararlas con las características femeninas no autistas y obtener así una evaluación precisa.

Intereses restringidos y comportamientos repetitivos

Según los autores Hull, Petreros, & Mandy (2020) a nivel de las diferencias de género en intereses restringidos y comportamientos repetitivos, se ha sugerido que las niñas autistas a nivel de los intereses presentan niveles más bajos o que son más aceptables socialmente como personajes de ficción, animales, literatura; en contraste con los varones que suelen centrarse en temas más mecánicos, como vehículos, computadoras o física. Si bien la intensidad del interés en sí puede ser atípica para ambos géneros, el tipo de interés puede considerarse más apropiado para la edad y el género para las mujeres que para los hombres, debido a esto, los padres, maestros e incluso médicos y/o pediatras, no lo reportan como una característica inusual. (pág. 309)

Debido a que el interés femenino se considera más apropiado y puede crear menos dificultades para la persona y su familia, y como resultado se lo descarta a nivel clínico, generando una subestimación de las características autistas femeninas que conlleva a reducir la probabilidad de un diagnóstico; por ejemplo, una joven con

autismo notó que varios de sus libros favoritos estaban desgastados en varias partes por leerlos constantemente, y esto no había sido notado como un interés restringido, ocurrió lo mismo en el caso del comportamiento y/o movimiento repetitivo como morderse las uñas, jugar con los dedos, retorcer el cabello con los dedos, rechinar los dientes, mecerse de pie o sentada.

Juego simbólico

Otra de las diferencias primordiales que se encuentra en la presentación de los síntomas en niñas, es un juego que aparenta ser “simbólico”, pero si es observado más en profundidad y en un contexto clínico, se podrá ver que realmente este juego es guionado e imitado en la observación minuciosa de un comportamiento social, por lo que terminan recreado esa situación con muñecas o incluso llegar a crear amigos imaginarios, pero en el caso de llegar a compartir con un par, suele haber ausencia en la espontaneidad e incluso ser extremadamente controladora para evitar que el juego se “escape” del guión.

Psicopatología comórbida

A diferencia de lo que se venía explicando anteriormente, este hallazgo permanece relativamente estable a nivel de la manifestación sintomatológica del espectro en ambos géneros, aún así, se destaca que las mujeres con TEA que presentan discapacidad intelectual, pueden llegar a demostrar comportamientos más agresivos, incluido el abuso físico y verbal autodirigido.

Sin embargo, en edades infantiles, cuando se está adquiriendo la lectoescritura y los conceptos matemáticos básicos es cuando los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad son más frecuentes en niños con autismo, y por ende está asociado al autismo la comorbilidad del TDAH. Por otra parte, es a partir de la educación secundaria cuando se incrementa la detección y diagnóstico del TEA en las adolescentes, dado que empiezan a surgir problemas atencionales y dificultades en el aprendizaje que puede confundirse fácilmente con una discapacidad intelectual, si no se realiza una evaluación neuropsicológica especializada (Hervás, 2022, pág. 39).

En relación a la problemática expuesta, los investigadores Kirkovski, G. Enticott, & Fitzgerald (2013), explican que pueden aparecer también trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como parte del solapamiento de la sintomatología autista, relacionados con episodios bulímicos como parte del mecanismo de regulación emocional y a su vez cuadros clínicos de anorexia nerviosa atípica que conlleva un extremo ejercicio y/o selección alimentaria, relacionada estrechamente con la rigidez cognitiva que puede asociarse a estos trastornos. De hecho, han tomado una superposición que intentaba explicar los fenotipos conductuales observados en los patrones alimentarios del TEA y la anorexia nerviosa, que exploraba la capacidad cognitiva en las jóvenes que han presentado anorexia nerviosa y se ha detallado que una parte significativa de muestra clínica también tenía un diagnóstico de TEA, por lo que se sugería que las conductas de comportamiento repetitivo también se relacionaban con la rigidez de patrones alimentarios y de ejercicio excesivo que presentaban dichas jóvenes.

Sin embargo, esta investigación debía tomarse con cautela, dado que en la actualidad no se ha explorado este fenómeno en profundidad.

Teoría de la mente

Existe un estereotipo arraigado en la creencia de que las personas autistas presentan una capacidad empática escasa o nula, así como tampoco pueden atribuir estados mentales, ya que presenta cierto déficit en esta habilidad social, pero a pesar de ello, se ha destacado un deterioro más leve según las puntuaciones del ADOS-2 entre las niñas afectadas (Kirkovski, G. Enticott, & Fitzgerald, 2013).

Según el autor Baron-Cohen (1999), el autismo se caracterizaba por la teoría de **“un perfil de un cerebro extremadamente masculino”**, que implica que las personas en el espectro autista suelen exhibir características cognitivas que están más alineadas con la capacidad de sistematización que conlleva como consecuencia a las dificultades de expresión emocional. Por el contrario, otros científicos han desmentido esta teoría, ya que la empatía está conformada por dos aspectos distintos; el **“cognitivo”** (la capacidad de interpretar gestos y vincularlos con las emociones, que se relaciona con lo que fundamenta la **teoría de la mente**, puesto a que es la capacidad de inferir los estados mentales de las personas y mediante esa información interpretar y predecir su conducta) y el **“afectivo”** (la habilidad de sentir y

experimentar emociones de los demás), siendo así que las personas que están dentro del espectro autista pueden enfrentar desafíos en el aspecto cognitivo de la empatía, no así en el afectivo.

Además, cabe destacar la teoría de la “**doble empatía**” propuesta por Damián Milton (2012), un investigador autista, que sugiere que los autistas no carecen de empatía, sino que tienen un estilo empático diferente. Asimismo, Kamila Makram (2007), neurocientífica, ha señalado que las personas autistas pueden demostrar una preocupación más profunda por los demás cuando reconocen las dificultades que enfrentan, esta perspectiva sugiere lo que se denomina como “problema de la doble empatía”.

Procesamiento sensorial

Tanto los niños como niñas con TEA presentan alteraciones en el procesamiento de los estímulos sensoriales, según lo que fundamenta el DSM V, se denomina como la hiper o hipo reactividad sensorial que se puede manifestar en; malestares intensos ante determinados sonidos, olores, luces, sabores o texturas específicas; interés inusual en aspectos sensoriales del entorno, indiferencia aparente a dolor y/o temperatura y búsqueda de estimulación mediante actividad física (por ejemplo, balancearse, girar sobre sí mismo). Pero, en cuanto a las mujeres, pueden presentar disgusto por algunos olores, llegando a evitar situaciones en la que esos olores estén presentes (Montagut, Romero, Fernández Andrés, & Cerezuela, 2018).

Por supuesto que a partir de este esclarecimiento de las manifestaciones sintomatológicas que pueden llegar a presentar las niñas con TEA, es necesario también tener en cuenta las variables significativas, ya que al momento de evaluar es necesario considerar; la edad, el coeficiente intelectual y el juicio clínico en cuanto a la representación del espectro autista sobre todo en el género femenino. Dado que como plantean los autores Hull, Petruros, & Mandy (2020), existe la posibilidad de que se presente en ellas lo que se denomina como la **teoría del efecto protector femenino (teoría FPE)** que proviene de una investigación sobre los factores genéticos y ambientales propuestos que afectan el desarrollo del autismo. Exterioriza que las niñas/mujeres requieren un mayor riesgo ambiental y/o genético que los hombres para expresar el mismo grado de características autistas, esto expondría que el género femenino podría estar “protegido” de dichas características a comparación del género masculino que presentan un nivel más comparable de factores de riesgo, puesto a que los varones al solo presentar un cromosoma X por parte de la madre, y otro cromosoma Y por parte del padre, por lo cual al no contar con ambos cromosomas X como es en el caso de las mujeres, están más expuestos a factores de riesgo ambientales, esto quiere decir que a niveles estadísticos, si la madre fuera la portadora del gen autista en donde solo un cromosoma X presenta la enfermedad y el padre no es portador de ninguna enfermedad, el resultado disminuye a veinticinco por ciento (25%) de probabilidad en el caso de las niñas, a diferencia de que si el padre presenta el gen autista y la madre no, en el caso de los varones aumenta la probabilidad a un cincuenta por ciento (50%), por lo que esta situación predispone ya fisiológicamente a cambios genéticos sumados que podrían explicar la mayor vulnerabilidad que presentan en su sistema nervioso central para llegar a padecer trastornos del desarrollo y entre ellos el TEA.

En otras palabras, los familiares de mujeres autistas deberían tener más probabilidades de tener autismo o características autistas que los familiares de los varones autistas, quiere decir que las mujeres autistas deberían presentar una mayor carga genética que los hombres para poder expresar el mismo nivel de características y/o sintomatología autista. Desde esta perspectiva, otra fuente propuesta por los autores Kirkovski, G. Enticott, & Fitzgerald (2013), respecto a el factor protector es el **cromosoma X** con un gen protector expresado en el cromosoma X paterno de las mujeres, que si bien aumentaba el umbral para la expresión fenotípica autista, podrían

llegar a obtener mayores habilidades sociales (potencialmente mediadas por un mayor funcionamiento ejecutivo) e inteligencia verbal y tenían menos probabilidades de recibir recomendaciones educativas para necesidades especiales en comparación con los hombres, ya que este cromosoma X heredado por vía paterna no está presente en ellos y por lo tanto se encuentren menos protegidos y con más posibilidades de presentar un autismo de expresión sintomatológica severa.

Es imperativo realizar más investigaciones que exploren directamente estas hipótesis para poder mejorar por un lado la comprensión de la naturaleza genética de la afección del TEA, y por otro poder entender cuáles son los criterios actuales para poder utilizar herramientas diagnósticas que permitan ajustarse a las variaciones genéticas que pueden presentar las niñas y mujeres, así como los indicadores que pueden presentar en menor o mayor medida para poder así evitar diagnósticos tardíos u erróneos en el ámbito femenino.

7. Conclusión

Por último, es conveniente acotar, que gracias a las numerosas investigaciones que se han obtenido en la actualidad que se intentaron reflejar lo más fehaciente y respetuosamente posible en este trabajo final, para poder llegar así a la siguiente conclusión; La escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS-2), es una herramienta diagnóstica que debe ser utilizada por un profesional que esté capacitado y que sea idóneo para poder cumplir con los estándares profesionales y éticos que demanda la evaluación, por lo que es necesario comprender los patrones de comportamiento sintomatológicos que se expresan tanto en el género femenino como el masculino, para poder considerar como los patrones de puntuación que arroja el instrumento pueden relacionarse con la historia de vida del sujeto, y es por este motivo que también es necesario realizar observaciones clínicas adicionales que permitan por un lado poder entender aquellos patrones comportamentales y por otro aquellas dudas e interpretaciones erróneas que podrían perjudicar la obtención diagnóstica final. Por otro lado, retomando lo que han comentado las profesionales a lo largo de la entrevista, es preciso presentar una mirada clínica obstinada que pueda discriminar cómo se manifiesta el espectro autista a nivel comportamental y sintomatológico, sobre todo en la población femenina. Por lo que mediante el análisis procedente de la herramienta ADOS-2, se ha logrado descartar los errores éticos y administrativos que podrían conllevar a un sesgo de género en donde se obtiene como resultado una sobrevaloración en los varones, y una falta de diagnóstico en las niñas a una edad temprana.

Visto de esta forma, mediante las variables propuestas en este trabajo que guardan conexión con la obtención del análisis de todos los datos recabados, en conjunto con el análisis bibliográfico realizado, podemos responder la pregunta guía de base que habíamos formulado al principio de la investigación; y es que, en cuanto a la sensibilidad y especificidad de la escala a la hora de detectar los comportamientos autistas tanto en niños como en niñas, no se han encontrado discrepancias significativas y abismales que podrían influir en la obtención de un diagnóstico de TEA, puesto a que su pertinente actualización ha influido en la fabricación y producción de una segunda edición que permite la adaptabilidad profesional para la selección de actividades y módulos que sean correspondientes y/o específicos para la edad del paciente, así como también la validez de los elementos y puntuaciones que conforman

a la herramienta, demostrando de esta forma la diversidad representativa en la que puede manifestarse el espectro autista en los individuos.

No obstante, es imperativo puntualizar que, aunque el sesgo de género no se presente en el instrumento ADOS-2, se puede reflejar en aquellos profesionales que presentan una formación académica que puede llevar a una aplicación de evaluaciones que estén condicionadas hacia un estereotipo masculino del trastorno, el cual implica que muchas niñas puedan perderse en el diagnóstico, ya que muchas de estas pruebas administradas, suelen excluir aquellos síntomas leves o complejos que podrían exteriorizar las niñas con TEA, y sobre todo aquellas con un alto funcionamiento que tienen más probabilidades de pasar desapercibidas ya que como hemos explicado anteriormente, pueden desarrollar una capacidad fehaciente para ocultar su sintomatología por medio de habilidades sociales competentes y acordes para su edad que están conectados a una buena capacidad para imitar y camuflarse.

De este modo, es probable que los comportamientos de camuflaje/acomodación se desarrollen a lo largo de la vida de la paciente, pero presenta un impacto significativo durante la niñez y adolescencia, por lo que la edad es una variable significativa a la hora de llevar a cabo un diagnóstico correcto, esto demuestra que en el caso de las niñas pequeñas pueden camuflar y adaptarse socialmente a las necesidades del momento, a diferencia de la adolescencia y adultez que requiere demandas sociales superiores y que pueden evidenciar la existencia del trastorno, pero que muchas veces no son suficientemente notorias a nivel clínico para llegar a un diagnóstico temprano y correcto (Montagut, Romero, Fernández Andrés, & Cerezuela, 2018).

Por último, desde esta perspectiva académica, lo que persigue este trabajo integrador final es poder ayudar y favorecer a futuras investigaciones para la comprensión sobre la expresión del concepto de fenotipo de autismo femenino, es decir que es fundamental que se manipulen instrumentos que sean acordes a lo que se solicita, junto a un buen criterio diagnóstico actualizado por parte del profesional, que le permita entender las fuertes asociaciones entre el fenómeno del camuflaje durante el periodo de evaluación clínica y los resultados de puntuación corte que podrían favorecer un falso negativo, que influye de manera directa la salud mental de aquellas niñas y mujeres que han sido considerado “extrañas” en lugar de ser diagnosticadas formalmente o con precisión, quedando excluidas debido a una comprensión errónea

de la manifestación clínica de este trastorno en el grupo femenino, lo cual resultaría en que no sean diagnosticadas o que no lleguen nunca a recibir un diagnóstico correcto (Kirkovski, G. Enticott, & Fitzgerald, 2013).

Finalmente, es de suma importancia acotar que todos estos hallazgos resumidos en esta investigación, tienen como objetivo que se pueda comprender mejor el autismo desde una perspectiva femenina, mediante las comparaciones de género femenino y masculino, la exploración de mecanismos conductuales y neurobiológicos subyacentes al TEA que pueden afectar la presentación clínica y sobre todo aquellos resultados que pueden estar influenciados por un modelo sociocultural y psicológico basado en el género que afectaría a la expresión fenotípica y a la interpretación de los síntomas de TEA en el ámbito femenino, por lo que estaríamos hablando más exclusivamente de un sesgo de diagnóstico que no ha permitido incluso en la actualidad que los diagnósticos sean equitativos para ambos géneros. Se espera entonces que un futuro este trabajo integrador final sea una fuente de conocimiento crucial para la formación de un mejorado criterio clínico diagnóstico que permita garantizar el mejor nivel de atención posible como así también la planificación de un tratamiento que incluya las estrategias adecuadas para que puedan acceder a un diagnóstico temprano y a una mejor calidad de vida.

8. Referencias Bibliográficas

- Aliaga Tovar, J. R. (2007). *Psicometria: Test Psicometricos, Confiabilidad y Validez*.
Obtenido de Scala Learning:
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25645w/Psicometria_Test_%20psicometricos_confiabilidad_validez_RS6.pdf
- APA, A. A. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V)*. Estados Unidos: FIFTH EDITION.
- Artigas Pallares, J., & Pérez, I. P. (12 de Noviembre de 2011). *El Autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. Obtenido de Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008
- Bellone Cecchin, E. (2021). *Leo Kanner y la Clínica del Autismo Infantil Precoz*.
Obtenido de Memoria Académica:
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.15534/ev.15534.pdf
- Butler, J. (1999). El Género en Disputa. En *El feminismo y la Subversión de la Identidad* (págs. 54-56). Nueva York: PAIDOS.
- Campos, A. J., Muñoz, D., & Ferreira, E. (11 de Febrero de 2022). *Evaluación Psicológica: Contexto Histórico*. Obtenido de University of Barcelona:
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/183071/1/Evaluacion%20psicologica%20contexto%20historico%20UB.pdf>
- Celener, G. (1997). *Las Tecnicas Proyectivas su Estatuto Epistemologico Actual*. Argentina: JVE ediciones.
- Dafgal, A. (Mayo de 2012). *Historia de la Psicología Argentina (1890-1966)*.
Obtenido de Repositorio Institucional CONICET Digital:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/195373/CONICET_Digital_Nro.58871a4e-5db5-40b1-a0e4-e21135d30eaf_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). *Cuestionario de Detección del Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro Autista de Alto Funcionamiento en Niños en Edad Escolar*. Obtenido de Revista de Autismo y Trastornos del Desarrollo:
https://www.researchgate.net/publication/12917328_A_Screening_Questionnaire_for_Asperger_Syndrome_and_Other_High-Functioning_Autism_Spectrum_Disorders_in_School_Age_Children
- Fernandez Baeza, C. G. (2013). *Adaptación y Análisis Psicométrico de la Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger*. Obtenido de Pepsic:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200001

- Fernandez, M. (15 de Noviembre de 2023). *ADOS-2 Aplicación y Análisis*. Obtenido de NeuroClass: <https://neuro-class.com/wp-content/uploads/2023/11/Manual-ADOS-2.pdf>
- Fledni, F. (2023). *Diversidad en el Neurodesarrollo: Autismo, TDAH y Altas Capacidades*. Argentina: Fundación Fledni.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, F., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación Sexta Edición*. España: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Hervás, A. (2022). *Género Femenino y Autismo: Infra Detección y mis Diagnósticos*. Obtenido de Revisa Medicina: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/s1/37s.pdf>
- Hull, L., Petruros, K., & Mandy, G. (29 de Enero de 2020). *El Fenotipo del Autismo Femenino y el Camuflaje: una revisión*. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/338896801_The_Female_Autism_Phenotype_and_Camouflaging_a_Narrative_Review
- Jayme, M., & Sau, V. (2004). *Psicología Diferencial del Sexo y el Género Fundamentos*. España: ICARIA.
- Jayme, M., & Sau, V. (2004). *Psicología Diferencial del Sexo y el Género Fundamentos*. España: ICARIA.
- Kirkovski, M., G. Enticott, P., & Fitzgerald, P. B. (2013). *Una Revisión del Papel del Género Femenino en los Trastornos del Espectro Autista*. Obtenido de ResearchGate: <https://www.researchgate.net/publication/236077845>
- Montagut, M. A., Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I., & Cerezuela, G. P. (Abril de 2018). *Influencia del Sesgo de Género en el Diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista: una revisión*. Obtenido de Redalyc.org: <https://www.redalyc.org/journal/2710/271055417005/271055417005.pdf>
- Rubén, G. S. (2017). *Evaluación Psicológica del Género: Una Aproximación Crítica Feminista 2017, (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid)*. Repositorio Digital. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680515/garcia_sanchez_ruben.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2019). *Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)*. Obtenido de TEA Ediciones: https://web.teaediciones.com/Ejemplos/SCQ_Extracto_manual.pdf
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Caracas: Panapo. Obtenido de https://www.perio.unlp.edu.ar/tif/wp-content/uploads/2021/04/CarlosSabino-ElProcesoDeInvestigacion_0.pdf
- Sabino, C. (1994). *Cómo Hacer una Tesis*. Caracas: Panapo.
- Schopler, E., Reichler, M., & Barbara, R. R. (1988). *CARS (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)*. Obtenido de Proyecto INMA:

https://www.proyectoima.org/wp-content/uploads/2018/06/131.anexo15-cars_editora_16_59_1.pdf

Wikipedia. (05 de Agosto de 2023). *Entrevista del Diagnóstico del Autismo*. Obtenido de Wikipedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Autism_Diagnostic_Interview

Wikipedia. (27 de Febrero de 2024). *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo*. Obtenido de Wikipedia:
https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_observaci%C3%B3n_para_el_diagn%C3%B3stico_del_autismo

Wikipedia. (15 de Julio de 2024). *Expresión de género*. Obtenido de Wikipedia:
https://es.wikipedia.org/wiki/Expresi%C3%B3n_de_g%C3%A9nero

Yuni, A. J., & Urbano, C. A. (2014). *Técnicas para Investigar*. Córdoba: Brujas.

9. Anexo

9.1. Entrevistas a las Profesionales

Psicóloga Uno:

Preguntas desde el área profesional:

¿Cuáles fueron sus motivaciones personales para haber estudiado la carrera de psicología? ¿Podría comentarme sus comienzos acerca de su historial académico como profesional?

La psicología siempre me gustó desde la secundaria, y empecé con la idea de que quería elegir una carrera que no tenga matemáticas, pero me paso que, en los primeros años, me encontré con materias que me hacían pensar que esto no es lo mío como antropología, estadística, etc; fueron materias como muy pesadas, hasta que llegaron las materias clínicas y ahí me encantó. De hecho, yo hice mi tesis sobre autismo porque me paso que conocí un niño con autismo y me llamo la atención, así que esperé para estudiarlo durante la carrera, pero estudiamos el TEA muy por encima, con teorías viejas del psicoanálisis, pero bueno yo quería aprender y ver de qué se trataba.

Actualmente me estoy formando en la universidad de Valencia España, en la carrera de grado para recibirme en psicología con la titulación española, porque yo considero que en España se sabe más que en Argentina, inclusive el último que hice que es un posgrado sobre el Síndrome Genético que me parece fantástico, porque a la hora de hacer diagnóstico, uno tiene que saber identificar estos síndromes, porque estos presentan ciertos indicadores que pueden guiar a los papás.

¿Cuáles fueron sus decisiones y motivaciones para haberse especializado en la temática de autismo como profesional?

Yo estudié en la Universidad Católica de Salta, y al momento de tener que realizar mi tesis me contacté con una psicóloga que me ayudó porque ella tenía un pacientito con autismo y ahí aprendí lo que verdaderamente es el autismo. A penas me recibí, comencé a estudiar y a formarme sobre tratamiento y evaluaciones que existen para poder arribar a un diagnóstico, pero yo me daba cuenta que cuando llegaba un pacientito mal diagnosticado o con otro diagnóstico parecido, estaban perdidos tanto los padres como los profesionales, porque se conocía muy poco sobre

la temática del TEA. Entonces yo decidí formarme en evaluación para arrancar desde cero, y poder así poder confirmar o descartar un diagnóstico

Actualmente ¿en qué ámbito está trabajando? ¿Planea dedicarse a otro ámbito o realizar otras formaciones como profesional?

Solo me dedico a trabajar en el consultorio de manera privada, es decir me dedico hacer evaluaciones del neurodesarrollo, para poder realizar un diagnóstico diferencial porque hay cosas que se confunden mucho por el desconocimiento, entonces es necesario hacer un buen diagnóstico, para ver si existe o no otra patología asociada. Pero a lo que me dedico puntualmente es al TEA, y también hago tratamientos, pero tengo cinco pacientes y no más porque considero que tenes que dedicarte mucho para poder hacer bien el tratamiento. Además, es algo que se debe mantener en el tiempo, por ejemplo, yo tengo un pacientito que comenzó conmigo a los tres años y hoy tiene doce, porque si bien las intervenciones pueden ir cambiando, no se les puede dar el alta.

Por eso la mayoría de los pacientes que atiendo solo son para evaluaciones y también realizó informes o derivaciones para los lugares que lo requieran.

¿Cuál es la postura que usted como profesional mantiene, frente a la necesidad de formarse en estas problemáticas o incluso profundizar en su conocimiento para abordar el sesgo de género y así evitar diagnósticos erróneos o tardíos?

Lo que yo considero, es que es necesario que los pediatras reciban más formación ya que hablamos de una intervención temprana, porque el primer agente del servicio de salud que los papás acuden es al pediatra, entonces ellos deberían tener esa formación para poder identificar los primeros signos, y después yo creo que debe haber profesionales que estén realmente capacitados en autismo y no hablar desde el desconocimiento. Porque si no se sigue generando más desinformación, entonces la solución que nosotros encontramos desde mi equipo, es realizar charlas informativas en jardines para que los padres puedan acceder a esa información.

¿Cuáles son las estrategias de intervención para llevar un mejor plan de tratamiento para las niñas que presentan autismo?

Primeramente, tener en cuenta si se realizaron las intervenciones a una edad temprana, o sea durante la etapa infantil, y también hay que tener en cuenta si presenta o no discapacidad intelectual, siempre hay dos cosas fundamentales que yo observo que es la capacidad intelectual y el lenguaje, si la niña presenta estas dos condiciones, obviamente va a tener mayores posibilidades que una niña que presente autismo no verbal.

Entonces lo que yo hago es primero realizar una entrevista, de ahí decido si puedo utilizar o no la herramienta del ADOS-2 con la paciente, porque hay que tener en cuenta también su edad y si es que se encuentra o no muy desregulada, y en base a eso decido el plan de tratamiento e intervenciones que voy a realizar, y sobre todo saber a qué profesionales voy a derivar su tratamiento, porque como digo siempre cada diagnóstico es único, y va depender de la herramientas que necesite para ese momento de su vida en particular.

¿Qué es lo que usted como profesional les recomendaría a los demás profesionales para evitar que caigan en el sesgo de género en base a sus conocimientos?

Como experiencia personal, a mí me han llegado al consultorio pacientes que se han hecho el ADOS-2, con otros profesionales para repetírselos nuevamente porque incluso en el informe está mal hecho, o incluso terminan derivando la responsabilidad a otro profesional para que les dé el diagnóstico. Entonces yo como profesional recomendaría, que tengan formación en evaluación, conocimiento en la herramienta y conocimiento sobre cómo se manifiesta el espectro autista tanto en varones como en mujeres.

¿Cree en la actualidad a través de sus años de experiencia que ha podido detectar mejor cuando una niña presenta autismo, incluso cuando su diagnóstico indica un falso negativo? ¿Cuáles son las estrategias que ha utilizado para poder darse cuenta de ello?

Sí puedo afirmar eso, pero porque yo tengo la particularidad que cuando algo no me cierra, investigo para no quedarme con la duda. Hoy en la actualidad para mí es más fácil, el paciente pasa por la puerta y yo ya sé, pero necesito fundamentos para poder explicarle a esos papás, pero también me pasa hasta el día de hoy que cuando tengo una duda realizo ciertas intervenciones y les pido a los padres nuevamente que la vuelvan a traer para realizar otra evaluación en un par de meses, para poder confirmar o descartar. Es por ello que hay que darse tiempo para poder evaluar, sobre todo en el caso de las niñas con autismo.

¿Usted como profesional sugeriría otro tipo de test que se realicen específicamente en las niñas para poder evitar el fenómeno de camuflaje/acomodación y que pueda llegar a detectarse un diagnóstico de TEA?

Lo que yo observo como profesional, es que se investigó mucho respecto al sesgo en el género, pero porque en este último tiempo surgieron muchos diagnósticos tardíos, específicamente en mujeres, pero por lo menos lo que yo leí, es que no hay diferencia en el género sino lo que paso siempre es que el autismo estuvo más identificado en varones, por lo tanto, la mayoría de test o herramientas de identificación para el TEA, fueron diseñadas para los mismos. Para mí, como te dije antes, el profesional debe estar formado en autismo, yo considero que la herramienta es muy buena, porque si vos te fijás es la única que tiene tantos módulos, que te permite diagnosticar desde bebés hasta personas que se encuentran en la vida de adultos mayores, eso quiere decir que estuvo bien hecha y que se corrigieron los errores que presentó en su versión anterior, para ser la herramienta actualizada que es hoy.

Pero también depende de la experiencia de cada profesional y su manejo, en mi caso también puedo decirte que cuando vienen al consultorio niños/as muy pequeños y que están desregulados, ahí no les aplico el ADOS-2, porque sé que todas las puntuaciones me van a dar mal. Entonces directamente hago una evaluación clínica, porque yo considero que hay pacientes que van a poder desarrollarse con

estas herramientas y otros que no, y en este caso en particular yo prefiero que lo más pequeños puedan mostrar su desempeño en más sesiones, incluso también el desempeño con los padres.

Preguntas desde los objetivos generales

¿Cómo considera usted que los criterios y las dinámicas de la Escala ADO-2 pueden influir en la detección de comportamientos autistas en niñas y, en consecuencia, en el diagnóstico temprano del autismo?

Para mí es que los profesionales deben tener el conocimiento sobre cómo se manifiesta el autismo en ambos géneros, es decir la importancia acá es hacer hincapié en la palabra espectro porque debemos sacarnos la idea de que el autismo se presenta de manera única, es decir que solo se presenta, si el paciente tiene características únicas en su sintomatología, ya sea porque no habla o no te mira a los ojos, ahí uno dice que presenta TEA, pero si habla y te mira a los ojos, entonces no tiene.

Por ende, acá lo importante, no es solo la herramienta diagnóstica, sino que hay que saber que hay pacientes que van a presentar ciertas habilidades desarrolladas y también ciertas fortalezas, o sea acá lo más importante es también poder observar en qué nivel de desarrollo se presenta su coeficiente intelectual, para poder observar qué comportamientos puede llegar a presentar en este caso las niñas con autismo. No es el mismo comportamiento que puede presentar una niña con un coeficiente intelectual acorde a su edad y que no presenta una discapacidad intelectual, y que por lo tanto esto puede llevar a que su diagnóstico sea un autismo leve y esto como consecuencia conlleva a que pase desapercibido por los profesionales, y muchas veces terminan desestimando el diagnóstico, a diferencia de un varón que puede tener un coeficiente intelectual que no sea acorde a su desarrollo y manifieste conductas propias de un autismo severo que esto si suele ser más visto por los profesionales.

Desde su experiencia, ¿Cómo pueden los resultados de la evaluación con la Escala ADOS-2 guiar de manera efectiva el diseño y la implementación de intervenciones y apoyos personalizados para niñas con autismo?

Cuando termino la evaluación busco obtener un perfil cognitivo de ese paciente, en los puntajes esto se ve reflejado, ya que, a mayor puntaje, mayor desafío, y es ahí donde podemos ver en el perfil cognitivo que en ciertas áreas tiene mayores dificultades y en base a eso sugiero las terapias y las indicaciones terapéuticas porque usualmente el tratamiento lo hacen con otro profesional. Pero es importante guiar ese camino, a partir del diagnóstico que podemos obtenerlo con el ADOS-2, para que los padres se sientan guiados, pero que va a depender mucho la etapa del neurodesarrollo en la que niño/a se encuentre, no es lo mismo lo que se va indicar a un niño de dos años, que a uno de siete.

A partir de ahí a veces el neurólogo les recomienda ir al psicólogo, terapeuta ocupacional, a hidroterapia, etc y así a un montón de terapias que terminan por generar un cansancio y un desgaste al niño, por eso hacemos un perfil específico para el niño y sus necesidades. Es por ello que yo recomiendo comenzar solo con dos terapias y de ahí cuando cumplimos ese ciclo agregamos o sacamos otras, pero no hacemos todo junto porque se tiene que hacer lo que corresponde, según la etapa evolutiva y el nivel de apoyo que se requiere, por eso le explicamos a los papás la prioridad que tiene cada tratamiento y cómo se van a ir aplicando, y es por eso que el ADOS-2 en base a los puntajes nos permite poder explicarles esto.

¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al intentar diagnosticar el autismo en niñas, especialmente considerando el fenómeno de acomodación/camuflaje?

Primero yo diría la negación de los padres, generalmente son las mamás las que aceptan más los diagnósticos, a diferencia de los papás que les suele costar aceptarlo, y la desinformación y los mitos que creen sobre lo que es el autismo, y terminas trabajando de alguna manera psicoeducación con esos padres, porque es muy poca la población de padres que están informados sobre lo que realmente es el autismo y vienen con la idea sobre lo que le vamos a informar, porque vienen muy negados, y esto conlleva que explicarle sobre lo que significa el diagnóstico termina siendo muy difícil. Por eso yo como profesional también pido evaluaciones

complementarias para que los padres puedan entender lo que significa y conlleva ese diagnóstico, ya sea que se necesite un perfil sensorial por el terapeuta ocupacional, un neurólogo, etc.

¿Qué medidas sugiere usted para mitigar el sesgo de género en el diagnóstico temprano del autismo y garantizar el acceso equitativo a tratamientos y apoyos para niñas con autismo?

Nosotros como equipo, primero lo que hacemos es explicar en las charlas que es mentira que para realizar un diagnóstico sobre el TEA los niños/as tiene que esperar hasta los cuatro años, ya que en realidad a partir de los dieciocho meses ya se pueden detectar los primeros indicadores y se pueden realizar las primeras intervenciones, que también es necesario como dije anteriormente que los pediatras estén formados, porque son los primeros a quienes los padres acuden, sobre todo cuando se presentan estas dudas que le plantean los papás de que su hijo no habla, y el pediatra les responde que puede ser porque sea hijo único o sea malcriado, y es ahí donde perdemos tiempo y termina siendo un diagnóstico tardío.

Otra cosa que le sugiero a los papás es que cuando sus hijos comienzan el jardín que se interesen en preguntar el desempeño de los mismo en la situación escolar, porque es ahí donde se pueden observar mayores cosas, porque muchas veces que el niño/a en la casa es fantástico y los padres no observan nada que les llame la atención, pero una vez que pasa a un ambiente más grande y desafiante se pueden observar ciertas inquietudes, es por ello que con toda esa información considero, que pueden llegar a alcanzar un tratamiento más temprano y equitativo.

Preguntas desde los objetivos específicos

¿Qué consideraciones debe tener en cuenta al utilizar la Escala ADOS-2 para evaluar a niñas, especialmente en relación con la posible presencia de acomodación/camuflaje de los síntomas autistas?

En este caso para mí, la aplicación correcta del ADOS-2 tiene que ver con la observación clínica, porque dentro de la escala hay módulos específicos que se toman en base a la edad y el CI, pero si no se pudo detectar en esas preguntas específicas que ofrece el módulo, seguramente a lo largo de la entrevista o en algún momento se va observar, y es ahí donde se va a poder puntuar.

¿Cuál es su opinión sobre la consistencia y la fiabilidad de los resultados obtenidos con la Escala ADOS-2 al evaluar a niños y niñas, y cómo puede esto afectar la interpretación de los datos en el contexto del diagnóstico de autismo?

Presenta cierta consistencia y fiabilidad, pero no de manera aislada, es decir si el paciente viene y yo como profesional solo le aplico el ADOS-2, sobre todo en los niños, porque a diferencia de los adultos uno puede guiar la conversación e ir armando ese relato, para después poder puntuarlo en la escala. Pero en el caso de los niños/as, incluso se puede llegar a necesitar una sesión más. Entonces el ADOS-2, sí lo considero un instrumento confiable, siempre y cuando sea aplicado por el profesional con la formación que corresponde.

Sin embargo, no es la herramienta, a veces es la persona, porque la herramienta es buenísima.

¿Qué recomendaciones haría usted para mejorar la capacitación y la competencia de los profesionales en la aplicación de la Escala ADOS-2, con el fin de minimizar el sesgo de género en la evaluación y diagnóstico del autismo en la población femenina?

Considero que el error más grave, primero es no pedir un título, es decir que cuando vos vas hacer una formación en ADOS-2, te deberían pedir un título universitario, y formación en autismo, y recién ahí enseñarte el uso de la herramienta, porque no tiene sentido que se forme una persona que no le va a dar el uso que corresponde. Yo hice mi formación con la Dra. Amaia Hervás que es española y especialista en ADOS-2, fueros tres días seguidos en Paraguay, y lo hice de manera presencial con Cámara Gesell, ella iba y tomaba la evaluación y después nos hacía preguntas a nosotros, sobre lo que habíamos observado.

¿Cómo identifica usted el fenómeno de acomodación/camuflaje en niñas durante la evaluación con la Escala ADOS-2 y cómo puede esto influir en el diagnóstico tardío o erróneo del autismo?

Las niñas generalmente presentan lenguaje, pero ese lenguaje no es funcional, ahí hay una gran diferencia, las niñas hablan un montón, pero no se comunican, yo siempre digo que la función del lenguaje es comunicar. Se presentan entonces niñas con ecolalia o niñas que pueden armar un discurso tranquilamente, pero que no hay

una comunicación recíproca con los demás, yo siempre le digo a los papás que todo debe ser en la medida justa, cuando es poco o es mucho nos tiene que hacer ruido.

Si observamos que una niña es muy sociable, pero vos miras la calidad de su sociabilización, ahí se presentan fallas y ahí es donde generalmente en las nenas se nota un poco más, porque mediante el fenómeno de lo que es el camuflaje, ellas copian los comportamientos para poder encajar, pero al final no funcionan y termina siendo un desgaste tremendo para su salud mental, lo cual conlleva a ciertos síntomas, porque no lograron cumplir sus objetivos.

¿Qué percepciones o experiencias ha observado entre los profesionales de la salud mental en relación con el diagnóstico del autismo en niñas y el posible sesgo de género?

Mediante mis percepciones he notado que pasa todo el tiempo, desde que el ADOS-2 se volvió más comercial, me ha pasado que los papás me han traído los informes para volver aplicar el instrumento, y ahí te encontras con un informe mal redactado. El informe se divide en dos áreas, la cuantitativa que se basa en los resultados numéricos del puntaje y la cualitativa que se refiere a la explicación del porqué de ese puntaje, y ahí es donde uno se da cuenta los errores por parte de los profesionales.

¿Cuáles son sus observaciones sobre la sensibilidad y especificidad de los componentes del ADOS-2 para identificar comportamientos autistas en niños y niñas y cómo estas diferencias pueden contribuir al sesgo de género en el diagnóstico?

En cuanto al género, yo no considero que el ADOS-2 establezca diferencias, no lo he notado ni en niños, ni en adultos inclusive.

Preguntas desde el aspecto ético y legal

¿Tiene conocimiento sobre la ley de salud pública 27.043 que explica la importancia de la formación de los profesionales para una detección temprana, así como la difusión y prestaciones para que puedan acceder las personas con TEA? ¿Si las conoce, podría comentarme cómo la aplica en su campo profesional?

Esa ley trato de aplicarse a nivel provincial, se luchó mucho sobre todo para el acceso a las prestaciones porque suelen ser costosas y eso es lo más difícil, pero al final no paso nada, se intentó tener un gabinete que sea exclusivo sobre el TEA y que sea público para que cualquier persona pueda acceder a un diagnóstico y tratamiento temprano, pero aun así no se trabajó como se corresponde.

¿Qué cuestiones éticas y legales hay que tener en cuenta para aplicar el ADOS-2 y cómo procede usted como profesional a la hora de brindar el diagnóstico?

Primero tener en cuenta la ética profesional, yo siempre digo que hay que tener en cuenta que se está trabajando con una persona y lo que vos le digas o no, va a cambiar su vida y la de sus familiares para siempre. Por ende, tenes una responsabilidad y compromiso muy grande, a mí me ha pasado que hay padres que se han enojado conmigo cuando les brinde el diagnóstico de sus hijos/as, pero era mi responsabilidad decirles. Para mí pasa más por la ética profesional, pero me coloco desde el lugar de evaluador, porque cuando uno observa algo, tiene la responsabilidad de comunicarlo, por eso volvemos al punto de que es importante la formación profesional para poder aplicar correctamente el ADOS-2.

¿Cuáles son las leyes que rigen a nivel provincial respecto a las personas con autismo? ¿Y respecto a la matrícula y su función como profesional en la provincia?

Actualmente no hay nada, lo que se llegó a lograr es la disminución de los ruidos que se encargaba de gestionar la municipalidad, pero aún así tampoco se logró mucho porque es muy difícil. Respecto a la matrícula a la hora de ejercer con el instrumento sobre el test ADOS-2, es ahí donde te dije anteriormente que yo veo la falla, porque cualquiera incluso no siendo profesional puede hacer la formación, y es

ahí donde termina perjudicando, porque a parte de la formación en ADOS-2, debe haber una formación exclusiva en autismo.

Psicóloga Dos:

¿Cuáles fueron sus motivaciones personales para haber estudiado la carrera de psicología? ¿Podría comentarme sus comienzos acerca de su historial académico como profesional?

Yo primero iba a estudiar inglés, porque sabía hablarlo muy bien e incluso me había ido de intercambio a Estados Unidos un año, y cuando volví me di cuenta que estudiar eso no era lo mío, porque a mí me gustaba investigar los diferentes entornos. Y un día me cambié a la UCA (Universidad Católica Argentina) en Buenos Aires y ahí empecé psicología, y bueno mis papás son psiquiatras así que iba por esa línea también. Una vez que me recibí, volví a mudarme acá en la provincia, porque yo nací acá, y empecé trabajando en el área de discapacidad, en un centro de día, y después me especialicé en evaluación diagnóstica y en estimulación temprana.

¿Cuáles fueron sus decisiones y motivaciones para haberse especializado en la temática de autismo como profesional?

Yo no me dedico solamente al área de autismo, primero me forme en los trastornos del neurodesarrollo, y después me forme en autismo, en un curso de certificación en ADOS-2 en Paraná junto a una colega, y además que decidí formarme porque muchos padres venían con esa demanda.

Actualmente ¿en qué ámbito está trabajando? ¿Planea dedicarse a otro ámbito o realizar otras formaciones como profesional?

Actualmente trabajo de manera privada en consultorio, realizó evaluaciones diagnósticas tanto a niños como adultos y estimulación temprana a niños que presentan trastornos a nivel del neurodesarrollo.

¿Cuál es la postura que usted como profesional mantiene frente a la necesidad de formarse en estas problemáticas o incluso profundizar en su conocimiento para abordar el sesgo de género y así evitar diagnósticos erróneos o tardíos?

Últimamente veo que ciertos profesionales están más formados, pero como siempre digo lo más importante es tener un buen ojo clínico, pero si es verdad que los colegas con los que me comunico, me dijeron que no se quedan con una sola cosa, o sea, para ellos no es solo administrar algo, sino que buscan administrar otros test. Si es cierto que cuando hablamos del caso de una niña o adolescente, se puede dar el fenómeno de la acomodación y esto suele confundir, porque muchas veces suelen decir como “ay no, es tímida”, “es introvertida”, pero si es cierto que las mujeres suelen como captar y decodificar esas normas sociales, y cuando llega la hora del diagnóstico puede que terminé dando un falso negativo, porque uno tiende a normalizar ese tipo de conductas en ellas.

¿Cuáles son las estrategias de intervención para llevar un mejor plan de tratamiento para las niñas que presentan autismo?

Particularmente yo no hago tratamientos, una vez que realizo la evaluación y obtengo los resultados, se lo derivo a mis colegas y armamos un plan de tratamiento interdisciplinario, en base a las fortalezas y debilidades del niño, dependiendo de la edad del paciente. Lo que yo recomiendo, es que se empiece de a poquito con el tratamiento, o sea que no vayan de terapia en terapia, sino que tenga la oportunidad de hacer actividades que le guste con otros niños, y después frente a las necesidades que vayan surgiendo, se van ir agregando más cosas.

¿Qué es lo que usted como profesional les recomendaría a los demás profesionales para evitar que caigan en el sesgo de género en base a sus conocimientos?

Lo que yo les recomendaría es que además de formarse y trabajar de manera ética, tienen que estar capacitados en lo que es el neurodesarrollo infantil, porque estamos hablando de un periodo que es crítico en su vida. Por ende, ya sea que estemos hablando de un niño o una niña, deben saber hacer un diagnóstico diferencial y no quedarse solamente con lo que saben de su área, porque a veces noto que los profesionales que ingresan al paciente, no hacen una evaluación inicial y se pierden

mucha información. Pero no solo es necesario hacerle esa evaluación al paciente, también hay que hacer cuestionario a padres, para poder tener una hipótesis diagnóstica y poder entender el motivo de consulta, que nos permita como profesionales armar una buena historia clínica y que nos permita observar todos los hitos del desarrollo de ese niño/a.

¿Cree en la actualidad a través de sus años de experiencia que ha podido detectar mejor cuando una niña presenta autismo, incluso cuando su diagnóstico indica un falso negativo? ¿Cuáles son las estrategias que ha utilizado para poder darse cuenta de ello?

Puedo decir que en la actualidad sí, sin embargo, cuando viene una niña y los padres me dicen que ya la diagnosticaron con TEA, trato de no etiquetarla y mirarla con ese diagnóstico, primero yo voy a evaluar y ahí vemos, porque si no es como que te termina cegando. Por eso una de las estrategias que yo uso es tratar de ir a la escuela para poder observarla mejor, o que me manden videos para poder ver sus conductas, para poder ir confeccionando el informe, y tomar una decisión, porque fíjate que me paso un caso, en donde había comenzado hace un mes el jardín y solo había ido tres veces, es muy poco. Entonces lo que hago es poner a los padres en situación, por eso les pido que cuando hacemos la hora de juego diagnóstica, que me muestren como juegan con su hija, porque si bien es cierto que hay estudios recientes, que explican que el autismo tiene cierta carga genética, también va a depender de la cantidad de estímulos que promueva el entorno para que ese cerebro se desarrolle.

Pero bueno, yo no me quedo solo con lo que puntúa el ADOS-2, trato de aplicar otros test y recién con toda la información que obtengo llego a la conclusión diagnóstica final.

¿Usted como profesional sugeriría otro tipo de test que se realicen específicamente en las niñas para poder evitar el fenómeno de camuflaje/acomodación y que pueda llegar a detectarse un diagnóstico de TEA?

Otro tipo de test que yo utilizó pero más que todo para poder saber si estamos hablando de autismo o de un trastorno en el neurodesarrollo, ya sea el en caso de un niño o una niña, es por parte de la estimulación temprana, que se llama La Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) que es un test sencillo, que dura unos veinte minutos y está destinado a la detección de problemas del desarrollo en niños/as de

cero a seis años, o sea, básicamente consiste en una serie de preguntas a la madre y una serie de pruebas para administrar al niño sobre habilidades motrices finas y gruesas, relaciones sociales, lenguaje y aspectos cognitivos, y a mí me gusta usarlo como línea de base. Y sino otro test que utilizó es la Escala Vineland II, que sirve como un pantallazo de dónde está parado ese niño/a en su edad evolutiva, si está dentro de lo normal o por debajo, para de esta manera evitar un sobrediagnóstico de autismo o incluso también un diagnóstico erróneo.

Preguntas desde los objetivos generales

¿Cómo considera usted que los criterios y las dinámicas de la Escala ADO-2 pueden influir en la detección de comportamientos autistas en niñas y, en consecuencia, en el diagnóstico temprano del autismo?

En sí considero que el instrumento está bien hecho, pero para poder llegar a un diagnóstico temprano, hay que tener en cuenta que estamos hablando de un cerebro que está en desarrollo, y por ende los estímulos que este reciba va a producir cambios, y esto lleva a que no vas a tener a la misma nena que evaluaste hoy en seis meses, porque cuando empiezan el proceso de estimulación temprana se empiezan a ver un montón de cambios. Entonces por lo general, cuando son menores de cinco años, que de hecho en el ADOS-2 está el módulo dos que evalúa niños pequeños, pero en los casos de las niñas menores de cinco años, si es que el TEA no es tan severo, prefiero brindar a los padres un diagnóstico más asertivo como el retraso global del desarrollo, para que de acá a dos años los padres me la vuelvan a traer, para recién ahí aplicar el ADOS-2 como prueba más formal para que la niña pueda entender las consignas, siempre que su CI se lo permita.

Desde su experiencia, ¿Cómo pueden los resultados de la evaluación con la Escala ADOS-2 guiar de manera efectiva el diseño y la implementación de intervenciones y apoyos personalizados para niñas con autismo?

Y creo que las primeras implementaciones que hay que tener en cuenta a la hora de realizar las intervenciones, es plantear los objetivos que se van a trabajar de manera conjunta, porque hay objetivos que van a ser transversales a todas las terapias que vaya el paciente, por eso ahora se habla de trabajar de manera transdisciplinaria. Pero, también hay que tener en cuenta que los padres, a veces plantean objetivos que están muy lejos de la realidad, como que a la primera que lo

traen ya quieren que sus hijos hablen, bueno, yo les digo, para que aprenda hablar tenemos que trabajar la atención conjunta, porque es una habilidad básica para que se vea el lenguaje.

Por eso es necesario que los padres se involucren en el tratamiento porque son un pie fundamental, pero al mismo tiempo les cuesta aceptar el diagnóstico, y creen que su único trabajo es venir y traerlo a terapia, y en realidad para que se dé el aprendizaje en el niño/a, primero lo tiene que aplicar en un lugar controlado, para después generalizarlo en otros lugares, por eso yo trabajo con ellos el entrenamiento a padres, para que sepan cómo trabajar con sus hijos/as.

¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al intentar diagnosticar el autismo en niñas, especialmente considerando el fenómeno de acomodación/camuflaje?

Desde mi experiencia puedo decirte, que los que presentan mayores limitaciones y desafíos son los padres, porque hay que admitir una verdad y es que los diagnósticos en la infancia son muy complicados, porque no es un cerebro que este desarrollado totalmente, independientemente del género. De hecho, yo hice un curso en la universidad de Favaloro, que se llamaba “no todo es autismo” que justamente nos explicaban, que antes de darles un diagnóstico a una edad tan temprana sobre TEA, era mejor esperar y empezar a estimularlos y si al poco tiempo uno como profesional ve avances abismales, pasamos de un diagnóstico fijo, a un retraso global de desarrollo por la carencia de estímulos, y recién nuevamente hacemos un diagnóstico fijo, a partir de los seis años.

Pero porque te digo que los padres son los que nos presentan las mayores limitaciones a la hora de diagnosticar, y es porque no tienen paciencia para esperar o los traen una sola vez a consulta, o incluso no nos traen las evaluaciones que nosotros le pedimos para poder complementar el diagnóstico, entonces ese niño/a, a veces ya llega tarde y termina recibiendo un diagnóstico que pudo haber sido diferente, si los padres hubieran seguido la estimulación temprana.

¿Qué medidas sugiere usted para mitigar el sesgo de género en el diagnóstico temprano del autismo y garantizar el acceso equitativo a tratamientos y apoyos para niñas con autismo?

Mira, nosotros acá, hacemos charlas para que sean herramientas para que los padres estén informados y sepan sobre los apoyos para sus hijos/as, el último que hicimos fue para ayudar a los niños/as en habilidades comunicativas, pero los padres se anotaban y no venía nadie al final, y eso que son charlas gratuitas. Ahí te das cuenta que a veces, aunque le des todas las herramientas, ya depende de ellos lo que quieran para el futuro de sus hijos/as.

Preguntas desde los objetivos específicos

¿Qué consideraciones debe tener en cuenta al utilizar la Escala ADOS-2 para evaluar a niñas, especialmente en relación con la posible presencia de acomodación/camuflaje de los síntomas autistas?

Y por lo general lo más importante al momento de evaluar, utilizando la herramienta ADOS-2, en el caso de las niñas es ver si las dos áreas más importantes se encuentran descendidas, es decir la comunicación y los movimientos motores repetitivos y estereotipados; y esto se puede ver por un lado cuando la comunicación no es correctamente utilizada, o sea la niña utiliza muchas frases armadas que por lo general son como palabras sueltas, pero que al final no cumple su objetivo que es el de comunicar, y esto se puede dar porque para aprender a expresarse quizás en su infancia hubo mucho abuso de pantalla. Ahí podemos ver como no solo influye la presencia de acomodación, porque ella utilizó estos recursos para que no se notara, y es por eso que uno cuando evalúa con la herramienta debe darse cuenta de esto, porque si bien la herramienta está diseñada para evaluar el lenguaje, uno como profesional debe tener en cuenta estos detalles. Lo mismo en el caso de los movimientos motores repetitivos, muchas veces los padres piensan que es su manera de jugar, y en realidad la función que cumple ese movimiento es la descarga motriz para evitar una sobreestimulación sensorial.

Por eso, en esos casos reconozco que uno debe tener en cuenta estas consideraciones, porque al momento de puntuar, el instrumento te va arrojar cuales fueron las áreas que estuvieron más descendidas, pero esto va a depender de la atención que uno haya prestado al momento de tomar la evaluación, pero una realidad

que también hay tener en cuenta, que esto se puede ver quizás a lo largo de las sesiones, y no solo en una sesión.

¿Cuál es su opinión sobre la consistencia y la fiabilidad de los resultados obtenidos con la Escala ADOS-2 al evaluar a niños y niñas, y cómo puede esto afectar la interpretación de los datos en el contexto del diagnóstico de autismo?

Sí considero que la herramienta presenta consistencia al momento de obtener ciertos resultados, pero yo como profesional no me quedo solo con lo que me dice el ADOS-2, porque justamente hay que tener en cuenta muchas cosas, antes de dar el diagnóstico, y uno de los que yo considero fundamental, es evaluar el contexto en el que se crío el niño o la niña. Por eso cuando los conozco por primera vez, realizo el proceso de anamnesis con los padres, les pregunto cómo fue el embarazo, si lo transitaron o no con tranquilidad, si hay comorbilidades genéticas en la familia, si les hicieron los estudios médicos necesarios cuando nacieron, si realizaron o no intervenciones de estimulación temprana. Y toda esa información que recolectas te permite entender dónde está parado ese niño/a y como va actuar uno como profesional.

Teniendo en cuenta todo esto, uno va a saber si cuenta o no con el apoyo de los padres, porque más allá de brindarles el diagnóstico, depende también de la colaboración de los padres, si están dispuestos o no a recibir psicoeducación, porque hay padres que no interactúan con sus hijos y los primeros meses son periodos críticos, y recién se preocupan cuando su hijo/a tiene cuatro o cinco años y todavía no habla. Pero en el mientras tanto cuando vos le haces el cuestionario, respecto a cómo ellos actuaron los primeros meses, te dicen que se la pasaban mirando el celular y no les prestaban atención o que ellos mismos le daban el celular a su niño/a para que no los molestaran, y ahí es donde se produce una hiperestimulación para el cerebro que estaba en crecimiento y no estaba preparado para recibir todos esos estímulos y es ahí donde se empiezan a originar todos los trastornos en el neurodesarrollo.

¿Qué recomendaciones haría usted para mejorar la capacitación y la competencia de los profesionales en la aplicación de la Escala ADOS-2, con el fin de minimizar el sesgo de género en la evaluación y diagnóstico del autismo en la población femenina?

Y creo que es un poco lo que ya hablamos antes, lo importante es formarse constantemente en todo lo que es el neurodesarrollo infantil y no solo en lo que ves en tu área de trabajo, por ejemplo, me pasó una situación en la que un fonoaudiólogo me comenta que a una nena le había diagnosticado problemas en el aprendizaje, porque tenía problemas para pronunciar la “R”, y yo le dije bueno pero antes de ya diagnosticarla de manera formal, tenes que derivarla para que se le hagan pruebas para medir su CI, porque vos desde tu área solo ves el problema del lenguaje, pero eso puede estar causado por una discapacidad intelectual, y uno como profesional debe saber por qué podría estar pasando eso, y una vez que descartes todo ahí recién informa el diagnóstico.

Por eso por fuera de la aplicación del ADOS-2, es importante estar capacitado, porque ya hablamos de una cuestión ética que uno tiene que tener como profesional, porque incluso en el caso del autismo en niñas, no se trata solamente de evaluar las conductas e intervenir sobre una sola conducta que puede ser problemática, se trata de tomarse el tiempo de observar todo, porque esa conducta puede ser la punta del iceberg, por eso uno debe saber evaluar de dónde viene esa conducta, por eso para mí lo más importante, además de la aplicación de los test, es realizar una buena evaluación inicial.

¿Cómo identifica usted el fenómeno de acomodación/camuflaje en niñas durante la evaluación con la Escala ADOS-2 y cómo puede esto influir en el diagnóstico tardío o erróneo del autismo?

Y yo he logrado darme cuenta de esas conductas en las niñas, gracias a la a las actividades que componen el módulo dos, que están hechas para el uso lúdico de juguetes en niños/a menores a tres años de edad, porque ahí podemos ver como se da más este juego repetitivo y que muchas personas suelen confundirlo con el juego simbólico, por ejemplo, jugar siempre de manera repetitiva a la cocinita de manera solitaria, o jugar siempre con la misma muñeca. Y es por eso que yo soy muy intensa

con el tema de tener un buen ojo clínico, porque si no estas conductas no se tienen en cuenta a la hora de evaluar y es ahí donde podemos caer en un diagnóstico tardío.

¿Qué percepciones o experiencias ha observado entre los profesionales de la salud mental en relación con el diagnóstico del autismo en niñas y el posible sesgo de género?

Y yo he notado que muchos profesionales de nuestro ámbito, no se toman el tiempo de revisar de manera exhaustiva al niño o a la niña, porque cuando yo les pregunto el motivo de consulta me dicen que es porque lo mando la escuela, o el fonoaudiólogo, o que incluso ya habían consultado a otro psicólogo y cuando yo les pido el informe para poder ver las observaciones, no les aplicó ningún test, ni realizaron el cuestionario a padres, ni tampoco realizaron una evaluación inicial. Solo se encargan de observar la conducta que es tomada como problema en el niño/a y ya está, y ahí está el error, porque uno tiene que tomarse el tiempo de hacer todo el proceso, aunque esto implique extender el número de sesiones, porque si no ese paciente va a ir de psicólogo en psicólogo hasta que alguien le dé una respuesta, o en el peor de los casos los padres pueden terminar por optar dejar de consultar, porque piensan que es una pérdida de tiempo y de dinero, y es ahí donde a veces ya nos llegan casos de negligencia profesional, porque el trabajo que hicieron fue desorganizado y uno ya no puede hacer mucho más por ese paciente.

¿Cuáles son sus observaciones sobre la sensibilidad y especificidad de los componentes del ADOS-2 para identificar comportamientos autistas en niños y niñas y cómo estas diferencias pueden contribuir al sesgo de género en el diagnóstico?

El ADOS-2 está comprobado científicamente como una de las herramientas más sensibles para diagnosticar el TEA, pero considero que, como cualquier herramienta, es una más, por eso creo que es mejor hacer una batería de test que te permitan evaluar, hasta confirmar y llegar al diagnóstico adecuado, y no quedarte con lo que te dice una sola herramienta para poder saber cómo está funcionando ese perfil cognitivo, ya sea que estemos evaluando un niño o una niña.

Preguntas desde el aspecto ético y legal

¿Tiene conocimiento sobre la ley de salud pública 27.043 que explica la importancia de la formación de los profesionales para una detección temprana, así como la difusión y prestaciones para que puedan acceder las personas con TEA? ¿Si las conoce podría comentarme como la aplica en su campo profesional?

Sí conozco la ley, y yo en mi campo las aplico con todo lo que ya hablamos, capacitándome constantemente, trabajando de manera conjunta con los demás profesionales, chequeando los diagnósticos y revisándolos para no quedarme con dudas, aplicar una batería de test que muestre validez y sea apta para el nivel de desarrollo del niño/a, trabajando con los papás el entrenamiento a padres, e incluso intentando ayudar y formar a los practicantes que vienen de la universidad al centro porque están haciendo las prácticas para recibirse como profesionales, y mostrarle un poco como es el mundo profesional y porque la importancia de saber lo más que se pueda del desarrollo infantil y no quedarse solo con lo que ven en su carrera.

¿Qué cuestiones éticas y legales hay que tener en cuenta para aplicar el ADOS-2 y cómo procede usted como profesional a la hora de brindar el diagnóstico?

Me parece que tiene que ver más con la responsabilidad y la ética personal de cada uno, además de la profesional, mira yo tuve un caso particular de una nena que por un lado el diagnóstico estaba más del lado de un retraso global del desarrollo, pero ella no tenía obra social, no tiene nada, de hecho, yo la estoy evaluando gratuitamente, porque la mamá estaba vendiendo rifas para pagar la evaluación. Yo le decía a mi propia psicóloga, yo sé que, si yo le pongo como diagnóstico TEA, porque le tomé el ADOS-2 y me dio positivo, o sea que presentaba la puntuación para estar dentro del espectro, pero cuando le hice el Vineland II, toda la puntuación me daba también por debajo, pero si yo la diagnosticaba como TGD ellas no iban a poder entrar a los grupos de autismo que está organizado por los padres de acá de la provincia, que tienen atención gratuita, y acá no hay grupo de padres de TGD.

Me pongo a pensar, y digo “está bien, tiene muchos indicadores de TEA, puede ser que esto desencadene en un TEA, sino tiene los recursos necesarios”, yo sabía que lo más acertado era ponerle en el diagnóstico TGD, pero la dejo afuera de todas

las prestaciones gratuitas que ofrecen los otros padres, y yo prefiero que esta nena reciba los apoyos porque yo acá evalué más el contexto social y de apoyo que tiene esa mamá, porque es una madre soltera, joven y que no tenía trabajo, y preferí darle una mano desde ese lado.

¿Cuáles son las leyes que rigen a nivel provincial respecto a las personas con autismo? ¿Y respecto a la matrícula y su función como profesional en la provincia?

Específicamente en la provincia no hay una ley principal, si lo que se trata de implementar es que ellos reciban todas las atenciones y apoyos en los ámbitos que necesiten, por ejemplo ahora en los hospitales se empezó a implementar el poder darles la prioridad a ellos ya sean a la hora de pedir turno o atenderlos, sobre todo en los hospitales públicos que suele haber más demanda por la población y a nivel social, acá hay bastante grupos que ya te mencione antes de padres de niños con autismo, por ejemplo uno que se llama autismo sin barreras, que buscan los mejores psicólogos para que todos los niños/as de la comunidad sean atendidos, incluso aquellos que son más precarios y no tienen obra social, pero si nosotros como profesionales en la provincia debemos estar matriculados para poder ejercer.

Área de psicopedagogía

Psicopedagoga Tres:

¿Cuáles fueron sus motivaciones personales para haber estudiado la carrera de psicopedagogía? ¿Podría comentarme sus comienzos acerca de su historial académico como profesional?

En este caso mi motivación para estudiar psicopedagogía fue que yo primeramente me dediqué al ámbito de educación, más específicamente a la parte de enseñanza, porque yo fui maestra jardinera durante veintiocho años, y me daba cuenta que las herramientas que yo tenía como docente no eran las adecuadas para los niños en ese momento, como que me encontraba entre la espada y la pared por así decirlo, y sentía que, al no poder ayudarlos, algo tenía que hacer. Llegado a mis veinte años de docencia y a mis cuarenta años de edad, decidí estudiar la carrera de psicopedagogía aquí en la UNAF (Universidad Nacional de Formosa), y después con

el tiempo hice especializaciones y otro tipo de abordajes que yo necesitaba para poder trabajar en la clínica.

¿Cuáles fueron sus decisiones y motivaciones para haberse especializado en la temática de autismo como profesional?

Yo observaba que muchos niños/as llegaban a mi consultorio con el pedido del ADOS-2, decidí formarme y capacitarme en la evaluación de ADOS-2 y del ADI-R para poder evaluar y diagnosticar TEA, me formé con la Dra. Amia Hervás Zúñiga que es una formadora acreditada por la universidad de Londres, especializada en el ADOS-2, fue en el año 2019, en Buenos Aires. En realidad, yo lo hice por una necesidad porque yo veía que hacía falta en consultorio y que de alguna forma te “aceita” la mirada, porque en lo cotidiano uno pierde de vista ciertas cosas al menos que sean extremadamente visibles, pero en los casos leves uno debe ajustar esa mirada. De hecho, yo nunca hago las evaluaciones sola, sino que lo hacemos de manera multidisciplinar, aquí trabajamos con psicología, con terapia ocupacional, con maestras especiales, y hasta el año pasado teníamos nutricionista, así que siempre lo hacemos desde una mirada conjunta.

Yo no comparto la visión de hacer todo con el paciente en una sola entrevista, mi modo de trabajar es tomarme el tiempo de conocer en niño/a, el contexto, la familia, y su desarrollo; y después recién aplicó los test correspondientes siempre y cuando los papás lo soliciten y lo requieran.

Actualmente ¿en qué ámbito está trabajando? ¿Planea dedicarse a otro ámbito o realizar otras formaciones como profesional?

Yo decidí jubilarme como docente por la parte del Estado, y decidí dedicarme a atender en el ámbito privado en el consultorio, realizando atención al área infanto-juvenil, o sea niños y adolescentes, pero específicamente al área de niños ya que muchos de ellos presentan el respaldo del CUD (certificado único de discapacidad).

¿Cuál es la postura que usted mantiene como profesional, frente a la necesidad de formarse en estas problemáticas o incluso profundizar en su conocimiento para abordar el sesgo de género y así evitar diagnósticos erróneos o tardíos?

He notado como profesional que, en el caso de las niñas y las mujeres, adquieren herramientas más rápido que les permiten solucionar algunas cuestiones, sobre todo en la escuela que es la parte que a mí me toca ver, y terminan pasando desapercibidas, y así llegan muy grandes a buscar su diagnóstico porque sienten que algo en ellas no funciona bien, o quieren investigar en cuanto a su personalidad y su forma de sociabilizar. Entonces siento que no puedo juzgar el funcionamiento de la herramienta del ADOS-2 porque me ha funcionado bastante bien, incluso con las mujeres a la hora de brindar un diagnóstico, pero si me doy cuenta que de algún modo se da este fenómeno de camuflaje porque terminan intentando leer lo que se necesita en esa situación social en el ámbito escolar, aunque a veces pasen como una personalidad de sumisión o de que simplemente son tímidas o calladas.

¿Cuáles son las estrategias de intervención para llevar un mejor plan de tratamiento para las niñas que presentan autismo?

Obviamente depende del caso por caso, pero hay que saber ajustarse a las necesidades del niño/a, pero desde mi área es ayudar y darle pistas a los docentes de que es lo que hace que un niño/a se sienta más confiado, cómodo y seguro en la escuela, para que pueda demostrar sus habilidades. Por eso para mí es importante trabajar con el docente la anticipación de las actividades escolares para evitar la desregulación emocional, anticipar las evaluaciones para que pueda ver y fijar los contenidos y pueda poner a prueba su conocimiento, incluso si esto requiere que explique lo que estudió a su manera, realizar un acercamiento entre el docente y la familia para ayudar a la comunicación entre ambos, pactar objetivos con el docente y la maestra de apoyo para que pueda lograr adquirir los conocimientos al finalizar el ciclo escolar, así como también trabajar las fortalezas del niño/a.

En síntesis, sería de alguna forma sacarle la mochila al niño de que no es su culpa y que todo el contexto debe estar informado para poder ayudarlo, es decir debe participar de forma conjunta la triada de escuela, familia, y los profesionales que conforman el tratamiento.

¿Qué es lo que usted como profesional les recomendaría a los demás profesionales para evitar que caigan en el sesgo de género en base a sus conocimientos?

Me ha pasado que con otros profesionales hemos tenido diferentes opiniones sobre lo que respecta al diagnóstico, y en ese caso se le informa la opinión y los resultados diagnósticos a los papás para que decidan si quieren buscar otras opiniones. Pero si te puedo decir, que a veces suele suceder que aquellos profesionales que mantienen la representación única de lo que es el TEA, terminan pasando por alto el diagnóstico y para mí la única recomendación, es poder formarse no solo en el ADOS-2 sino específicamente en lo que es el autismo.

¿Cree en la actualidad a través de sus años de experiencia que ha podido detectar mejor cuando una niña presenta autismo, incluso cuando su diagnóstico indica un falso negativo? ¿Cuáles son las estrategias que ha utilizado para poder darse cuenta de ello?

Actualmente creo que a veces sí y a veces no, y por muchas circunstancias, a veces porque los papás no están de acuerdo, hay negación por parte de la familia y la prioridad quizás es otra, dado que las situaciones son diversas y cada caso es único.

¿Usted como profesional sugeriría otro tipo de test que se realicen específicamente en las niñas para poder evitar el fenómeno de camuflaje/acomodación y que pueda llegar a detectarse un diagnóstico de TEA?

Hay que tener en cuenta que al momento de tomar el ADOS-2, solo se puede generar la puntuación de la conducta del paciente en base a lo que se observó en ese momento. Lo cual para mí es un cierto dilema ético porque yo no pude observar como la niña se desenvuelve en el ámbito social en los otros aspectos de su vida como es la escuela y la familia, porque a veces al momento de la observación diagnóstica no se dan ciertos síntomas, pero eso se aclara en el informe.

Para mí no tiene tanta importancia la puntuación del ADOS-2, sino que hay ver el perfil total, y que ese perfil a futuro se puede complementar con un test de inteligencia como el WAIS, y ahí podemos ver cómo reacciona ese perfil ante figuras tridimensionales, consignas verbales. Y a mí me sirve eso, para ver cómo funciona el aprendizaje del paciente y cómo se encuentra su CI, sobre todo en las niñas que

pueden presentar autismo en altas capacidades, para no solo poder realizar un diagnóstico a tiempo, sino también saber dónde están sus fortalezas y sus debilidades para poder realizar un buen abordaje.

Preguntas desde los objetivos generales

¿Cómo considera usted que los criterios y las dinámicas de la Escala ADO-2 pueden influir en la detección de comportamientos autistas en niñas y, en consecuencia, en el diagnóstico temprano del autismo?

Considero que los criterios y dinámicas del instrumento están muy bien hechos, porque es lo que conforma los diferentes módulos que se eligen de acuerdo a la edad y al CI del paciente, que nos permite llegar a una cierta puntuación, yo creo que esto nos permite aclarar, qué tipo de intervenciones se van a abordar y cuanta ayuda va a requerir el paciente porque lo primordial es poder recabar los datos pertinentes, sobre todo en el caso de las niñas para poder saber cómo están en sociabilización, en las habilidades sociales, motrices y sensoriales.

Pero lo importante acá es tener en cuenta que la puntuación hoy es una, y si volvemos aplicar el test de acá a dos años va a ser muy distinto.

Desde su experiencia, ¿Cómo pueden los resultados de la evaluación con la Escala ADOS-2 guiar de manera efectiva el diseño y la implementación de intervenciones y apoyos personalizados para niñas con autismo?

Y esto depende de la necesidad, es decir de lo que el niño/a y la familia requiera, por ejemplo, si tenemos una niña con un perfil de TEA en altas capacidades y que no va a requerir apoyo en la escuela, ni acompañamiento terapéutico en la casa, los papás no van a tener la necesidad de que presente el CUD, por lo tanto, si en la primera infancia no lo necesita, quizás no es necesario hacerlo, todo depende también de la consciencia que tengan los padres sobre su niña. A partir de esa información, las intervenciones van a ser desde el área escolar, es decir si va a necesitar o no una maestra de apoyo, si puede o no adherirse a rutinas tanto en el ámbito escolar como en su hogar, es decir lo básico para que pueda progresar y armamos un plan de tratamiento acorde a esas necesidades y que pueda evolucionar.

¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al intentar diagnosticar el autismo en niñas, especialmente considerando el fenómeno de acomodación/camuflaje?

El mayor desafío que encuentro desde mi ámbito como profesional es que al momento de diagnosticar muchos profesionales, no tienen en cuenta que se pueden presentar las comorbilidades en el área del aprendizaje, ha pasado casos en que recién algunos profesionales suelen darse cuenta de que puede estar sucediendo algo, cuando empiezan a surgir los problemas de conducta. Pero si no presenta comorbilidades o si incluso llega a presentar comorbilidad desde un déficit de atención, pero sin perjudicar la conducta, es solo tomado como un simple problema de aprendizaje, en vez de ser tomado como parte de una comorbilidad que se encuentra dentro del espectro autista.

Por eso es mi postura de que es necesario capacitarse e informarse como profesional, para poder ajustar la mirada en estos casos y que no pase como un diagnóstico erróneo como un simple problema de aprendizaje, como suele pasar en el caso de las niñas y adolescentes.

¿Qué medidas sugiere usted para mitigar el sesgo de género en el diagnóstico temprano del autismo y garantizar el acceso equitativo a tratamientos y apoyos para niñas con autismo?

Me pasó en un caso particular que una adolescente presentaba problemas de conducta en el colegio, y si bien ella era un caso de autismo en altas capacidades no podía demostrar esas capacidades a la hora de una evaluación porque fallaba, y los padres preferían negar el diagnóstico por la opinión de otro profesional que les había dicho que era mejor buscar el apoyo escolar en una maestra particular y no ir al fondo de la cuestión. Ahí podemos ver de alguna forma que, si había cierto sesgo porque al solo presentar una sola comorbilidad en el área del aprendizaje, le descartaron el diagnóstico, pero bueno, muchas veces los profesionales no podemos hacer mucho si los padres son los que nos ponen las limitaciones o barreras, porque prefieren hacer oídos sordos negando el diagnóstico, o buscando la opinión en otros profesionales que les den una respuesta más convincente.

Mi recomendación es tener equipos interdisciplinarios y gabinetes pedagógicos porque es básico, sabemos que dentro de la escuela no van a recibir terapia, los

chicos van a aprender, pero muchas veces para aprender los chicos necesitan sus apoyos y soportes para poder adaptarse al entorno y que el entorno se adapte a ellos ya sea generando concientización a los compañeros sobre lo que es el autismo, generar espacio para la autoregulación y docentes e instituciones que tengan la mente abierta.

Preguntas desde los objetivos específicos

¿Qué consideraciones debe tener en cuenta al utilizar la Escala ADOS-2 para evaluar a niñas, especialmente en relación con la posible presencia de acomodación/camuflaje de los síntomas autistas?

Para mí lo más importante es no solo prestar atención a las conductas al momento de la evaluación, sino que yo también considero que es importante realizar de manera complementaria un test de inteligencia, pero no solo para medir su CI y poder ver en qué momento de su desarrollo se encuentra, sino para justamente poder obtener toda la información y así poder evitar dar un mal diagnóstico, porque si bien el ADOS-2 es una buena herramienta, se nos pueden escapar ciertas cosas.

Por eso considero que es importante aplicar otros test que nos ayuden a completar toda la información e incluso trabajar en equipo con otros profesionales para así tener una mirada más sólida y poder dar un buen diagnóstico.

¿Cuál es su opinión sobre la consistencia y la fiabilidad de los resultados obtenidos con la Escala ADOS-2 al evaluar a niños y niñas, y cómo puede esto afectar la interpretación de los datos en el contexto del diagnóstico de autismo?

En mi caso para mí siempre fue muy útil, pero porque me tomó mucho tiempo antes de realizar la toma del test, por ahí me pasa que viene gente que quiere que le haga ya la toma del ADOS-2 del niño/a, sin haberlo conocido primero, pero esto va en contra de mi formación, porque yo no sé cómo vive, cómo se desarrolló, qué posibilidades y herramientas le ha ofrecido la familia. Como no he tenido esa experiencia de tomarlo así de una, nunca he hecho evaluaciones con una sola aplicación, por eso me tomo el tiempo necesario con cada paciente para saber si tiene o no ya otros informes que provengan de otros profesionales, me comunico con el docente, es decir me encargo de recabar todos los datos que necesite, por eso desde mi perspectiva gracias a toda la información y al tiempo que se le dedica a cada

paciente, puedo decir que la herramienta si presenta consistencia y validez tanto para niños como para niñas

¿Qué recomendaciones haría usted para mejorar la capacitación y la competencia de los profesionales en la aplicación de la Escala ADOS-2, con el fin de minimizar el sesgo de género en la evaluación y diagnóstico del autismo en la población femenina?

Yo veo que en este último tiempo con mucha alegría que los pediatras nos están derivando niños cada vez más pequeños, entonces cuando tienen un caso que no les cierra y les genera duda, empiezan a mandar a los chicos para el diagnóstico, a veces no se hace la devolución enseguida porque hay que tener en cuenta que están en una etapa de pleno desarrollo, y ahí todavía estamos a tiempo porque la familia no ha hecho una correcta estimulación que debería haber hecho, pero de todas formas se hace el abordaje. Mi sugerencia personal es tan simple como seguir formándose, yo creo que nada está acabado, lo podemos ver en el caso del ADOS, que salió una actualización que es el ADOS-2, porque, así como la sociedad y los niños evolucionan, los instrumentos de evaluación también lo hacen, y como profesionales nuestros deber es capacitarnos.

¿Cómo identifica usted el fenómeno de acomodación/camuflaje en niñas durante la evaluación con la Escala ADOS-2 y cómo puede esto influir en el diagnóstico tardío o erróneo del autismo?

Bueno, como te dije antes a veces puedo identificarlo y a veces no, porque al momento de la evaluación de la escala, puede pasar que se encuentre muy desregulada y no pueda aplicarse el instrumento o que ella misma esconda de alguna forma los síntomas y pase como un falso negativo, porque cuando la estamos observando para diagnosticarla solo tenemos ese momento de observación de su conducta, y si justo es el caso que vienen por el pedido de un neurólogo a que solo se le haga un ADOS-2, sin evaluaciones previas o sin que se me dé la oportunidad de extender más el número de sesiones. Y puede pasar que surja este fenómeno de acomodación, pero yo creo que ya va más allá de la herramienta, porque para mí está muy bien hecha, a veces depende de otros factores que escapan de nosotros como profesionales.

Lo único que si puedo decirte que yo he notado es que como dije antes las niñas tienen esa capacidad para pasar desapercibida, y creo que lo más importante a tener en cuenta es que cuando ellas realizan su primera salida a lo social que justamente se da en el ámbito escolar, es necesario prestar atención a sus actitudes y no tomarlo como simplemente como que son cosas propias de la edad o como si fueran parte del mismo género.

¿Cuáles son sus observaciones sobre la sensibilidad y especificidad de los componentes del ADOS-2 para identificar comportamientos autistas en niños y niñas y cómo estas diferencias pueden contribuir al sesgo de género en el diagnóstico?

Como te comenté anteriormente, desde mi postura como profesional el test ADOS-2 me ha servido para diagnosticar tanto niños como niñas, puedo decir que a nivel de la sensibilidad de sus componentes la herramienta diagnóstica está bien construida, porque cada módulo que presenta es único y te permite identificar los comportamientos para después puntuarlo y llegar a una conclusión diagnóstica. Entonces no creo que sea tanto una cuestión de género, sino que muchas veces se requiere un abordaje multidisciplinar porque a veces pasa que como profesionales se nos pueden escapar o pasar desapercibido cierta sintomatología del paciente, y las diferentes visiones nos permiten poder realizar una mejor observación, aunque si bien a la larga lo que nos permite sacarnos la duda son las evaluaciones.

Pero antes de sugerir una evaluación es necesario tener una mirada conjunta que es lo que nos hace ser éticos, yo considero que si o si hay que trabajar en equipo sobre todo cuando hablamos de desarrollo infantil

Preguntas desde el aspecto ético y legal

¿Tiene conocimiento sobre la ley de salud pública 27.043 que explica la importancia de la formación de los profesionales para una detección temprana, así como la difusión y prestaciones para que puedan acceder las personas con TEA? ¿Si las conoce pondría comentarme como la aplica en su campo profesional?

Sí tengo conocimiento sobre la ley, y de hecho en mi ámbito esta ley debe ser aplicada junto a la resolución 155 de la ley de Educación Especial que se encuentra contemplada dentro de la ley de Educación Nacional, que explica que los chicos que presentan ciertas discapacidades, pueden y deben pertenecer al sistema de educación público, porque es el colegio el que debe adaptarse a las necesidades curriculares del estudiante.

¿Qué cuestiones éticas y legales hay que tener en cuenta para aplicar el ADOS-2 y cómo procede usted como profesional a la hora de brindar el diagnóstico?

Y creo que lo más importante a nivel ético y legal, es siempre tener una formación contundente como profesional, como te dije yo me formé en Buenos Aires, para poder hacer una aplicación adecuada a mis pacientes, pero bueno, como te dije a lo largo de la entrevista a mí no me gusta quedarme con la duda, por eso no solo aplico un solo instrumento como lo es el ADOS-2, porque estamos hablando de una vida que puede cambiar para siempre y es por eso que nosotros como profesionales debemos ser responsables a la hora de brindar un diagnóstico.

¿Cuáles son las leyes que rigen a nivel provincial respecto a las personas con autismo? ¿Y respecto a la matrícula y su función como profesional en la provincia?

Bueno a nivel provincial, desde mi ámbito tengo entendido que rige la ley de autismo que vos nombraste anteriormente, pero aun así en la actualidad todavía cuesta que se pueda implementar en todos los colegios. Uno de los mayores desafíos, considero que es el proceso de aprendizaje, por la complejidad social que atraviesa a la escuela, porque es ahí en donde están inmersos nuestros pacientes, suelen pasar cuatro horas e incluso ahora más tiempo en la escuela, es mucho tiempo de la vida

de un niño y a veces pasa todo un año con una maestra que no lo entiende y que quizás no es la persona que más le convenga para su tratamiento y para su desarrollo y es difícil trabajar cuando hay gente que no tiene ganas de trabajar en la escuela o está pasando por una enfermedad e igual tiene que presentarse a trabajar.

Podemos decir que la realidad es compleja en el ámbito de la escolaridad y saber que cuando hablemos de autismo va haber años buenos y otros malos, y por ende hay que preparar y contener al docente porque la complejidad del aula es cada vez mayor. Los docentes tienen que estar preparados para contener a los niños, es por eso que a veces hay que explicarle directamente que tienen que hacer, porque si bien hay algunos que, si se forman y se capacitan para poder brindar educación de calidad, y hay otros que esperan que todo les caiga del cielo y eso suele ser un problema, porque como te dije hay que invertir tiempo, dinero y ganas y no todos están dispuestos a hacerlo.

Preguntas desde el área profesional:

Psicopedagoga Cuatro:

¿Cuáles fueron sus motivaciones personales para haber estudiado la carrera de psicopedagogía? ¿Podría comentarme sus comienzos acerca de su historial académico como profesional?

Lo que me motivó a inscribirme y a estudiar la carrera de psicopedagogía fue que yo quería trabajar, ya sea desde el lado de docencia o de la psicopedagogía, y me interesó más el ámbito del consultorio y desde lo institucional para que niños y adolescentes puedan construir nuevos aprendizajes. Desde el lado de mi historial de grado tengo mi carrera de grado, o sea yo me recibí de licenciada en psicopedagogía acá en la UNAF (Universidad Nacional de Formosa), después tengo mis diplomaturas en la formación de ADOS-2 y ADI-R, ambas la realicé en Buenos Aires, la especialización en neurodesarrollo, formación en trastornos del aprendizaje como la dislexia, TDA y TDAH.

En mis inicios cuando yo inicié con mi profesión comencé en el área de integración escolar, acompañando a niños en la institución escolar, luego coordinando instituciones, trabajé en una escuela secundaria técnica coordinando programas,

trabajé en jardines de nivel inicial, y también en el ámbito privado de escuela secundaria.

¿Cuáles fueron sus decisiones y motivaciones para haberse especializado en la temática de autismo como profesional?

Me forme para poder tener más conocimiento e información y así tener más herramientas para ayudar al proceso de evaluación y diagnóstico en el autismo, y también por la demanda que esto requiere, era necesario adquirir herramientas más actualizadas, así como también otras técnicas para poder ir realizando el proceso diagnóstico de un niño/a con autismo. Puedo decirte que actualmente han sido diagnosticados más varones que niñas, ya sea porque vienen por el pedido del neurólogo o porque los padres presentan alguna duda.

Actualmente ¿en qué ámbito está trabajando? ¿Planea dedicarse a otro ámbito o realizar otras formaciones como profesional?

Actualmente ya no trabajo para las instituciones escolares, me dedico a trabajar de manera privada, realizando diagnósticos y tratamiento para los niños y adolescentes.

¿Cuál es la postura que usted como profesional mantiene frente a la necesidad de formarse en estas problemáticas o incluso profundizar en su conocimiento para abordar el sesgo de género y así evitar diagnósticos erróneos o tardíos?

Creo que lo más importante es saber que como profesionales, la mirada esta atravesada por la formación, porque permite puntualizar aspectos que te pueden servir de indicadores, porque es fundamental que cuando uno como profesional le va a plantear a los papás que su hijo/a presenta indicadores de autismo, debe tener ese sustento de la formación, porque estamos hablando de la vida de un niño/a que tiene una familia y esto puede impactar muchísimo, por eso debemos tener ética y trabajar en interconsulta con otros profesionales para asegurarnos de ese diagnóstico.

¿Cuáles son las estrategias de intervención para llevar un mejor plan de tratamiento para las niñas que presentan autismo?

Desde el lado de la psicopedagogía, cuando hay que trabajar de forma interdisciplinar ya sea con el niño o la niña que padecen autismo, yo trabajo las funciones ejecutivas, o sea el proceso cognitivo como la atención porque sabemos que un síntoma que puede presentar el autismo, es el TDA o TDAH, el tiempo de espera para trabajar la anticipación y la frustración sobre todo en el ámbito escolar y específicamente en el aula, la memoria de trabajo porque sabemos que la persona con autismo y sobre todo los que pueden presentar autismo en altas capacidades pueden trabajar su memoria de forma diferente, es decir se trabaja todo lo neurocognitivo.

A partir de ahí, una vez afianzado eso, pasamos a la parte ya de aprendizaje más escolarizado, que sería ya la escritura, la lectura, la producción de texto, eso es a medida que vaya avanzando, y también vemos como se desarrolla en el juego.

¿Qué es lo que usted como profesional les recomendaría a los demás profesionales para evitar que caigan en el sesgo de género en base a sus conocimientos?

Yo les recomendaría a los profesionales que para que el diagnóstico sea más certero que sea tratado de manera interdisciplinar, es decir que todo el proceso que se realiza, pertenece a todo un equipo y que el diagnóstico final no sea solamente sustentado en la administración de un ADOS-2, porque yo considero que es una herramienta más de las múltiples que se puede aplicar para evaluar y diagnosticar autismo.

¿Cree en la actualidad a través de sus años de experiencia que ha podido detectar mejor cuando una niña presenta autismo, incluso cuando su diagnóstico indica un falso negativo? ¿Cuáles son las estrategias que ha utilizado para poder darse cuenta de ello?

Podría decir que en la actualidad, sí lo puedo observar de manera más rápida, pero no solo por los años de experiencia en el contacto con los niños/as con autismo, sino también, gracias a la formación, porque considero que es importante ir formándose, ir adquiriendo miradas porque la mirada también la vas adquiriendo desde

una formación, que es la que te permite tener una determinada mirada específica al comportamiento de un niño/a, o a ciertos indicadores que pueden llegar a pensarse como una hipótesis de que ese paciente puede tener o llegar a tener más adelante un diagnóstico de autismo.

¿Usted como profesional sugeriría otro tipo de test que se realicen específicamente en las niñas para poder evitar el fenómeno de camuflaje/acomodación y que pueda llegar a detectarse un diagnóstico de TEA?

Sí, en el caso de las niñas, antes de aplicar el instrumento de ADOS-2, tomo una prueba de screening que es de rastillaje que es una entrevista inicial a padres denominada SCQ (cuestionario de comunicación social), porque esto me permite obtener las respuestas por parte de la observación de los padres específicamente en las conductas y habilidades sociales que las niñas suelen esconder en los ámbitos sociales o que incluso puede ser pasado por alto en la administración de prueba del ADOS-2 y esto me permite poder rastrear mejor este tipo de conductas, y poder así brindar un mejor diagnóstico

Preguntas desde los objetivos generales

¿Cómo considera usted que los criterios y las dinámicas de la Escala ADO-2 pueden influir en la detección de comportamientos autistas en niñas y, en consecuencia, en el diagnóstico temprano del autismo?

Desde mi lado las niñas que me han tocado evaluar con el ADOS-2, fue un poco más difícil porque ellas tienen diferentes tipos de habilidades, o sea es como más complejo llegar a un diagnóstico. Debo decir que en mi caso particular como profesional, he logrado diagnosticarlas, gracias a que se trabajó de manera interdisciplinar, creo que el ADOS-2 sí presenta buenos criterios y dinámicas, pero si he tenido que incluso recurrir a otras herramientas como el ADI-R para poder conocer más su historia en el neurodesarrollo, y así poder concluir en un diagnóstico más certero.

Desde su experiencia, ¿Cómo pueden los resultados de la evaluación con la Escala ADOS-2 guiar de manera efectiva el diseño y la implementación de intervenciones y apoyos personalizados para niñas con autismo?

Lo que yo recomendaría primero es realizar el trabajo clínico y de sumar además de la herramienta como el ADOS-2, otras pruebas, ya que considero que el diagnóstico del autismo, es un diagnóstico que se tiene que hacer de forma interdisciplinaria, es decir trabajar a la par con otros profesionales que nos ayuden a complementar la información diagnóstica, ya sea el neurólogo que es fundamental porque es él que nos va a hacer el pedido clínico para el paciente, el psicólogo que puede realizar otro tipo de pruebas diagnósticas que nosotros como psicopedagogos no podemos, el terapeuta ocupacional que nos ayudará a saber el perfil sensorial de ese niño/a para saber con qué tipo de dificultad nos encontramos, y así poder trabajar sus momentos de desregulación durante el tratamiento y de esa forma poder realizar un plan de intervención adecuado para las necesidades del paciente.

¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al intentar diagnosticar el autismo en niñas, especialmente considerando el fenómeno de acomodación/camuflaje?

Y como te dije anteriormente los principales desafíos a los que me enfrente es que no tengo tanta experiencia diagnosticando niñas, así que considero que no puedo solo guiarme de los resultados que me ofrece el ADOS-2, necesito tener en cuenta otros criterios de evaluación e incluso el abordaje con otros profesionales que tengan más experiencia en el ámbito de niñas, porque considero que se me pueden pasar por alto ciertas conductas que incluso no tienen que ver con el instrumento, sino con mi experiencia como profesional y es por eso que para mí es muy importante trabajar de manera interdisciplinaria, y en el caso de quedarme con ciertas dudas o que el caso quede inconcluso prefiero derivarla a mi colega.

¿Qué medidas sugiere usted para mitigar el sesgo de género en el diagnóstico temprano del autismo y garantizar el acceso equitativo a tratamientos y apoyos para niñas con autismo?

Y quizás lo que sugeriría es poder capacitarnos e informarnos más sobre el tema, como te digo yo estoy más acostumbrada a diagnosticar niños que niñas, y me cuesta poder darme cuenta de sus conductas, salvo que el autismo que presente sea

muy severo, pero si es leve capaz hasta que lo puedo pasar por alto y brindar un diagnóstico erróneo, por eso creo que incluso en la actualidad todavía está presente este sesgo de género por parte de los profesionales, pero es más por esta sobrevaloración más de los niños que de las niñas.

Preguntas desde los objetivos específicos

¿Qué consideraciones debe tener en cuenta al utilizar la Escala ADOS-2 para evaluar a niñas, especialmente en relación con la posible presencia de acomodación/camuflaje de los síntomas autistas?

En cuanto al uso que yo le doy como profesional, yo no considero que se deba tener específicamente algo en cuenta a la hora de administrar la escala en niñas, ya que el instrumento sirve para diagnosticar tanto a niños como a niñas, pero si es cierto que hay ciertas conductas que uno con la falta de experiencia en diagnosticar niñas, uno puede pasar por alto, pero no porque el instrumento sea malo. Sino que muchas veces los que nos pueden brindar la información que buscamos son los padres, y es por eso que es necesario explicarles que además del ADOS-2, hay muchas otras pruebas que se pueden administrar y que es un proceso que llevará un tiempo, para de esta forma no reducir el diagnóstico a un solo instrumento y así evitar un falso diagnóstico, sobre todo en el caso de las niñas que son pocas las que llegan al momento de evaluación en el consultorio.

¿Cuál es su opinión sobre la consistencia y la fiabilidad de los resultados obtenidos con la Escala ADOS-2 al evaluar a niños y niñas, y cómo puede esto afectar la interpretación de los datos en el contexto del diagnóstico de autismo?

Sí considero que es un instrumento fiable, o sea como te dije antes considero que es un instrumento más de evaluación, pero me ha servido para realizar a mis pacientes un buen diagnóstico, obviamente realizando una buena interpretación cuantitativa y brindando un buen informe explicando el puntaje de forma cualitativa.

¿Qué recomendaciones haría usted para mejorar la capacitación y la competencia de los profesionales en la aplicación de la Escala ADOS-2, con el fin de minimizar el sesgo de género en la evaluación y diagnóstico del autismo en la población femenina?

Recomiendo que la formación y capacitación de los profesionales, sea parte de un conjunto de un todo, es decir que no usen la formación que tienen del ADOS-2 de manera aislada, y que la administración de la herramienta sea parte de todo el proceso de evaluación de ese niño/a. Por eso es importante informarse en todas las herramientas que haya para capacitarse, obviamente consiguiendo una certificación que sea ética.

¿Cómo identifica usted el fenómeno de acomodación/camuflaje en niñas durante la evaluación con la Escala ADOS-2 y cómo puede esto influir en el diagnóstico tardío o erróneo del autismo?

Sí bien a veces me cuesta poder identificar este fenómeno, porque como te dije, llegan más niños a consulta que niñas, primero tengo en cuenta la historia del neurodesarrollo, ejecutó una entrevista diagnóstica con los padres, después realizó una observación clínica al momento de realizar el ADOS-2 y si me quedo con alguna duda porque algo no me cerro, realizo más sesiones con esa niña, incluso sesiones lúdicas.

¿Cuáles son sus observaciones sobre la sensibilidad y especificidad de los componentes del ADOS-2 para identificar comportamientos autistas en niños y niñas y cómo estas diferencias pueden contribuir al sesgo de género en el diagnóstico?

En sí, yo considero que el ADOS-2 no es una herramienta que diagnostique por sí sola autismo, es una herramienta más a parte del proceso clínico que hace el niño, se debe realizar una evaluación interdisciplinar con varios profesionales y lo que aporta el ADOS-2, es que a través de las distintas técnicas o juegos que se van desarrollando en el módulo del instrumento dependiendo la edad y el CI del niño/a, pero la herramienta en sí está pensada para justamente observar a través de la conducta, y en el caso de las niñas quizás hay que prestar más atención o tener un ojo clínico más entrenado, para poder ver si aparece o no sintomatología compatible con el autismo.

Pero yo no tomaría a al ADOS-2 como única herramienta para definir el diagnóstico del TEA, porque como te digo es una herramienta más en todo el proceso que se tiene que hacer, pero si tiene la sensibilidad de permitirte observar conductas que sean comórbidas que pueden llevar a realizar otras interconsultas con otros profesionales.

Preguntas desde el aspecto ético y legal

¿Tiene conocimiento sobre la ley de salud pública 27.043 que explica la importancia de la formación de los profesionales para una detección temprana, así como la difusión y prestaciones para que puedan acceder las personas con TEA? ¿Si las conoce pondría comentarme como la aplica en su campo profesional?

Conozco la ley, y en mi ámbito se aplica, según la escuela porque depende del caso, porque no todos los niños que presentan el diagnóstico de autismo son iguales porque no todos tienen la misma capacidad cognitiva, ni todos necesitan los mismos apoyos. Es por ello que, si bien considero que los profesionales deben estar formados para realizar una buena detección, hay que tener en cuenta que caso particular se tiene que evaluar, porque hay algunos niños que quizás va a necesitar que una maestra integradora especial lo acompañe en su escuela y otros niños que no, porque depende del caso, hay algunos que pueden transitar de manera individual el ciclo electivo porque toleran más los estímulos y otros que no.

Lo que si establece la ley es que deben estar incluidos dentro de la institución escolar porque ellos tienen que hacer su proceso escolar.

¿Qué cuestiones éticas y legales hay que tener en cuenta para aplicar el ADOS-2 y cómo procede usted como profesional a la hora de brindar el diagnóstico?

Y como profesional es lo que venimos hablando, es importante tener una formación que justamente sea ética, yo me formé junto a mi colega, en Buenos Aires en el año 2019, con la Dra. Amia Hervás Zúñiga que está capacitada de manera profesional en la herramienta ADOS-2. La manera que yo procedo como profesional a la hora de brindar un diagnóstico es reunirme en una entrevista con los padres para explicar la sintomatología que tiene su hijo, y también explicarles lo que es el autismo

porque hay muchos padres que no saben mucho del tema, entonces lo mejor es poder ayudarlos y acompañarlos en el proceso, para que su niño/a pueda recibir el tratamiento interdisciplinar que necesita.

¿Cuáles son las leyes que rigen a nivel provincial respecto a las personas con autismo? ¿Y respecto a la matrícula y su función como profesional en la provincia?

Pues sí hay mucho trabajo en la provincia con respecto al autismo, y esto también incluye el ámbito educativo, están las resoluciones para que los chicos estén incluidos en las escuelas, y a través de esas resoluciones son como lineamientos generales que uno como profesional va haciendo para las adaptaciones curriculares y los apoyos que los chicos necesitan. La inclusión implica justamente el trabajo hecho por las escuelas, que haya capacitación y mucha más concientización sobre lo que es el autismo y eso por lo menos acá en la provincia se nota.

COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES y TRABAJOS FINALES

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo Cocha Heredia, Julieta Ludmila -----, identificada con DNI N°. -43.364.585-; Teléfono: - 3804264825-----; Email: universidadpsicologia1@gmail.com autora del trabajo de grado/posgrado titulado "EL SESGO DE GÉNERO EN EL AUTISMO" presentado y aprobado en el año 2024 como requisito para optar al título de Licenciado en Psicología; autorizo a la **Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación Barceló** la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado/posgrado en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido; la consulta y la reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de la Tesis: "ESPACIO INTERDISCIPLINARIO ACUARELA - FORMOSA."

2. Identificación de la tesis:

TÍTULO del TRABAJO: "EL SESGO DE GÉNERO EN EL AUTISMO"

Director/Tutor: Lic. Ferreira, Lautaro.

Fecha de defensa: 29/08/2024

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

a) **Texto completo** a partir de su aprobación



b) **NO AUTORIZO** su publicación



NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO serán difundidas en el catálogo de la biblioteca (catalogo.barcelo.edu.ar) mediante sus citas bibliográficas completas y disponibles sólo para consulta en sala en su versión completa en la biblioteca.



Julieta Ludmila
Cacha Heredia

Firma del Autor
Lugar: La Rioja, Capital



Lic. Ferreira Lautaro - Lic.
en Psicología - Esp. TCC
integrativa - MP N.º 328

Firma del Director/Tutor
Fecha:
29/08/2024