

Adaptación cultural de la RBS – R

Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2016 - 2017



VNIVERSIDAD
SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Trabajo Fin de Máster

Adaptación Cultural de la Escala de la Conducta Repetitiva (Repetitive Behaviors Scale-
Revised)

Autora:

Jo Ann Yon Hernández

Tutor:

Ricardo Canal

Salamanca, Enero 2017

Declaración de autoría

Declaro que:

- 1) He redactado el trabajo “Adaptación de la Escala de la Conducta Repetitiva (Repetitive Behaviors Scale – Revised)” para la asignatura de Trabajo Fin de Master en el curso académico 2016-2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.*
- 2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.*
- 3) El trabajo realizado, así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.*
- 4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.*

Jo Ann Yon Hernández

Salamanca, 16 de enero de 2017

Agradecimientos

Un sincero agradecimiento a mi tutor Ricardo Canal quien hizo posible la realización de este Trabajo de Fin de Máster, por el tiempo que me ha brindado, por sus ideas y sugerencias. A la vez quiero agradecer a María Magán Maganto, por sus aportaciones y por transmitirme sus conocimientos, así como a su supervisión al igual que a mi tutor. Asimismo, agradezco a la Universidad de Salamanca y a los profesionales encargados de la dirección del Máster Universitario de Psicología General Sanitario.

Debo dar un especial reconocimiento a Fernando Guirola y a Klaudia Calderón, quienes realizaron la parte de traducción del presente trabajo. Agradezco su contribución a este trabajo, estoy muy agradecida de que ambos profesionales de forma desinteresada se hayan tomado el tiempo de realizar las traducciones debidas; sin esta parte no se hubiese podido realizar este Trabajo Fin de Máster.

Todo esto no hubiese sido posible sin el apoyo y amparo incondicional de mi familia, sobre todo el de mis padres y mis hermanos, este logro es suyo también. No cabe duda que siguen siendo los cimientos de mi desarrollo y gracias a sus esfuerzos puedo continuar formándome profesionalmente.

Resumen

Introducción: En la actualidad las investigaciones científicas sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) están teniendo mucho auge debido a su alta prevalencia. Sobre todo, lo relacionado con el diagnóstico temprano del TEA, aunque se estudie mucho, aún se están desarrollando las herramientas clínicas necesarias para evaluar y diagnosticar. Por esta razón, creemos que es importante contar con un instrumento puntual que evalúe y abarque un amplio rango de conductas relacionadas con los niños con TEA. Nuestro foco de atención será específicamente hacia las conductas restrictivas y repetitivas (CRR) características principales de este trastorno. **Objetivo:** Desarrollar la adaptación y modificación de la escala The Repetitive Behaviors Scale – Revised (RBS-R) de Kristen Lam y Michael Aman (Lam, 2004) al idioma español para que posteriormente está pueda ser validada dentro de lo que es la población española. **Metodología:** Para lograr esto se realizó una traducción inversa la cual consiste en traducir la escala original en su idioma fuente que en este caso es el inglés al idioma deseado, el español. Se conservó el diseño original de la escala, sin embargo, debido a las recientes modificaciones en el DSM-5 para diagnosticar este trastorno se decidió añadir una escala más que abarcara el aspecto sobre las respuestas sensoriales inusuales, aspecto que no se incluye en la escala RBS – R original. **Conclusiones:** Se estima que la validación futura de esta escala servirá para promover la salud de los pacientes con TEA, ya que como psicólogos generales sanitarios esta nos permitiría intervenir de forma precoz impidiendo que las CRR se sigan reforzando o incrementando. A su vez nos servirá para cuantificar y medir la eficacia de nuestras intervenciones.

Palabras clave: *TEA, conductas repetitivas y restringidas, RBS – R, escala.*

Abstract

Introduction: Scientific research on Autism Spectrum Disorder (ASD) is currently booming due to its high prevalence. Most importantly, the early diagnosis of ASD, although much is being studied, it is still under developing clinical tools to assess and diagnose. For this reason, we believe that it is important to have a specific instrument that evaluates and covers a wide range of behaviors related to children with ASD. Our focus will be specifically on the restrictive and repetitive behaviors (RRB), which are main features of this disorder. **Objective:** our aim is to develop the adaptation and modification of The Repetitive Behaviors Scale - Revised (RBS-R) by Kristen Lam and Michael Aman (Lam, 2004) to the Spanish language so that it can subsequently be validated within the Spanish population. **Methodology:** To achieve this, a reverse translation was performed, which consists of translating the original scale into its source language, which in this case is English to the desired language, Spanish. Even though the original design of the scale was retained, due to the recent modifications in the DSM - 5 to diagnose this disorder it was decided to add a scale that would cover the aspect about the unusual sensorial responses, aspect that is not included in the original RBS - R. **Conclusions:** It is estimated that the future validation of this scale will serve to promote the health of patients with ASD, since as general health psychologists this would allow us to intervene early, preventing the RRB from being further reinforced or increased. In turn it also, will serve to quantify and measure the effectiveness of our interventions.

Keywords: *ASD, repetitive and restricted behaviors, RBS - R, scale.*

Índice de contenidos

Declaración de autoría.....	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Capítulos:	
1. Introducción.....	6
1.1. El TEA y las conductas repetitivas y restrictivas.....	6
1.2. Evaluación de las CRR.....	9
1.3. Escala de la Conducta Repetitiva – Revisada	10
2. Método.....	13
2.1. Estrategias de búsqueda.....	13
2.2. Procedimiento para la adaptación cultural y modificación de la escala RBS- R.....	14
3. Resultados	15
4. Discusión y perspectivas de futuro.....	17
5. Referencias bibliográficas.....	22
Anexos:	
Anexo I: Escala del Comportamiento Repetitivo – Revisada.....	24
Anexo II: Escala original (The Repetitive Behavior Scale – Revised).....	32
Anexo III: Suplemento original para calificar la RBS – R.....	38
Anexo IV: Traducción del suplemento para calificar la Escala de Conductas Repetitivas – Revisada.....	39

Desarrollo de la Adaptación Cultural de la Escala de la Conducta Repetitiva (Repetitive Behaviors Scale- Revised)

1. Introducción

Los niños con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), suelen manifestar distintos patrones de comportamiento. Debido a que no hay un patrón específico de sintomatología en este trastorno, los profesionales del campo de la salud debemos prestar la debida atención para notar aquellas conductas inusuales en los niños, sobre todo a edades tempranas. De aquí nace la necesidad de contar con un instrumento puntual que evalúe y abarque un amplio rango de conductas de interés para los clínicos en cuanto al TEA. En el presente trabajo final de máster, nos enfocaremos específicamente en la parte de las conductas restrictivas y repetitivas (CRR) con lo cual se presenta la siguiente propuesta de instrumento de evaluación, que surge como parte de la adaptación y modificación de la escala The Repetitive Behaviors Scale – Revised (RBS-R) de Kristen Lam y Michael Aman (Lam, 2004).

1.1. El TEA y las conductas repetitivas y restrictivas

En los últimos setenta años, las investigaciones han permitido que tengamos un mejor entendimiento sobre lo que es el autismo, en la actualidad el Trastorno del Espectro Autista (TEA), se concibe como un conjunto de condiciones neuro-evolutivas, las cuales son producto de interacciones complejas de lo que es la genética y factores de riesgo no-genéticos (Lai, Lombardo y Baron-Cohen, 2013). Desde la primera conceptualización del Autismo como un trastorno, las conductas restrictivas y repetitivas (CRR), han sido parte de las características principales que lo conforman, aunado con los problemas sociales y de comunicación (Leekam, Prior y Uljarevic, 2011). Las CRR forman una clase de comportamientos que se caracterizan por su alta frecuencia, su invariabilidad y el deseo de un ambiente monótono (Leekam, et. al., 2011). Éstas abarcan una amplia gama de comportamientos y se ha observado que existen diferentes tipos de CRR que varían en cuanto a su complejidad y sofisticación (Leekam, et. al., 2011; Knoch, 2012).

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), el Trastorno del Espectro Autista (TEA), se caracteriza por dos grandes criterios sintomáticos. El criterio A, que consiste en deficiencias en la comunicación e interacción social en diversos contextos, las cuales se pueden observar en: la falta de reciprocidad socioemocional, en déficits en las conductas comunicativas no verbales (anomalías del contacto visual o corporal, deficiencias para comprender y utilizar gestos, etc.) y se hacen notables las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales. Es importante resaltar, que la mayor parte de investigaciones y avances en el campo del TEA, que se conocen hasta ahora, se relacionan principalmente con los síntomas que abarcan este primer criterio.

Por otro lado, el criterio B que es el que nos interesa en este trabajo, indica que las personas con TEA presentan patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, los cuales se observan en sus intereses o actividades. Éstos se pueden manifestar de la siguiente manera: insistencia en la monotonía, inflexibilidad en las rutinas o patrones ritualizados; movimientos repetitivos, utilización de objetos, habla estereotipada o repetitiva; intereses restringidos y fijos de mucha intensidad; e hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales, o interés inhabitual por aspectos sensoriales de aquello que los rodea (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La incorporación de las respuestas sensoriales inhabituales al DSM-5, quizá sea el cambio más relevante en el criterio B para diagnosticar un TEA. Cambio necesario debido a que estas respuestas atípicas han sido reportadas entre un 65 y el 95% en los individuos con TEA (Green, Chandler, Charman, Simonoff y Baird, 2016). La razón por la que se incluyen estas conductas en este criterio es porque se ha encontrado que la respuesta sensorial alterada está asociada al comportamiento restrictivo y repetitivo, así como a la necesidad a la monotonía (Green, et. al., 2016).

Se sabe que en un desarrollo típico las CRR cumplen un propósito evolutivo y, al cumplirlo, estas conductas se reducen o disminuyen. Sin embargo, en los TEA las CRR suelen volverse más frecuentes e intensas (Harrop, McConachie, Emsley, Leadbitter, Green

y The PACT Consortium, 2014; Leekam, et. al., 2011), lo cual genera un grado de interferencia significativo en la vida de los individuos con TEA. Estas conductas suelen ser altamente intrusivas y suelen consumir la mayor parte de su tiempo (Hattier, Matson, Macmillan y Williams, 2013); asimismo, éstas crean una barrera e interfieren con la experiencia social y con la adquisición de nuevos aprendizajes. Se cree que las CRR son impulsadas por la ansiedad que los niños con TEA experimentan. Dentro de un marco de desarrollo evolutivo adecuado en un niño, estas conductas serían desadaptativas; mientras que en los niños con TEA, éstas funcionan a su favor, ya que les permite responder a afectos negativos (Rodgers, Glod, Connolly y McConachie, 2012; Leekam, et. al., 2011). Se cree que la finalidad de las CRR en los niños con TEA, es para proporcionarse a sí mismos un alivio emocional cuando se sienten desafiados, estresados o se encuentran tensos o ansiosos (Leekam, et. al., 2011).

Por otro lado, algunos estudios refieren que existen teorías relacionadas con el lóbulo frontal o el funcionamiento ejecutivo (FE) en los TEA que potencializan las CRR, estas resaltan que existen impedimentos a nivel del FE, causando lo que es un pobre control y regulación del comportamiento. Este déficit incide en que el individuo con TEA tenga problemas para inhibir comportamientos inapropiados, esto incide en que le resulte difícil al niño con TEA generar comportamientos adaptativos, organizarse, aprender o retroalimentarse de la información que existe en el ambiente, que sea flexible y que no presente perseverancia en lo que realiza (Leekam, et. al., 2011). Aún se continúan investigando las posibles etiologías de las CRR.

A pesar de tener una fuerte carga genética y de que se han encontrado fuertes biomarcadores, el diagnóstico del TEA se basa principalmente en observaciones de comportamientos o manifestaciones conductuales (Guthrie, Swineford, Nottke y Wetherby, 2013). Se considera que la edad promedio en la que se puede realizar un diagnóstico certero es alrededor de los tres años de edad; sin embargo, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños sean expuestos a un proceso de cribado para detectar un TEA entre los 18 y los 24 meses de edad (Guthrie, et. al., 2013; Hattier, et. al., 2013). Los clínicos y los profesionales del campo de la salud se enfrentan con este reto, debido a que

es muy complejo y resulta difícil realizar una evaluación y por tanto un diagnóstico en los niños pequeños, de aquí parte nuestro objetivo de contar con una herramienta de evaluación que sirva como un apoyo fiable y que brinde la información que necesitamos para realizar una evaluación completa y certera.

La literatura disponible sugiere que, al realizar una intervención temprana, se tiene la posibilidad de interferir en el desarrollo de estos comportamientos maladaptativos (Knoch, 2012; Lai, et. al., 2013). Según Piven, Harper, Palmer y Arndt (citado en Knoch, 2012), estas conductas tienen un impacto negativo en el desarrollo de los niños con TEA y tienden a demostrar menor mejoría en comparación de aquellos a los que se les intervino en edades más tempranas.

1.2. Evaluación de las CRR

En la actualidad existen diversos estudios sobre el TEA en relación a las CRR; sin embargo, debido a su heterogeneidad, complejidad y diversidad las CRR siguen siendo un reto para los clínicos e investigadores al momento de evaluar y verificar si se trata de niños con o sin TEA (Knoch, 2012). Aún no se cuenta con instrumentos completos o baterías de pruebas específicas para evaluar las CRR de acuerdo a las nuevas modificaciones que se realizaron en el DSM - 5. Sin embargo, a pesar de esta limitación, existe una gran variedad de instrumentos para evaluar el comportamiento repetitivo (Lam y Aman, 2007) entre otros aspectos del TEA. Se sabe que dichos instrumentos dedican una sección en particular a esta categoría, o bien se utilizan pruebas que evalúan las CRR pero no relacionadas específicamente con el TEA.

Bajo la demanda de los clínicos e investigadores en algunas ocasiones, se utilizan instrumentos que han sido diseñados para medir las CRR en casos de discapacidad intelectual debido a su generalización con el autismo (Bodfish, Symons, Parker y Lewis, 2000). Este es un aspecto a tomar en cuenta en relación a las CRR, ya que éstas están presentes en varios tipos de población clínica como por ejemplo en la esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, enfermedad de Parkinson, síndrome de Tourette, etc. (Bodfish, et. al., 2000; Leekam, et. al., 2011), sin mencionar que las CRR se hacen

presentes en el desarrollo típico de los niños, dificultando diferenciarse del desarrollo atípico que se hace presente en los TEA.

Debido a que existe poco conocimiento sobre el desarrollo y evolución de las CRR, es importante resaltar la importancia que tiene contar con un instrumento específico para medir estas conductas y detectar aquellos comportamientos claves en los niños pequeños con sospecha de TEA. Tomando como referencia las modificaciones realizadas en el DSM – 5 sobre el criterio B para diagnosticar el TEA, para ello en este trabajo se presenta una propuesta sobre la adaptación cultural de la escala The Repetitive Behavior Scale – Revised (RBS – R) desarrollada por Kristen Lam (Lam, 2004), con el propósito de utilizarla como una herramienta apta para la evaluación del TEA dentro de lo que es la población española.

1.3. Escala de la Conducta Repetitiva – Revisada

La escala The Repetitive Behavior Scale – Revised (RBS – R) de Kirsten Lam (2007), consta de 43 ítems, los cuales se puntúan con una escala tipo Likert de cuatro puntos que van de (0) “el comportamiento no ocurre” a (3) “el comportamiento ocurre y es un problema severo”, tomando como punto de partida las manifestaciones de dichas conductas durante el último mes (Lam, 2004). Se debe tener presente la trayectoria de esta escala, la cual fue diseñada originalmente por Bodfish, Symmons y Lewis en 1999. Sobre esta se observó que la metodología que los autores utilizaron para validar la escala, presentaba ciertas limitaciones, como, por ejemplo, el tamaño de la muestra, el cuál no era representativo de la población general (Lam y Aman, 2007).

Por lo que Lam y Aman, partiendo de los hallazgos anteriores, realizaron adaptaciones en la estructura de la escala para comprobar su validez. Además de utilizar la escala RBS – R de 43 ítems original, agregaron una puntuación sumatoria de todos los ítems a la que llamaron Puntuación Global de Severidad (o Puntuación de la Valoración Global), donde se le pide a los padres o cuidadores que evalúen del 1 al 100 qué tan severas son estas conductas o la afectación que tienen las CRR en el individuo. También, se les pide a los evaluadores que valoren el peso que tienen las CRR sobre la persona con TEA, así como para las personas que lo rodean.

La RBS – R está compuesta por seis subescalas: (1) subescala de comportamiento estereotipado, (2) subescala de conductas autolesivas, (3) subescala de comportamiento compulsivo, (4) subescala de comportamiento ritualista, (5) subescala de comportamiento monótono, (6) subescala de comportamiento restringido. En el presente estudio, considerando los cambios que han tenido lugar en la conceptualización del TEA a partir de la publicación del DSM-5, se propone incorporar una nueva subescala (7) dirigida a identificar y evaluar las dificultades de hiper o hipo-reactividad sensorial. Después de cada subescala se encuentran tres preguntas que en una progresión analógica visual miden los aspectos de frecuencia, grado de alteración que produce en l persona y grado de interferencia del comportamiento con los eventos en curso.

De acuerdo a Lam (2004), la escala RBS – R es un instrumento válido para la evaluación de las CRR para aquellos individuos que se encuentran en una situación de pacientes ambulatorios. La escala consiste en un cuestionario que se administra a los padres o cuidadores primarios, partiendo de las observaciones e interacciones que éstos tienen con los individuos con TEA dentro del margen temporal de un mes. Esta escala evalúa una amplia gama de CRR, las cuales están cobrando actualmente mayor auge dentro de lo que es el diagnóstico temprano de los TEA. Entre las razones por las que se considera necesario validar esta escala se destacan las siguientes:

- De los instrumentos que existen hasta el momento actual, la RBS – R es una escala que abarca las CRR complejas que se presentan en los TEA. Contar con una escala que evalúe ampliamente este aspecto, permite obtener una visión mejor sobre el estado del individuo. Además, la escala brinda un amplio margen de posibles conductas que podrían tener lugar en el repertorio de las personas con TEA, lo cual es beneficioso debido a que estas conductas no suelen expresarse de la misma manera en todos los individuos, por lo que es necesario considerar todas las variaciones posibles de las manifestaciones conductuales de las CRR.
- Permite al clínico observar y medir de forma cuantitativa la aparición o el progreso de estas conductas en el individuo. Con esto es posible llevar un control sobre las

CRR y se abre la posibilidad de tomar medidas para ajustar o modificar las estrategias de intervención que se han empleado o se piensan implementar.

- En la actualidad los profesionales en general y los especialistas en particular no cuentan con un instrumento en el idioma español que sirva para evaluar estas conductas específicas. Lo cual es una limitación para el desarrollo de programas de carácter preventivo, como, por ejemplo, un cribado para detectar un TEA. Además, tener una escala que resuelva el problema de la influencia de los aspectos culturales en el momento de evaluación del comportamiento problemático, lo que puede dar lugar a lograr un mayor beneficio para el individuo que está siendo evaluado.
- La RBS – R es una escala de fácil administración para los padres, familiares o cuidadores principales, lo cual permite que éstos puedan llevar un control en casa sobre el desarrollo general de las CRR en las personas con TEA a las que apoyan de forma cotidiana. La información obtenida por parte de los padres, puede permitir al clínico obtener una apreciación global del avance del individuo en el control del comportamiento problemático. Sin mencionar, que con este tipo de información se podría avanzar en el conocimiento sobre aparición y mantenimiento de estas conductas, ya que se podría documentar el progreso o avance de las CRR de una forma más detallada.
- Es importante que se pueda detectar un TEA de forma temprana, para reducir o prevenir discapacidades más graves, que se ven asociadas con este trastorno por lo que resulta vital que se detecte y se intervenga de forma temprana. Debido a que la intervención temprana se ha visto asociada con mejorías en el coeficiente intelectual, el lenguaje y las habilidades funcionales diarias (The National Institute of Mental Health, s.f.), además de reducir los efectos negativos que las CRR tienen sobre el individuo permitiéndole ser más flexible, tolerante al cambio y adquirir conductas adaptativas.
- Debido a la creciente concientización por parte de los padres de familia y profesionales del campo sanitario sobre lo que es el TEA y sus síntomas relacionados, es necesario contar con un instrumento de uso fácil para registrar y comprobar si existe un patrón de CRR en los niños que serán evaluados.

- Finalmente, el DSM-5 indica que debe especificarse la gravedad del trastorno en relación a los dos grupos de síntomas (Comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos), incluyendo una tabla donde se establecen los criterios cualitativos para la gravedad del trastorno en tres niveles. Si bien existen multitud de herramientas para determinar el nivel de gravedad en las alteraciones de la comunicación social, no es así en cuanto a los comportamientos restringidos y repetitivos, donde además se incluye la sintomatología referida a la hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales. Así que esta herramienta se ha convertido en un medio muy utilizado en el ámbito internacional para ayudar a determinar la gravedad de los CRR en el proceso de diagnóstico.

2. Método

2.1. Estrategias de búsqueda

Se utilizaron los recursos electrónicos de la Universidad de Salamanca para realizar la sección de documentos de la revisión sistemática durante los meses de julio a diciembre de 2016. En la selección de artículos y documentos que se tomaron como referencia para este trabajo fin de máster se utilizó EBSCOhost, un buscador multidisciplinar que incluye en sus bases de datos las revistas indexadas en MEDLINE, PsycARTICLES, PsycINFO y Psychology and Behavioral Sciences Collection. Se citaron los hallazgos más relevantes de aquellos artículos o trabajos que fueron publicados desde el año 2000.

Los términos o palabras claves que se utilizaron en el idioma inglés para la búsqueda fueron, en cuanto al primer plano, los siguientes: "autistic disorder", "autism", "child development disorders", "pervasive developmental disorder", "PDD", "autistic spectrum disorder", "autistic spectrum disorders", "autism spectrum disorder", "ASD", "developmental disabilities", "developmental disorder" y "developmental delay".

En el segundo campo de búsqueda se utilizaron términos relacionados con los criterios del grupo B del DSM-5, los cuales fueron: "repetitive behaviors", "restrictive behaviors", "stereotyped behavior", "self-injurious behavior", "compulsive behavior", "ritualistic behavior", "sameness behavior", "restrictive behavior", "atypical sensory

responses", "sensory reactivity in autism spectrum disorders" y "adverse responses to stimuli".

En el tercer campo, se utilizaron términos relacionados con las escalas que miden estas conductas, los cuales fueron: "the repetitive behavior scale – revised", "RBS – R", "sensory profile", "scale", "test" y "screening test". Por último, en el cuarto campo de búsqueda, se utilizaron términos para limitar la información anterior al rango de edad que nos interesaba, los cuales fueron: "infant", "child", "preschool", "baby", "preschool child", "toddler" y "toddlers".

2.2. Procedimiento para la adaptación cultural y modificación de la escala RBS – R

Para el proceso de adaptación y modificación de la escala RBS – R de la versión de Lam y Aman (2007) al idioma español, se llevó a cabo la siguiente secuencia de acciones:

- (a) Se realizó una traducción inversa la cual consiste en traducir la escala original en su idioma fuente que en este caso es el inglés al idioma deseado, el español. Las personas encargadas de traducir la escala, fueron dos personas bilingües cuyo idioma materno es el español (traductores grupo 1). Por otro lado, otras dos personas bilingües se necesitaron para la segunda parte del proceso, para el cual se necesitaban personas bilingües cuyo idioma materno fuera el inglés americano (traductores grupo 2).
- (b) Los traductores del grupo 1, tradujeron la escala del idioma fuente, al idioma objetivo que es el español. Para que posteriormente los traductores del grupo 2, volviesen a traducir la escala al idioma fuente, en inglés. Esto con el propósito de comparar las dos versiones (la de los traductores del grupo 1 y la de los traductores del grupo 2) y poder analizar ambas versiones para contrastar los resultados de las traducciones y aumentar la seguridad de la equivalencia de la escala después de la traducción (Cardoso, Gómez-Conesa e Hidalgo, 2010). Esta comparación se realizó para asegurar que no existiesen problemas transculturales o dificultades lingüísticas de una traducción a la otra.
- (c) Al realizar una búsqueda sistemática sobre las CRR y sobre cómo evaluarlas, se concluyó que la RBS – S es la escala más completa que se conoce hasta ahora que evalúe lo que son las CRR. Sin embargo, cuando ésta se diseñó se basó en los

criterios diagnósticos para el TEA del DSM-IV-TR, el cual aún no incluía el aspecto sobre las respuestas inusuales sensoriales. Por lo que con el propósito de contar con una escala que abarcara todas las conductas que conforman las modificaciones del criterio B del DSM-5, se decidió agregar una séptima subescala.

La cual hace referencia a la hiper e hiporeactividad sensorial que tienen los individuos con TEA y sobre el interés inhabitual por aspectos sensoriales en las cosas que los rodean. Para el desarrollo de la séptima subescala que se añadió, se tomó como referencia los ítems del Short Sensory Profile (SSP) (Green, et. al., 2016) y los ítems del Glasgow Sensory Questionnaire (GSQ) (Robertson, 2012). Con el propósito de cubrir todos los aspectos que se incluyen en el DSM-5 para evaluar estas conductas, se incorporaron ciertos ítems de ambas escalas, siguiendo el formato de calificación de la RBS – R.

3. Resultados

La escala propuesta, una vez llevada a cabo la adaptación cultural, se encuentra en el Anexo I. A la espera de la validación estadística, se ha mantenido la estructura original, así como todos los ítems de las escalas 1 a 6 y en el mismo orden.

La novedad más importante es que a la versión española de la herramienta se le ha añadido una nueva subescala, denominada en principio Subescala de patrones sensoriales atípicos de respuesta.

En general, el conjunto de aspectos sensoriales inusuales forma lo que la literatura científica llama “patrones sensoriales atípicos de respuesta”. Estos patrones de respuesta incluyen: hiper-reactividad que consiste en una respuesta excesiva o evitación sistemática de estímulos sensoriales (Schoen, Miller, y Green, 2008); hipo-reactividad que se refiere a la ausencia o retraso en la respuesta a los estímulos sensoriales normales (Baranek, Watson, Boyd, Poe, David, y McGuire, 2013); percepción acentuada que se define como agudeza superior en la conciencia de los estímulos sensoriales específicos y focalización en elementos concretos de estímulos (Motttron, Dawson, y Soulières, 2009); e intereses sensoriales, repeticiones, y comportamientos de búsqueda, que incluyen fascinación o

fuerte deseo de estimulación sensorial intensa y que puede ser de naturaleza repetitiva (Ben-Sasson, Cermak, Orsmond, Tager-Flusberg, Kadlec, y Carter, 2008). También puede haber diversas estas modalidades de respuesta implicadas simultáneamente en un mismo individuo (Ausderau, Sideris, Furlong, Little, Bulluck y Baranek, 2013), lo que incrementa la heterogeneidad en la expresión de esta sintomatología. La heterogeneidad en las anomalías sensoriales plantea además un importante reto para comprender el origen y evolución del trastorno, así como para elaborar planes de apoyo.

Esta nueva subescala está definida como hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno; sobreatención a ciertos estímulos sensoriales.

La subescala consta de 9 ítems (Figura 1), los cinco primeros están centrados en la sensibilidad sensorial (sonidos, audición, tacto, olfato, gusto y vista) el sexto ítem se refiere a sensibilidad al movimiento, el séptimo evalúa la búsqueda de sensaciones o la ausencia de respuesta a ellas, el octavo valora la indiferencia al dolor y la temperatura y el último evalúa las sensaciones de baja energía y de debilidad. Con estos 9 ítems se asume que quedan cubiertos todos los aspectos normalmente abordados por las herramientas existentes más populares dedicadas en exclusiva a la valoración de las dificultades sensoriales.

En el Anexo II, se encuentra la versión original de la RBS – R (Lam y Aman, 2004) y en el Anexo III, se encuentra el suplemento de corrección de la RBS – R. A la vez se encontrará en el Anexo IV, la traducción realizada del Suplemento para Calificar la Escala de Conductas Repetitivas – Revisada (RBS – R). Tener en cuenta que el suplemento de calificación es el original diseñado por Lam y Aman (2004), por lo que no incluye la séptima escala que se ha desarrollado en esta propuesta.

Figura 1: Ítems de la Subescala de aspectos sensoriales inusuales

1. Respuesta atípica/inusual a sonidos. (Encuentra molestos o muy altos ciertos sonidos, responde de forma negativa a sonidos inesperados o altos, coloca sus manos para tapar sus oídos, no percibe o ignora ciertos sonidos).
2. Discriminación auditiva. (Se distrae si hay mucho ruido a su alrededor, parece no escuchar lo que se le dice, no puede trabajar sin ruido de fondo, no responde cuando se le llama por su nombre pero se sabe que oye bien, le cuesta prestar atención).
3. Sensibilidad táctil. (Expresa angustia durante el aseo, prefiere ropa con mangas largas o cortas independientemente del clima, le desagrada andar descalzo sobre ciertas superficies como en arena o hierba, reacciona emotiva o agresivamente al contacto físico, evita las salpicaduras de agua, dificultad para permanecer junto a otras personas, se frota o se rasca en la parte del cuerpo que le han tocado).
4. Sensibilidad olfativa/gustativa. (Evita ciertos sabores u olores de comidas, únicamente ingiere ciertos sabores, se limita a comer la comida con ciertas temperaturas, es selectivo con la comida que ingiere sobre todo en cuanto a la textura, huele su comida siempre, le molesta o se irrita con el olor de ciertos perfumes u olores, suele tocar u oler los objetos que se encuentran a su alrededor).
5. Sensibilidad visual. (Las luces brillantes le llaman la atención o le molestan, se queda ensimismado por estímulos visuales fuertes, como colores brillantes, luces brillantes u espejos, se cubre los ojos o parpadea rápidamente para protegerse de la luz).
6. Sensibilidad al movimiento. (Muestra ansiedad o se altera si sus pies no tocan el suelo, teme caerse, teme a las alturas, le desagrada ponerse cabeza abajo, le gusta observar el movimiento de automóviles o las personas).
7. Busca sensaciones o no responde a ellas. (Disfruta de sonidos extraños y los busca, busca todo tipo de movimientos y éstos interfieren en su rutina diaria, se sobre-excita en actividades que involucren movimiento, toca a personas u objetos, va de una actividad a otra, lo que interfiere con su actividad, se viste con la ropa doblada para crear ciertas sensaciones).
8. Indiferencia aparente al dolor/temperatura. (No reacciona cuando se lastima, no expresa dolor, ni malestar cuando se encuentra enfermo).
9. Energía baja/ debilidad. (Aparenta tener músculos débiles, se cansa fácilmente, especialmente cuando debe estar de pie o en una posición en particular, tiene un agarre débil, no puede levantar objetos pesados, rinde por breves periodos de tiempo, se cansa rápidamente).

4. Discusión y perspectivas de futuro

La escala completa, tal y como se ha elaborado en este trabajo queda preparada para iniciar el estudio y obtención de los valores psicométricos necesarios de cara a la validación de la escala. El proceso de validación utilizado en las versiones anteriores de la RBS – R, consistió, en primer lugar, en llevar a cabo un análisis factorial de componentes principales para comprobar la correlación que debería existir entre las subescalas para medir la conducta repetitiva. Bodfish, et. al. (citado en Lam, 2004), en la RBS – R original

concluyó que, el análisis que realizaron con una muestra de 124 sujetos demostró que era razonable utilizar una solución de seis factores para analizar los resultados.

Se sugiere que para la validación de la RBS – R en la población española, se utilice una muestra similar en tamaño y características a la utilizada en el estudio original, de forma que se compruebe la estructura y validez interna de la escala en cuanto a las subescalas que lo componen. Lam (2004), resalta que la muestra que se utilizó para esto originalmente era muy pequeña, lo cual marca una debilidad en cuanto a la estructura de las subescalas. Los valores obtenidos cuando se evaluaron las subescalas no mostraban un valor estadísticamente significativo sobre lo que tenían que medir algunas de ellas, Por lo que se sugiere que, como siguiente paso para continuar con la validación al idioma español, se realice un análisis de componentes principales para asegurarnos de que efectivamente cada subescala esté midiendo lo que tiene que medir.

Siguiendo la metodología utilizada por los autores de la escala, se plantea seguir este proceso estadístico dentro de lo que sería la muestra española, para comprobar que las modificaciones realizadas son las adecuadas y, con este método, también valorar que la estructura interna sea la adecuada y se obtenga la información necesaria para entender si las subescalas son representativas y válidas para diagnosticar CRR en un TEA.

En cuanto a las características de los individuos que se sugieren para la selección de la muestra española, se recomienda que se incluyan a personas de ambos sexos, con una edad comprendida entre los dos y seis años de edad. Deberán ser hijos de padres españoles para asegurar que se ha realizado una adaptación cultural adecuada y los individuos deberán contar con un diagnóstico certero de TEA.

El motivo de haber elegido este rango de edad es disponer de un grupo de partida que pueda constituir una cohorte de niños que posteriormente puedan ser de nuevo evaluados en una secuencia de test-retest, analizando de este modo su evolución y la aparición y desarrollo de nuevas conductas repetitivas. La secuencia de evaluación incluiría la recogida de datos cada 12 meses desde los 2 hasta los 6 años. Se trataría, así, de obtener información sobre la incidencia de las CRR a lo largo de la etapa de desarrollo infantil y, si en determinada edad, un tipo de conductas repetitivas es más frecuente que las otras, o bien si alguno de los tipos de conductas repetitivas se extingue y dan lugar a otras. Asimismo, el

uso de esta escala tendría un mayor peso en el estudio del TEA si en un futuro más lejano la escala se aplicara cuando los participantes en el estudio inicial cumplieran doce años de edad. Se hace énfasis en este uso de la escala, ya que es una de las utilidades clínicas más importante que podrías tener. De llevarse a cabo este estudio se obtendría información útil y novedosa sobre la complejidad, desarrollo y evolución de las conductas repetitivas en los niños con un TEA.

Otro aspecto de desarrollo futuro para esta escala es su uso para conocer algunos factores personales que podrían estar asociados a la presencia de comportamientos restrictivos y repetitivos. Así, además de lo descrito anteriormente y de lo que realizó el autor original, como una novedad metodológica planteamos combinar la aplicación de la escala con otras pruebas o cuestionarios como, por ejemplo, el Autism-Spectrum Quotient (AQ) (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin y Clubley, 2000), tratando de valorar así si el grado de autismo puede estar asociado a una mayor o menor intensidad en las conductas restrictivas y repetitivas. El AQ está diseñado para medir el grado en que un individuo posee síntomas típicos del espectro autista. De acuerdo a Baron-Cohen, et. al. (2001), este instrumento posee una excelente fiabilidad test-retest. Por lo que con los resultados de ambas pruebas se podría trazar un continuum de la mejoría de la persona. Otros instrumentos que podrían utilizar se forma combinada para estudiar factores personales que influyen en el comportamiento repetitivo son las pruebas de evaluación de la función ejecutiva.

4. Conclusiones

Algunos individuos con TEA presentan múltiples formas de comportamientos repetitivos y restringidos que les consume gran parte de su tiempo productivo. Sin embargo, otros individuos presentan únicamente algunas conductas que son menos problemáticas. Las diferencias en la presentación de estos comportamientos constituyen un elemento que apoya la evidencia de la heterogeneidad interindividual que caracteriza al TEA. La consecuencia de este hecho de la heterogeneidad es que, para evaluar estos comportamientos, que constituyen criterios comportamentales para el diagnóstico, debemos tener en cuenta que existen mucha variabilidad entre las personas con TEA en los

comportamientos repetitivos. Sin embargo, algo que facilita su evaluación es saber que estos comportamientos se caracterizan por su repetición, consistencia en cada individuo y por su carácter inapropiado (Lam, 2004). Después de una rigurosa búsqueda en este trabajo se ha propuesto realizar este trabajo de adaptación cultural de la escala RBS – R, para con este instrumento poder evaluar las CRR que caracterizan a los individuos con TEA en general.

Con el presente trabajo, se intenta desarrollar una herramienta de evaluación original en el idioma español, que sea útil para medir estas conductas, tomando como base la prueba RBS – R de Lam y Aman (2004) que está basada en otra elaborada tomando en consideración los criterios de diagnóstico del manual DSM-IV-TR. Se han incluido una modificación significativa con la adición de una nueva subescala para adaptar el instrumento a los nuevos criterios incluidos en el DSM-5. La relevancia de este trabajo de fin de máster, reside en que trata de ser una propuesta de una nueva herramienta de evaluación de las CRR que sea útil para los profesionales del campo de la psicología general sanitaria, para diagnosticar con más precisión las características y necesidades comportamentales de futuros casos con TEA y de esta forma poder realizar planes de actuación e intervención más eficientes.

Buscamos que, en un futuro próximo, esta propuesta, sea validada estadísticamente utilizando una muestra representativa de lo que sería la población española con TEA. Dentro de las bases de datos que se utilizaron, se encontró que existen otras versiones de esta escala RBS – R, una versión en japonés y otra versión en italiano. De acuerdo a Fulceri, Narzisi, Apicella, Balboni, Baldini, Brocchini, Domenici, Cerullo, Igliazzi, Cosenza, Tancredi, Mauratori y Calderoni (2016), quienes realizaron la validación de la escala en el idioma italiano, se considera que el uso de esta escala incrementará el conocimiento que se tiene sobre la complejidad y variabilidad de las CRR y que su utilización mejorará los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se propongan para las personas con TEA.

Una de las principales limitaciones de este trabajo, fue el no haber sido posible aplicar la escala y por tanto comprobar que los ítems de dicha escala cumplieran con los parámetros estadísticos necesarios para ser considerados apropiados y que representen

aquello que se trata medir. Otra limitación reside en que el grupo de traductores que realizaron las traducciones inversas, fue muy pequeño, por lo que es posible que hubiesen surgido más discrepancias si se hubiera tenido en cuenta otras traducciones.

En relación a la escala, consideramos como una limitación el uso de progresiones analógicas visuales, debido a que es una medida subjetiva. Estas valoraciones, sin embargo, pueden ser de utilidad para el profesional evaluador, porque permiten obtener una impresión visual sobre cómo se siente el cuidador en relación a las conductas repetitivas que está mostrando la persona con TEA. Se trata de una limitación porque, en lugar de reflejar una puntuación, está indicando una postura o juicio de valor.

El desarrollo de esta escala traerá beneficios para la promoción de la salud de las personas con TEA, debido a que se propone utilizar esta herramienta como parte del conjunto de instrumentos de evaluación para confirmar una sospecha de TEA en el marco de un programa de cribado para lograr un diagnóstico temprano más certero, dando como resultado la posibilidad de plantear objetivos terapéuticos más precisos. Además, el uso de esta escala no se limita únicamente al que se le daría para diagnosticar, sino que también serviría como una herramienta para estimar el progreso en la reducción de la sintomatología de comportamientos repetitivos y restringidos en las personas con TEA como resultado de la intervención.

Es importante tener en cuenta que para promover un estado de bienestar futuro en las personas con TEA y que puedan realizar su vida de la forma más autónoma y cotidiana posible, es necesario que se utilicen estrategias de intervención o tratamientos adecuados. Para cerciorarnos de que las intervenciones estén siendo efectivas se debe medir el avance que obtenido con el individuo durante el período de tratamiento. La RBS – R, proporciona una Puntuación Global de Severidad que permite evaluar el estado general del individuo en cuanto al comportamiento repetitivo desde la primera evaluación y, ya que esta escala se puede aplicar de forma longitudinal, permite valorar si la intervención está siendo efectiva y ha cumplido con los objetivos planteados.

Por las razones descritas podemos concluir que para la comunidad del ámbito socio-sanitario, una herramienta como la escala RBS – R resultaría muy útil, por los múltiples usos que se le pueden dar a esta herramienta clínica.

5. Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V* (5ª ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Ausderau, K. K., Sideris, J., Furlong, M., Little, L. M., Bulluck, J., y Baranek, G. T. (2013). National survey of sensory features in children with ASD: Factor structure of the sensory experience questionnaire (3.0). *Journal of autism and developmental disorders*, 44(4), 915-925.
- Baranek, G. T., Watson, L. R., Boyd, B. A., Poe, M. D., David, F. J., y McGuire, L. (2013). Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays, and typically developing children. *Development and Psychopathology*, 25(02), 307-320
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. y Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17.
- Bodfish, J., Symons, F., Parker, D. y Lewis, M. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 237-243.
- Ben-Sasson, A., Cermak, S. A., Orsmond, G. I., Tager-Flusberg, H., Kadlec, M. B., y Carter, A. S. (2008). Sensory clusters of toddlers with autism spectrum disorders: Differences in affective symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 817-825.
- Cardoso, C., Gómez-Conesa, A. e Hidalgo, M. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32(6), 264-270. doi: 10.1016/j.ft.2010.05.001.
- Fulceri, F., Narzisi, A., Apicella, F., Balboni, G., Baldini, S., Brocchini, J., Domenici, I., Cerullo, S., Igliazzi, R., Cosenza, A., Tancredi, R., Mauratori, F. y Calderoni, S. (2016). Application of the repetitive behavior scale-revised –italian version- in preschoolers with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 48, 43-52. doi: 10.1016/j.ridd.2015.10.015.
- Guthrie, W., Swineford, L., Nottke, C. y Wetherby, A. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 582-590. doi: 10.1111/jcpp.12008.
- Green, D., Chandler, S., Charman, T., Simonoff, E. y Baird, G. (2016). Brief report: DSM-5 sensory behaviours in children with and without an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3597-3606.
- Harrop, C., McConachie, H., Emsley, R., Leadbitter, K., Green, J. y The PACT Consortium. (2014). Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders and typical development: Cross-sectional and longitudinal comparisons. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1207-1219. doi: 10.1007/s10803-013-1986-5.
- Hattier, M., Matson, J., Macmillan, K. y Williams, L. (2013). Stereotyped behaviours in children with autism spectrum disorder and atypical development as measured by the BPI-01. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(5), 291-300. doi: 10.3109/17518423.2012.727107.

- Knoch, K. (2012). *Repetitive and stereotyped behaviors from age 2 to age 4: a look at the development of high- and low-level repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders (Master's theses)*. Recuperado en http://digitalcommons.uconn.edu/gs_theses/309. Paper 309.
- Lai, M., Lombardo, M. y Baron-Cohen, S. (2013). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896-910. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1).
- Lam, K. (2004). *The repetitive behavior rating scale – revised: Independent validation and the effects of subject variables* (Unpublished doctoral dissertation). The Ohio State University, Columbus.
- Lam, K. y Aman, M. (2007). The repetitive behavior scale-revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 855-866. doi: 10.1007/s10803-006-0213-z.
- Leekam, S., Prior, M. y Uljarevic, M. (2011). Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders: A review of research in the last decade. *Psychological Bulletin*, 138(4), 562-593. doi: 10.1037/a0023341.
- Mottron, L., Dawson, M., y Soulières, I. (2009). Enhanced perception in savant syndrome: patterns, structure and creativity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1522), 1385-1391.
- Robertson, A. (2012). *Sensory experiences of individuals with autism spectrum disorders and autistic traits: a mixed methods approach (Doctoral theses)*. University of Glasgow, Scotland.
- Rodgers, J., Glod, M., Connolly, B. y McConachie, H. (2012). The relationship between anxiety and repetitive behavior in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2404-2409. doi: 10.1007/s10803-012-1531-y.
- Sánchez-Raya, A., Martínez-Gual, E., Moriana, J., Luque, B. y Alós, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 21, 55-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2014.04.001>.
- Schoen, S. A., Miller, L. J., y Green, K. E. (2008). Pilot study of the sensory over-responsivity scales: Assessment and inventory. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 393-406.
- Tavassoli, T., Bellesheim, K., Siper, P., Ting, A., Halpern, D., Gorenstein, M., Grodberg, D., Kolevzon, A. Y The National Institute of Mental Health. (s.f.). *Guía para padres sobre el trastorno del espectro autista* (pp. 1-30). SP 13-5511. Recuperado el 26 de octubre de 2016, en <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/gu-a-para-padres-sobre-el-trastorno-del-espectro-autista/index.shtml#pub12>.

Anexo I: Escala del Comportamiento Repetitivo – Revisada

ESCALA DEL COMPORTAMIENTO REPETITIVO- REVISADA (ECR-R)

Instrucciones:

Por favor puntuar el comportamiento del individuo mediante cada uno de los ítems que se enumeran y elegir la puntuación que mejor describa qué tanto problema representa ese ítem para la persona. Asegúrese de leer y puntuar todos los ítems enlistados. Realice su puntuación basándose en las observaciones e interacciones que haya tenido durante el último mes. Utilice las definiciones que se encuentran en el cuadro que aparece a continuación para puntuar cada ítem.

0 = el comportamiento no se produce
 1 = el comportamiento ocurre y es un problema leve
 2 = el comportamiento ocurre y es un problema moderado
 3 = el comportamiento ocurre y es un problema severo

Al final de cada sección, encontrará tres preguntas pidiéndole que califique los comportamientos de esa sección en términos de (a) con qué frecuencia ocurren, (b) en qué medida se altera la persona cuando se interrumpen los comportamientos repetitivos, y (c) cuánto interfieren los comportamientos con los eventos en curso. Para indicar la puntuación marque a lo largo de cada línea, la cual representa un rango de frecuencia y severidad. Por ejemplo, si la persona lleva a cabo esos comportamientos muchas veces durante el día, usted deberá poner una marca muy cerca del lado derecho:

Nunca  Constantemente

I. SUBESCALA DE COMPORTAMIENTO ESTEREOTIPADO

DEFINICIÓN: Movimientos sin propósito aparente o acciones que se repiten de una forma similar.

1. TODO EL CUERPO (balancear el tronco, balanceo del cuerpo)	0	1	2	3
2. CABEZA (círculos con la cabeza, asiente con la cabeza, gira la cabeza)	0	1	2	3
3. MANO/DEDOS (dar palmadas, mueve o cruje los dedos, aplaude, agita o sacude manos o brazos)	0	1	2	3
4. LOCOMOCIÓN (gira en círculos, da vueltas, salta, rebota)	0	1	2	3
5. USO DE OBJETOS (gira o le da vueltas a los objetos, golpea o lanza los objetos, deja que los objetos se caigan de sus manos)	0	1	2	3
6. SENSORIAL (se cubre los ojos, mira de cerca o contempla las manos o los objetos, cubre sus orejas, huele u olfatea los objetos, frota superficies)	0	1	2	3

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de los comportamientos descritos anteriormente (coloque una marca vertical (/) sobre la línea para mostrar su respuesta):

¿Con qué **frecuencia** ocurren?

Nunca  Constantemente

0 = el comportamiento no se produce
 1 = el comportamiento ocurre y es un problema leve
 2 = el comportamiento ocurre y es un problema moderado
 3 = el comportamiento ocurre y es un problema severo

III. SUBESCALA DE COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

DEFINICIÓN: Comportamiento que es repetido y se lleva a cabo de acuerdo a una regla, o involucra realizar cosas “porque sí”.

15. COLOCAR / ORDENAR (colocar ciertos objetos en un patrón o lugar en particular; necesidad de que las cosas estén iguales o simétricas)	0	1	2	3
16. COMPLETAR (debe tener las puertas abiertas o cerradas; tiene todos los elementos fuera de un recipiente o área)	0	1	2	3
17. LAVAR / LIMPIAR (limpia excesivamente ciertas partes del cuerpo; recoge las pelusas o hilos sueltos)	0	1	2	3
18. COMPROBAR (repetidamente comprueba las puertas, ventanas, cajones, electrodomésticos, relojes, cerraduras, etc.)	0	1	2	3
19. CONTAR (cuenta elementos u objetos; cuenta hasta cierto número o en cierta manera)	0	1	2	3
20. ACUMULAR / GUARDAR (colecciona, acumula o esconde elementos específicos)	0	1	2	3
21. REPETIR (necesita repetir eventos rutinarios; entrar / salir de la puerta, arriba / debajo de la silla, quitarse / ponerse la ropa)	0	1	2	3
22. TOCAR / GOLPEAR LIGERAMENTE (necesita tocar, golpear ligeramente, o frotar objetos, superficies o personas)	0	1	2	3

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de los comportamientos descritos anteriormente (coloque una marca vertical (/) sobre la línea para mostrar su respuesta):

¿Con qué frecuencia ocurren?

Nunca ◆—————◆ Constantemente

¿En qué medida se altera la persona si se le interrumpe?

Nada ◆—————◆ Extremadamente

¿Cuánto interfieren los comportamientos con los eventos en curso

Nada ◆—————◆ Interferencias severas

0 = el comportamiento no se produce
 1 = el comportamiento ocurre y es un problema leve
 2 = el comportamiento ocurre y es un problema moderado
 3 = el comportamiento ocurre y es un problema severo

IV. SUBESCALA DE COMPORTAMIENTO RITUALISTA

DEFINICIÓN: Realizar actividades de la vida diaria siempre de una manera similar.

23. COMIENDO / HORA DE COMER (prefiere/insiste fuertemente en comer/beber únicamente ciertas cosas; come o bebe elementos en un orden; insiste en que los elementos relacionados con las comidas estén dispuestos de una manera determinada)	0	1	2	3
24. DURMIENDO / HORA DE DORMIR (insiste en ciertas rutinas antes de dormirse; arregla ítems en la habitación “porque sí” antes de la hora de dormir; insiste en que ciertos objetos estén presentes con él/ella mientras duerme; insiste que otra persona esté presente antes de o mientras duerme)	0	1	2	3
25. AUTOCUIDADO – BAÑO Y VESTIRSE (insiste en un orden específico de actividades o tareas relacionadas al uso del baño, para lavarse, ducharse, bañarse o vestirse; arregla los elementos de una cierta forma en el baño o insiste que los objetos del baño no se muevan; insiste en utilizar ciertas prendas de vestir)	0	1	2	3
26. VIAJAR / TRANSPORTE (insiste en que se tomen ciertas rutas/caminos; debe sentarse en un lugar específico en los vehículos; insiste en que ciertos objetos estén presentes durante el viaje, por ejemplo, un juguete o material; insiste en ver o tocar ciertas cosas o lugares durante el viaje como un letrero o tienda)	0	1	2	3
27. JUEGO / OCIO (insiste en ciertas actividades de juego; sigue una rutina rígida durante el juego/ocio; insiste en que ciertos objetos estén presentes/disponibles durante el juego/ocio; insiste en que otras personas realicen ciertas cosas durante el juego)	0	1	2	3
28. COMUNICACIÓN / INTERACCIONES SOCIALES (repite ciertos temas durante las interacciones sociales; preguntas repetitivas; insiste en ciertos temas de conversación; insiste en que los otros digan ciertas cosas o respondan de cierta manera durante las interacciones)	0	1	2	3

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de los comportamientos descritos anteriormente (coloque una marca vertical (/) sobre la línea para mostrar su respuesta):

¿Con qué frecuencia ocurren?

Nunca ◆—————◆ Constantemente

¿En qué medida se altera la persona si se le interrumpe?

Nada ◆—————◆ Extremadamente

¿Cuánto interfieren los comportamientos con los eventos en curso

Nada ◆—————◆ Interferencias severas

0 = el comportamiento no se produce
 1 = el comportamiento ocurre y es un problema leve
 2 = el comportamiento ocurre y es un problema moderado
 3 = el comportamiento ocurre y es un problema severo

VI. SUBESCALA DE COMPORTAMIENTO RESTRINGIDO

DEFINICIÓN: Gama limitada de atención, interés o actividad.

40. Fascinación, preocupación con un tema o actividad (por ejemplo, trenes, ordenadores, clima, dinosaurios)	0	1	2	3
41. Fuertemente apegado a un objeto en específico	0	1	2	3
42. Preocupación con la parte(s) de un objeto en lugar del objeto completo (por ejemplo, botones en la ropa, los neumáticos en los carros de juguete)	0	1	2	3
43. Fascinación, preocupación por el movimiento/ cosas que se mueven (por ejemplo, ventilador, relojes)	0	1	2	3

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de los comportamientos descritos anteriormente (coloque una marca vertical (/) sobre la línea para mostrar su respuesta):

¿Con qué frecuencia ocurren?

Nunca ◆—————◆ **Constantemente**

¿En qué medida se altera la persona si se le interrumpe?

Nada ◆—————◆ **Extremadamente**

¿Cuánto interfieren los comportamientos con los eventos en curso

Nada ◆—————◆ **Interferencias severas**

0 = el comportamiento no se produce
 1 = el comportamiento ocurre y es un problema leve
 2 = el comportamiento ocurre y es un problema moderado
 3 = el comportamiento ocurre y es un problema severo

VII. SUBESCALA DE ASPECTOS SENSORIALES INUSUALES

DEFINICIÓN: Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno; sobreatención a ciertos estímulos sensoriales.

44. RESPUESTA ATÍPICA/INUSUAL A SONIDOS. (Encuentra ciertos sonidos como molestos o muy altos, responde de forma negativa a sonidos inesperados o altos, coloca sus manos para proteger sus oídos de los sonidos, no percibe o ignora ciertos estímulos auditivos).	0	1	2	3
45. DISCRIMINACIÓN AUDITIVA. (Se distrae si hay mucho ruido a su alrededor, aparenta que no escucha lo que se le dice, no puede trabajar sin ruido de fondo, no responde cuando se le llama por su nombre a pesar de que se sabe que escucha bien, le cuesta prestar atención).	0	1	2	3
46. SENSIBILIDAD TACTIL. (Expresa angustia durante el aseo, prefiere usar ropa con mangas largas o mangas cortas independientemente del clima, le desagrada caminar sobre ciertas superficies sin zapatos especialmente en la arena o la hierba, reacciona emotivamente o de forma agresiva al contacto físico, evita las salpicaduras de agua, tiene dificultad para permanecer formado en línea o cerca de otras personas, se frota o se rasca en el lugar donde ha sido tocado).	0	1	2	3
47. SENSIBILIDAD OLFATIVA/GUSTATIVA. (Evita ciertos sabores u olores de comidas, únicamente ingiere ciertos sabores, se limita a comer la comida con ciertas temperaturas, es selectivo con la comida que ingiere sobre todo en cuanto a la textura, huele su comida siempre, le molesta o se irrita con el olor de ciertos perfumes u olores, suele tocar u oler los objetos que se encuentran a su alrededor).	0	1	2	3
48. SENSIBILIDAD VISUAL. (Las luces brillantes le llaman la atención o le molestan, se queda ensimismado por estímulos visuales fuertes por ejemplo colores brillantes, luces brillantes u espejos, se cubre los ojos o parpadea rápidamente para protegerse de la luz).	0	1	2	3
49. SENSIBILIDAD AL MOVIMIENTO. (Se siente ansioso o se altera cuando sus pies no están tocando el suelo, teme caerse, le teme a las alturas, le desagrada ponerse de cabeza, le gusta observar cómo circulan los automóviles o las personas).	0	1	2	3
50. BUSCA SENSACIONES O NO RESPONDE A ELLAS. (Disfruta los sonidos extraños y los busca, busca todo tipo de movimientos y estos interfieren en sus rutinas diarias, se vuelve sobre excitado durante las actividades que involucren movimiento, toca a personas u objetos, va de una actividad a otra lo cual interfiere con su juego, se viste con la ropa doblada para crear ciertas sensaciones).	0	1	2	3
51. INDIFERENCIA APARENTE AL DOLOR/TEMPERATURA. (No se percata cuando se lastima, no muestra dolor, no manifiesta dolor o malestar cuando se encuentra enfermo).	0	1	2	3
52. ENERGÍA BAJA/ DEBILIDAD. (Aparenta tener músculos débiles, se cansa fácilmente, especialmente cuando debe estar de pie o en una posición en particular, tiene un agarre débil, no puede levantar objetos pesados, rinde por breves períodos de tiempo, se cansa rápidamente).	0	1	2	3

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de los comportamientos descritos anteriormente (coloque una marca vertical (/) sobre la línea para mostrar su respuesta):

¿Con qué frecuencia ocurren?

Anexo II: Escala original (The Repetitive Behavior Scale – Revised)

REPETITIVE BEHAVIOR SCALE – Revised (RBS-R)

Instructions:

Please rate this person’s behavior by reading each of the items listed and then choosing the score that best describes how much of a problem the item is for the person. Be sure to read and score all items listed. Make your ratings based on your observations and interactions with the person over the last month. Use the definitions in the box given below to score each item.

0 = behavior does not occur
 1 = behavior occurs and is a mild problem
 2 = behavior occurs and is a moderate problem
 3 = behavior occurs and is a severe problem

At the end of each section, there will be three questions asking you to rate that section’s behaviors in terms of (a) how frequently they occur, (b) how upset the person becomes when repetitive behaviors are interrupted, and (c) how much the behaviors interfere with ongoing events. You will indicate the score by marking along each line, which represents a range of frequencies and severities. For example, if this person does those behaviors many times a day you may put the mark quite close to the right side:



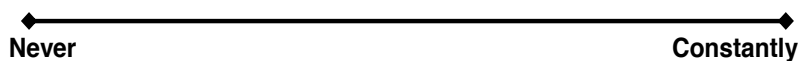
I. Stereotyped Behavior Subscale

(DEFINITION: **apparently purposeless movements or actions that are repeated in a similar manner**)

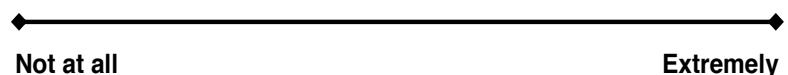
1	WHOLE BODY (Body rocking, Body swaying)	0	1	2	3
2	HEAD (Rolls head, Nods head, Turns head)	0	1	2	3
3	HAND/FINGER (Flaps hands, Wiggles or flicks fingers, Claps hands, Waves or shakes hand or arm)	0	1	2	3
4	LOCOMOTION (Turns in circles, Whirls, Jumps, Bounces)	0	1	2	3
5	OBJECT USAGE (Spins or twirls objects, Twiddles or slaps or throws objects, Lets objects fall out of hands)	0	1	2	3
6	SENSORY (Covers eyes, Looks closely or gazes at hands or objects, Covers ears, Smells or sniffs items, Rubs surfaces)	0	1	2	3

Please answer the following questions about the behaviors described above (put a vertical mark (|) on the line to show your answer):

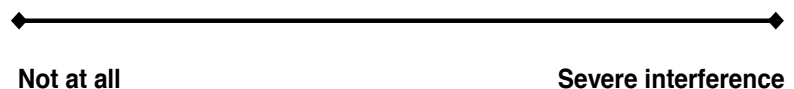
How **often** do they happen?
 (If **Never**, skip to Section II)



How **upset** does this person get when interrupted?



How much do these behaviors **get in the way of ongoing events**?



0 = behavior does not occur
 1 = behavior occurs and is a mild problem
 2 = behavior occurs and is a moderate problem
 3 = behavior occurs and is a severe problem

II. Self-Injurious Behavior Subscale

(DEFINITION: movement or actions that have the potential to cause redness, bruising, or other injury to the body, and that are repeated in a similar manner)

7	HITS SELF WITH BODY PART (Hits or slaps head, face, or other body area)	0	1	2	3
8	HITS SELF AGAINST SURFACE OR OBJECT (Hits or bangs head or other body part on table, floor or other surface)	0	1	2	3
9	HITS SELF WITH OBJECT (Hits or bangs head or other body area with objects)	0	1	2	3
10	BITES SELF (Bites hand, wrist, arm, lips or tongue)	0	1	2	3
11	PULLS (Pulls hair or skin)	0	1	2	3
12	RUBS OR SCRATCHES SELF (Rubs or scratches marks on arms, leg, face or torso)	0	1	2	3
13	INSERTS FINGER OR OBJECT (Eye-poking, Ear-poking)	0	1	2	3
14	SKIN PICKING (Picks at skin on face, hands, arms, legs or torso)	0	1	2	3

Please answer the following questions about the behaviors described above (put a vertical mark (/) on the line to show your answer):

How **often** do they happen?
 (If **Never**, skip to Section II) **Never** **Constantly**

How **upset** does this person get when interrupted?
Not at all **Extremely**

How much do these behaviors **get in the way of ongoing events**?
Not at all **Severe interference**


0 = behavior <u>does not occur</u> 1 = behavior occurs and is a <u>mild</u> problem 2 = behavior occurs and is a <u>moderate</u> problem 3 = behavior occurs and is a <u>severe</u> problem
--

III. Compulsive Behavior Subscale


(DEFINITION: behavior that is repeated and is performed according to a rule, or involves things being done “just so”)

15	ARRANGING / ORDERING (Arranges certain objects in a particular pattern or place; Need for things to be even or symmetrical)	0	1	2	3
16	COMPLETENESS (Must have doors opened or closed; Takes all items out of a container or area)	0	1	2	3
17	WASHING / CLEANING (Excessively cleans certain body parts; Picks at lint or loose threads)	0	1	2	3
18	CHECKING (Repeatedly checks doors, windows, drawers, appliances, clocks, locks, etc.)	0	1	2	3
19	COUNTING (Counts items or objects; Counts to a certain number or in a certain way)	0	1	2	3
20	HOARDING/SAVING (Collects, hoards or hides specific items)	0	1	2	3
21	REPEATING (Need to repeat routine events; In / out door, up / down from chair, clothing on/off)	0	1	2	3
22	TOUCH / TAP (Need to touch, tap, or rub items, surfaces, or people)	0	1	2	3


Please answer the following questions about the behaviors described above (put a vertical mark (/) on the line to show your answer):

How **often** do they happen?
(If **Never**, skip to Section II) 

Never **Constantly**

How **upset** does this person get when interrupted? 

Not at all **Extremely**

How much do these behaviors **get in the way of ongoing events?** 

Not at all **Severe interference**

0 = behavior does not occur
 1 = behavior occurs and is a mild problem
 2 = behavior occurs and is a moderate problem
 3 = behavior occurs and is a severe problem

IV. Ritualistic Behavior Subscale

(DEFINITION: performing activities of daily living in a similar manner)

23	EATING / MEALTIME (Strongly prefers/insists on eating/drinking only certain things; Eats or drinks items in a set order; Insists that meal related items are arranged in a certain way)	0	1	2	3
24	SLEEPING / BEDTIME (Insists on certain pre-bedtime routines; Arranges items in room “just so” prior to bedtime; Insists that certain items be present with him/her during sleep; Insists that another person be present prior to or during sleep)	0	1	2	3
25	SELF-CARE – BATHROOM AND DRESSING (Insists on specific order of activities or tasks related to using the bathroom, to washing, showering, bathing or dressing; Arranges items in a certain way in the bathroom or insists that bathroom items not be moved; Insists on wearing certain clothing items)	0	1	2	3
26	TRAVEL / TRANSPORTATION (Insists on taking certain routes/paths; Must sit in specific location in vehicles; Insists that certain items be present during travel, e.g., toy or material; Insists on seeing or touching certain things or places during travel such as a sign or store)	0	1	2	3
27	PLAY / LEISURE (Insists on certain play activities; Follows a rigid routine during play / leisure; Insists that certain items be present/available during play/leisure; Insists that other persons do certain things during play)	0	1	2	3
28	COMMUNICATION / SOCIAL INTERACTIONS (Repeats same topic(s) during social interactions; Repetitive questioning; Insists on certain topics of conversation; Insists that others say certain things or respond in certain ways during interactions)	0	1	2	3

Please answer the following questions about the behaviors described above (put a vertical mark (✓) on the line to show your answer):

- How **often** do they happen?
(If Never, skip to Section II) ◆—————◆
Never **Constantly**
- How **upset** does this person get
 when interrupted? ◆—————◆
Not at all **Extremely**
- How much do these behaviors **get**
in the way of ongoing events? ◆—————◆
Not at all **Severe interference**

<p>0 = behavior <u>does not occur</u></p> <p>1 = behavior occurs and is a <u>mild</u> problem</p> <p>2 = behavior occurs and is a <u>moderate</u> problem</p> <p>3 = behavior occurs and is a <u>severe</u> problem</p>

V. Sameness Behavior Subscale

(DEFINITION: (resistance to change, insisting that things stay the same)

29	Insists that things remain in the same place(s) (e.g. toys, supplies, furniture, pictures, etc.)	0	1	2	3
30	Objects to visiting new places	0	1	2	3
31	Becomes upset if interrupted in what he/she is doing	0	1	2	3
32	Insists on walking in a particular pattern (e.g., straight line)	0	1	2	3
33	Insists on sitting at the same place	0	1	2	3
34	Dislikes changes in appearance or behavior of the people around him/her	0	1	2	3
35	Insists on using a particular door	0	1	2	3
36	Likes the same CD, tape, record or piece of music played continually; Likes same movie / video or part of movie / video	0	1	2	3
37	Resists changing activities; Difficulty with transitions	0	1	2	3
38	Insists on same routine, household, school or work schedule everyday	0	1	2	3
39	Insists that specific things take place at specific times	0	1	2	3

Please answer the following questions about the behaviors described above (put a vertical mark (/) on the line to show your answer):

How **often** do they happen?
*(If **Never**, skip to **Section II**)*

◆—————◆
Never **Constantly**

How **upset** does this person get
when interrupted?

◆—————◆
Not at all **Extremely**

How much do these behaviors **get**
in the way of ongoing events?

◆—————◆
Not at all **Severe interference**

Anexo III: Suplemento original para calificar la RBS – R

Scoring Supplement for the Repetitive Behavior Scale—Revised

The following is an alternative 5-subscale scoring solution for the RBS-R as detailed by:

Lam, K.S.L. (2004). The Repetitive Behavior Scale—Revised: Independent validation and the effects of subject variables. Unpublished doctoral dissertation, The Ohio State University, Columbus.

INSTRUCTIONS: Please fill in score (0 to 3) endorsed for each corresponding question on the RBS—R (e.g., “1” refers to question number 1 on the RBS—R). *Note: several items on the RBS-R are not included in this scoring algorithm.*

After filling in the ratings, sum each column to obtain a subscale score. Then, count the number of items endorsed for each subscale (any rating other than zero). Last, total the subscale scores and endorsement scores.

I: Stereotypic Behavior Subscale	II: Self-Injurious Behavior Subscale	III: Compulsive Behavior Subscale	IV: Ritualistic / Sameness Behavior Subscale	V: Restricted Interests Subscale
1. _____	7. _____	15. _____	26. _____	36. _____
2. _____	8. _____	16. _____	27. _____	40. _____
3. _____	9. _____	17. _____	28. _____	41. _____
4. _____	10. _____	18. _____	30. _____	
5. _____	11. _____	19. _____	31. _____	
6. _____	12. _____	20. _____	32. _____	
22. _____	13. _____		33. _____	
42. _____	14. _____		34. _____	
43. _____			35. _____	
			37. _____	
			38. _____	
			39. _____	
Subscale I Score: _____ (sum of the above ratings)	Subscale II Score: _____ (sum of the above ratings)	Subscale III Score: _____ (sum of the above ratings)	Subscale IV Score: _____ (sum of the above ratings)	Subscale V Score: _____ (sum of the above ratings)
Number endorsed: _____	Number endorsed: _____	Number endorsed: _____	Number endorsed: _____	Number endorsed: _____

Total Score (sum of all five subscale scores): _____

Total Number Endorsed (sum of all five subscales numbers endorsed): _____

Global Rating Score (Parent Global Impression, 1-100, page 7 of RBS-R): _____

Anexo IV: Traducción del suplemento para calificar la Escala de Conductas Repetitivas – Revisada

La siguiente es una solución alternativa de 5 – subescalas para calificar la ECR – R (RBS – R) como detalla:

Lam, K.S.L. (2004). *The Repetitive Behavior Scale – Revised: Independent validation and the effects of subject variables*. Unpublished doctoral dissertation, The Ohio State University, Columbus.

INSTRUCCIONES: Por favor llenar la puntuación (0 a 3) correspondiente a cada pregunta en el ECR – R (por ejemplo, “1” se refiere a la pregunta número 1 en la ECR – R). *Nota: varios ítems en la ECR – R no están incluidos en este algoritmo de puntuación.* Después de rellenar las puntuaciones, sume cada columna para obtener la puntuación de la subescala. Después, cuente el número de ítems contestados para cada subescala (otra puntuación diferente a cero). Por último, saque el total de las puntuaciones de las subescalas y las puntuaciones contestadas.

I: Subescala de Comportamiento Estereotipado	II: Subescala de Conductas Autolesivas	III: Subescala de Comportamiento Compulsivo	IV: Subescala de Comportamiento Ritualista / Monótono	V: Subescala de Comportamiento Restringido
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 22. _____ 42. _____ 43. _____	7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____	15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____	26. _____ 27. _____ 28. _____ 30. _____ 31. _____ 32. _____ 33. _____ 34. _____ 35. _____ 37. _____ 38. _____ 39. _____	36. _____ 40. _____ 41. _____
Puntuación Subescala I: _____ (Suma de las puntuaciones anteriores)	Puntuación Subescala II: _____ (Suma de las puntuaciones anteriores)	Puntuación Subescala III: _____ (Suma de las puntuaciones anteriores)	Puntuación Subescala IV: _____ (Suma de las puntuaciones anteriores)	Puntuación Subescala V: _____ (Suma de las puntuaciones anteriores)
Número contestadas: _____	Número contestadas: _____	Número contestadas: _____	Número contestadas: _____	Número contestadas: _____

Puntuación Total (suma de las cinco puntuaciones de las subescalas): _____

Número Total de Contestadas (suma de las cinco subescalas de número contestadas): _____

Puntuación de la Valoración Global: (Impresión Global de los Padres, 1-100, página 7 del ECR – R): _____