

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Psicología General Sanitaria

Segundo semestre

Estudio comparativo: comunicación e interacción social, conductas repetitivas y problemas de comportamiento en pacientes adoptados y no adoptados con sospecha de Trastorno del Espectro Autista

Laia Graupera Portell

Tutorizado por Meritxell Pacheco

15 de enero del 2018

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

c. Císter, 34
08022 Barcelona

www.blanquerna.edu

Estudio comparativo: Comunicación e interacción social, conductas repetitivas y problemas de comportamiento en pacientes adoptados y no adoptados con sospecha de Trastorno del Espectro Autista

Comparative study: Communication and social interaction, repetitive behaviour and behavioral problems in adopted and non-adopted patients with suspicion of Autism Spectrum Disorder

Laia Graupera Portell

Universidad Ramon Llull

Resumen

Un gran número de pacientes adoptados presentan sospecha de TEA, pero no todos cumplen todos los criterios para confirmar este diagnóstico. Para conocer más sobre las diferencias que se producen para corroborar el diagnóstico de TEA en niños y adolescentes adoptados en comparación con los no adoptados, se ha analizado la puntuación obtenida de las escalas de afectación social y conductas repetitivas (ADOS-2), el CI (Escala de Inteligencia Weschler), los problemas de comportamiento, externalizantes e internalizantes (CBCL), en una muestra de 21 pacientes adoptados con sospecha o diagnóstico de TEA y de 21 pacientes no adoptados con diagnóstico de TEA. Dentro del grupo de pacientes adoptados, 12 también presentaban sospecha o diagnóstico de SAF. Asimismo, también se han analizado las variables estudiadas anteriormente haciendo una comparación entre los pacientes con sospecha o diagnóstico de SAF con los que no presentan el diagnóstico. Los resultados han puesto de manifiesto que en la muestra de adoptados hay diferencias significativas en el CI en comparación con los no adoptados, no obstante, dentro el grupo de adoptados, los que tienen sospecha o diagnóstico de SAF obtienen un CI significativamente menor en comparación a los que no tienen SAF. Finalmente, se observan diferencias estadísticamente significativas en las conductas repetitivas y en el CI de los pacientes con sospecha o diagnóstico de SAF respecto de los pacientes con TEA.

Palabras clave: Interacción social, comunicación social, estereotipias, cognición, adopción, Trastorno del Espectro Autista, Síndrome del Alcoholismo fetal.

Abstract

A large number of adopted patients have suspected ASD, but not all comply all the criteria to confirm this diagnosis. To know more about the differences that occur to corroborate the diagnosis of ASD in children and adolescents adopted with those not adopted, we have

analyzed the score obtained from the scales of social affectation and repetitive behaviors (ADOS-2), the IQ (Scale of Weschler Intelligence), behavior problems, externalizing and internalizing problems (CBCL), in a sample of 21 patients adopted with suspicion or diagnosis of ASD and of 21 patients not adopted with a diagnosis of ASD. Within the group of adopted patients, 12 also had suspicion or diagnosis of APS. Likewise, the variables studied previously have also been analyzed, making a comparison between patients with suspicion or diagnosis of APS with those who are not diagnosed. The results have appeared in the IQ comparison with those adopted, however, within the group of adoptees, those who suspect or diagnose APS at a lower rate compared to those who don't have APS. Finally, significant differences were observed in the repetitive behaviors and in the IQ of patients with suspicion or diagnosis of APS with patients with ASD.

Keywords: Social interaction, social communication, stereotypes, cognition, adoption, Autism Spectrum Disorder, Fetal Alcohol Syndrome.

Los niños adoptados son un grupo de alto riesgo de presentar diferentes trastornos del neurodesarrollo, patología psíquica y/o médica (Hernández-Muela, Mulas, Téllez y Rosselló, 2003); principalmente en los procesos de adopción internacional (Callejón-Póo et al., 2011). Según las últimas estadísticas del Ministerio General de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), durante el período 1997-2011 se produjo un incremento del número de adopciones internacionales (destacando los años 2005 y 2008, en los cuales se produjeron más de 5.000 adopciones internacionales), siendo China el país pionero, seguido de Rusia. Desde entonces, la adopción internacional ha ido en decrecimiento, dando más peso a la adopción nacional. Las estadísticas señalan que desde el año pasado han incrementado el número de adopciones nacionales, concretamente de 1.431 a 2.872 niños en España.

El estado de salud de los niños adoptados está afectado por las condiciones socioeconómicas y sanitarias de los países de origen (Callejón-Póo et al., 2011; Hernández-Muela et al., 2003). Callejón-Póo et al. (2011) describen una serie de factores que influyen en el estado de salud: las condiciones sociales y sanitarias de cada uno de los países.

Una gran parte del número de adopciones que se producen en España son procedentes de Asia, principalmente de China. Los orfanatos de China disponen de unas condiciones sanitarias precarias, aunque en los últimos años su calidad ha mejorado. En China hay una alta prevalencia de intoxicación por plomo, cuyas pueden llegar a producir manifestaciones neuropsicológicas. Los problemas más comunes en niños adoptados de China son la malnutrición y los retrasos en el desarrollo (Hernández-Muela et al., 2003).

En Latinoamérica, las condiciones socioeconómicas y sanitarias más comunes en relación a la adopción son los abandonamientos en la calle de los niños, la delincuencia

juvenil, la explotación laboral infantil y la pobreza extrema. Debido a estas condiciones, presenta una alta tasa de patologías infecciosas (Hernández-Muela et al., 2003).

Los países de Europa del Este, sus condiciones socioeconómicas y sanitarias son muy precarias, existe muy poco control médico, y los niños procedentes de allí acostumbra a pasar más tiempo en instituciones, conllevando más probabilidad de obtener problemas en el desarrollo. En Rumania se han estudiado más las condiciones y consecuencias de las instituciones, y se considera que esta población adoptada es la que presenta más riesgo (Hernández-Muela et al., 2003). Los niños procedentes de un orfanato rumano presentan más problemas alimentarios, debido a que el cuerpo de los niños no está acostumbrado a ingerir comida; además, también presentan problemas al ingerir sólidos, debido a que en el orfanato presentan la ingesta líquida hasta los dos años (Fisher, Ames, Chisholm y Savoie, 1997). El abuso de tóxicos, principalmente alcohol en la zona de Europa del Este es más abundante que en otros países (Hernández-Muela et al., 2003). Hernández-Muela et al. (2003) destacan la alta prevalencia de niños con problemas de relación psicosocial, comportamiento autista y problemas conductuales con un pronóstico incierto, debido a la falta de información sobre sus antecedentes personales y familiares.

Los antecedentes familiares biológicos son datos de interés médico y muy poco accesibles (Hernández-Muela et al., 2003; Keyes, Sharma, Elkins, Iacono y McGue, 2008). Los problemas perinatales y neonatales influyen mayormente en la prevalencia de desarrollar trastornos del neurodesarrollo. En la investigación de Hernández-Muela et al. (2003), se observa una alta prevalencia de antecedentes familiares de riesgo (principalmente por parte de la madre) para el niño, destacando el abuso de tóxicos en la gestación, el VIH, trastornos mentales y discapacidad cognitiva. La exposición intrauterina de opiáceos y otros tóxicos puede producir una labilidad especial en las funciones perceptivas y visomotoras, determinando la aparición de problemas en el desarrollo de las

funciones perceptivas y de aprendizaje, al igual que la malnutrición (Hernández-Muela et al., 2003). Cuando se produce una alteración de la percepción de caras y emociones se genera la imposibilidad de inferir segundas intenciones, comprender miradas, deseos y conductas de los otros, lo que afecta gravemente la conducta social. No reconocer las emociones, genera una pobre cognición social, afectando al desarrollo habilidades sociales (Ruggieri, 2013).

Los Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) son trastornos del neurodesarrollo graves con mayor prevalencia en niños adoptados (Hernández-Muela et al., 2003). El TEA comprende un grupo heterogéneo de trastornos en su etiología (Hervás, Balmaña, Salgado, 2017) y en la manera de presentar su repercusión en la capacidad de interacción social recíproca y comunicación social, junto con la presencia intereses restrictivos, conductas repetitivas y anomalías sensoriales (APA, 2013). No obstante, el déficit que se produce en la interacción social no es absoluto, y sus conductas sociales son distintas según su nivel cognitivo, la etapa del desarrollo en la que se encuentran y el tipo de estructura social que observan los propios sujetos (Alessandri, Mundy y Tuchman, 2005; Hervás et al., 2017). Los niños con TEA también presentan diferentes grados de afectación en el funcionamiento del lenguaje y en la adaptación funcional (Hervás et al., 2017). Se ha contemplado que la privación psicosocial que se produce dentro del orfanato se asocia con conductas estereotipadas (Bos, Zeanah, Smyke, Fox y Nelson, 2010). Las estereotipias son movimientos involuntarios, rítmicos, repetitivos y suprimibles con la ayuda de la distracción. Presentan una forma inusual, formando parte de un patrón, con lo cual, tienden a ser predecibles. Las conductas estereotipadas no presentan una relación significativa con padecer una discapacidad cognitiva y/o un trastorno del neurodesarrollo, sin embargo, se ha observado que la presencia de estereotipias motoras precoces y con un Coeficiente Intelectual (CI) medio prevalecen más problemas del neurodesarrollo, poca

respuesta a los psicofármacos y, por tanto, más probabilidades de que el curso sea crónico (Harris, Mahone y Singer, 2008). A nivel motor, las estereotipias más comunes se producen moviendo las manos o el cuerpo de forma rítmica (Harris et al., 2008; Martínez y Cuesta, 2012). Estas se diferencian con las estereotipias manifestadas por personas con discapacidad intelectual por la intensidad en el tiempo y en la frecuencia en la que se reproducen (Bodfish, 2011, citado en Martínez y Cuesta, 2012). No obstante, no todos los niños con movimientos estereotipados tienen un problema del neurodesarrollo (Harris et al., 2008).

Presentar estereotipias durante el primer año es algo normal, sin embargo, se ha observado que los niños que han sido institucionalizados mantienen estos movimientos más tiempo (Fisher et al., 1997); no obstante, se ha comprobado que las maneras de intervenir de los cuidadores en los orfanatos moderan las estereotipias que mantiene el niño (Bos et al., 2010). En la investigación de Bos et al. (2010), describieron que los niños que siguen teniendo conductas estereotipadas en el momento de post-adopción tienen el lenguaje y la cognición más deteriorados en comparación con aquellos que dejan de presentar estereotipias. Cabe diferenciar cuando un movimiento estereotipado forma parte de un TEA y cuando no. En el caso de los niños con TEA, realizan conductas repetitivas sin una meta aparente (Szatmari et al., 2006). En cambio, en los niños adoptados, Fisher et al. (1997), describieron que los niños institucionalizados manifestaban dificultad de interrupción de la conducta estereotipada de balanceo, cuyos dificultaban el desarrollo del niño. Realizan el movimiento con una finalidad de autoestimulación frente a situaciones que pueden ser frustrantes y, además, los movimientos estereotipados pueden tener la función de antiestresante. De este modo, en los orfanatos rumanos se observó que el lloro de los niños no llamaba la atención de los cuidadores, pero si el continuo balanceo. La adopción puede implicar un cambio favorable en el medioambiente, siendo un entorno

cognoscitivo más rico y emocionalmente más seguro, la cual cosa, puede potenciar que el niño/a adoptado mejore su desarrollo cognitivo a partir del momento de la adopción. Por tanto, la mayoría de niños adoptados se adaptan y se relacionan como el promedio de los otros niños (Van Ijzendoorn, Juffer y Klein, 2005). Harris et al. (2008), refieren que la presencia de estereotipias motoras puede depender del cuidado, del desarrollo en el aula y de la presencia de buenas habilidades sociales.

En un estudio, se observó que en la escuela, los niños adoptados que necesitaban educación especial, eran el doble en comparación a aquellos no adoptados. La mayoría requerían apoyo educacional debido a problemas de aprendizaje. No obstante, es necesario destacar que probablemente, su rendimiento es mucho mejor en comparación a sus compañeros que se quedaron en la institución (Van Ijzendoorn et al., 2005); sin embargo, la cognición no está vinculada con el juego, ya que en el estudio de Daunhauen, Coster, Tickle-Degnen y Cermak (2010), los niños institucionalizados hacían el mismo tipo de juego simbólico que aquellos que no lo eran. El juego interactivo e imaginativo es poco frecuente en los niños adoptados, y generalmente, en el orfanato, el juego consiste en apropiarse de un juguete e impedir que los demás niños puedan jugar con ese (Ochando, Peris, Millán y Loño, 2007).

Las dificultades en el desarrollo comunicativo y lingüístico es una de las primeras señales de alarma para el diagnóstico de TEA (Martínez y Cuesta, 2012). Se han identificado mecanismos cognitivos alterados, como la memoria de trabajo, la capacidad de inhibición de respuesta y el lenguaje en sujetos con diagnóstico de TDAH, Trastorno específico del lenguaje y en el TEA. Cabe destacar que la memoria de ya que el lenguaje se usa tanto para expresar y comprender como para pensar. Similarmente ocurre en el cuaderno visual, que tiene la misma función que el bucle fonológico, pero a partir de representaciones con imágenes (Artigas-Pallarés, Rigau-Ratera y García-Nonell, 2007). El

lenguaje es sensible a factores ambientales y biológicos, reflejándose en su desarrollo y expresión. La pobreza, la deprivación social y la desnutrición en la primera infancia influyen en la vulnerabilidad del lenguaje (González, De Casas, Monsalve y Martos, 2017). Estos factores tienden a padecerlos los niños adoptados en el momento de la preadopción. Por tanto, la dificultad de desarrollar el lenguaje es una característica que se puede observar tanto en niños con TEA como en niños adoptados (Hernández-Muela et al., 2003). Sin embargo, la adquisición de una nueva lengua en niños adoptados tiende a seguir las mismas etapas que en el desarrollo tradición, no obstante, puede estar afectada por la edad del niño en el momento de adopción y el tiempo de institución; es decir, como más tardía y más tiempo permanezca en la institución, más probabilidades hay de adquirir un retraso en la adquisición del lenguaje (González, et al. 2017). Los pacientes con TEA muestran especialmente dificultades en la comunicación no verbal (Martínez y Cuesta, 2012).

Teniendo en cuenta los problemas externalizantes que manifiestan los pacientes con TEA, existe comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos con impacto negativo en el funcionamiento y en el desarrollo del niño (Martínez y Cuesta, 2012). El diagnóstico de TDAH presenta alta comorbilidad en la muestra del grupo de pacientes con diagnóstico trabajo está compuesta por el llamado bucle fonológico, que tiene que ver con las representaciones verbales que llevamos a la mente, es decir, cuando el pensamiento aporta información codificada en palabras. Los sujetos con TEA presentan dificultades en el bucle fonológico, de TEA, sin embargo, cabe destacar que existen comportamientos similares con otras causas subyacentes. En el caso de los niños con TEA, los comportamientos similares al TDAH pueden ser debidos a las dificultades comunicativas o de comprensión social (Martínez y Cuesta, 2012); por tanto, no es debido a los problemas atencionales o de impulsividad como se produce en el caso del TDAH. Por otro

lado, Deprey y Ozonoff (2009, citado en Martínez y Cuesta, 2012) describen que algunos autores consideran que los problemas de atención de las personas con TEA son distintos al TDAH porque presenta dificultad para cambiar el foco atencional y la distrabilidad interna, lo contrario que ocurre en el TDAH, donde la dificultad es establecer el foco atencional y la distrabilidad es debida a eventos externos. En el caso de los niños con TEA, como más pequeños son, más se manifiesta la hiperactividad, por tanto, en la edad adulta tiende a desaparecer, mientras que la desatención y la distrabilidad permanecen a lo largo de la vida (Martínez y Cuesta, 2012). En el estudio de Wiik, et al. (2010), concluyeron que los niños post-institucionalizados presentan mayor riesgo de padecer TDAH en relación con los niños adoptados internacionalmente y los niños no adoptados. En cambio, los problemas externalizantes no aparecen cuanto más temprana se produce la institucionalización, lo mismo que ocurre en los casos donde la adopción internacional se ha producido tempranamente. También estudiaron la aparición de problemas internalizantes, donde obtuvieron que los niños post-institucionalizados tienden a luchar para mejorar su gestión emocional frente a sus preocupaciones, por tanto, muchos tienden a trabajar con un profesional de la salud mental para disminuir el riesgo que padecen en la adolescencia de sufrir problemas mentales.

Los niños adoptados tienden a presentar más dificultades en el rendimiento escolar en comparación con sus compañeros de clase, con lo que se considera que es debido a los problemas socioemocionales que presentan (Kaler y Freeman, 1994; Van Ijzendoorn et al., 2005). La presencia de problemas emocionales y de comportamiento está asociada a la situación de falta de afecto y de estimulación durante el período de institución (Hernández-Muela et al., 2003; Keyes et al., 2008). En el estudio de Kaler y Freeman (1994), analizaron la privación ambiental que se producía en los orfanatos de Rumanía, y observaron que los niños interactuaban más entre iguales que con los cuidadores,

independientemente del tiempo que llevarán institucionalizados, la edad de entrada en el orfanato, el test de Apgar ni el peso al nacer. También observaron que la poca estimulación provoca una conducta más pasiva al niño, con una actitud tranquila y sin iniciativa para acercarse a los demás.

También, se observa una elevada comorbilidad de sintomatología de ansiedad, trastornos de conducta o trastornos del estado de ánimo, las cuales son a veces respuesta a las dificultades de relación entre iguales (DeRosier, Swick, Ornstein, Sturtz, y Matthews, 2011), siendo la adolescencia el período más prevalente, sobre todo en los casos de adopción nacional (Juffer y Van Ijzendoorn, 2005; Keyes, et al., 2008). Sin embargo, cuanto más edad tiene el niño en el momento de la adopción, más probabilidades tiene de presentar problemas de comportamiento, muy determinado por los sucesos ambientales durante el periodo previo a la adopción (Fisher et al., 1997). La capacidad de regular las emociones también depende de cómo es el impacto de la adopción en el funcionamiento de cada individuo (Juffer y Van Ijzendoorn, 2005; Keyes, et al., 2008). Algunos investigadores, consideran que la predisposición de padecer sintomatología internalizante puede ser debida a las propias alteraciones de la sustancia blanca cerebral que se han encontrado en los pacientes con TEA, aunque esta hipótesis aún requiere más investigación (Martínez y Cuesta, 2012).

Los problemas de desarrollo social son uno de los más llamativos en el diagnóstico de TEA, manifestándose con aislamiento respecto los demás y otros problemas de relación (Martínez y Cuesta, 2012). Esta área, también se puede ver afectada en los niños adoptados, debido a la privación y a la falta de estímulo que han padecido en los orfanatos (Hernández-Muela et al., 2003; Keyes et al., 2008), a la vez que produce problemas emocionales y comportamentales (Hernández-Muela et al., 2003), tal y como ocurre en muchos casos de niños con TEA (Hervás et al., 2017). Los problemas de

afectación social, en los niños con TEA, tienden a presentarse desde muy pequeños, afectando de este modo a la construcción del conocimiento social (Martínez y Cuesta, 2012). La sensibilidad de los padres adoptivos predice el desarrollo social del niño en la adolescencia, independientemente del temperamento y del tiempo que haya sido institucionalizado (Jaffari-Bimmel, Juffer, Van Ijzendoorn, Barkermans-Kranenburg y Mooijaart, 2006).

La población adoptada presenta mayor riesgo de presentar trastornos del neurodesarrollo y del vínculo, por este motivo es importante tener en cuenta las relaciones hijos-padre de las familias adoptivas, ya que en período previo a la adopción y en los primeros años de adopción, esta debe ser monitorizada (Ochando et al., 2007). La favorable estructura familiar y la interacción con familia, el nivel escolar, el género y la clase social está asociada a menores problemas de conducta, de personalidad y delincuencia social, mayormente en el caso las niñas adoptadas (Keyes et al., 2008).

El diagnóstico más relevante en niños adoptados procedentes de Rusia, Ucrania y Kazajstán es el Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), posicionando en menor relevancia el diagnóstico de TEA (Oliván, 2009). El SAF es el conjunto de síntomas que se producen en el desarrollo del embrión y/o del feto por el consumo del alcohol materno durante el período de gestación (Alcantud, Alonso y Jiménez, 2012). Por tanto, el SAF no es un trastorno genético, ya que existe una causa tóxica, una interacción genético-ambiental (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). Según la OMS (2017), los países que más litros consumieron de alcohol puro por persona (mayores de 14 años) fue Lituania (18,2l) seguido de Bielorrusia (16,4l), Federación Rusa (13,9l) y Rumania (13,7l) y República Checa (13,7l). En estas estadísticas, España se encuentra con un consumo de 9,2 litros de alcohol puro por persona. Además, se observa que los informes médicos de Rusia suelen ofrecer más información sobre los antecedentes sociosanitarios de la familia biológica

(Oliván, 2009). No obstante, se ha comprobado que hay numerosos casos diagnósticos preadoptivos de patología grave del SNC, a pesar de que en realidad la mayoría no padece problemas neurológicos, sino retraso en el desarrollo psicomotor en una o más áreas (Oliván, 2005). En la mayoría de países, los informes médicos previos a la adopción suelen estar incompletos, describen información errónea o están mal traducidos (Hernández-Muela, et al., 2003; Oliván, 2005; Oliván, 2009).

En el ámbito de las enfermedades neuropsicológicas infantojuveniles, el alcoholismo materno-fetal se considera como una de las causas más potentes para desarrollar TEA y/o TDAH (Gustavo, 2010). La exposición al etanol durante el período de gestación puede producir una serie de afectaciones, cuyos efectos se agrupan en el grupo de Trastornos del Espectro de Alcoholismo Fetal (TEAF) (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Gustavo, 2010; López y Áran-Filippetti, 2014). Para hacer este diagnóstico se debe tener una evidencia o alta sospecha de consumo de alcohol durante la gestación (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

A lo largo del tiempo, las alteraciones observables en los hijos de madres alcohólicas, y relacionadas con el consumo gestacional de etanol, se han reunido en el CIE-10 en un grupo denominado Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) (Gustavo, 2010). El SAF es la consecuencia más severa de la exposición al alcohol durante la gestación (López y Áran-Filippetti, 2014). Se caracteriza por la disfunción del SNC, retraso del crecimiento, rasgos faciales típicos (fisuras palpebrales angostas, nariz corta y hacia arriba, labio superior fino y surco nasolabial no definido) y existencia de malformaciones mayores o menores. Por tanto, el diagnóstico de SAF se puede hacer sin tener constancia de dicha exposición (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Bishop, Gahagan y Lord, 2007; López y Áran-Filippetti, 2014), lo contrario que ocurre para el diagnóstico de TEAF, ya que no se detectan los rasgos físicos típicos del SAF (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura internacional de los últimos años, junto con el estudio de Oliván (2005), el 15-33% de los niños adoptados, en la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas durante el 2000-2004, han sufrido una exposición prenatal a sífilis, seguidos por la exposición prenatal del Hepatitis C. En este mismo estudio, un 3-41% de los niños adoptados habían sufrido una exposición prenatal al alcohol, los cuales un 12% de los casos de España, desarrollaron SAF o TEAF.

Las primeras manifestaciones que se producen por el efecto del alcohol es un cambio en la estructura y/o en la función del cerebro, especialmente en el neurodesarrollo (Hoyme et al., 2016). Gustavo (2010), describe que los hijos de madres alcohólicas pueden presentar desde un retraso mental profundo hasta una normalidad aparente, pasando por cuadros de epilepsia (debido a alteraciones eléctricas corticales producidas por el etanol), TDAH, TEA y varios tipos de trastornos del aprendizaje. En este caso, el TDAH que predomina, generalmente, es de tipo combinado, presentándose con una gran dificultad para inhibir respuestas impulsivas, inquietud motora, añadiéndose falta de persistencia y resistencia a buscar nuevas alternativas (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). Sin embargo, algunos estudios sugieren que la exposición a estresores psicosociales, como el nivel moderado de estrés, parecen tener efectos más sutiles sobre el neurodesarrollo (Enseñat, Roig y García, 2015).

El diagnóstico de SAF requiere complejidad, y antes de los 3 años es muy difícil emplear las técnicas requeridas para diagnosticarlo; no obstante, se ha observado que la cognición y el neurodesarrollo evoluciona en correlación según las áreas vulnerables del cerebro (Hoyme, et al., 2016). Es posible que los niños con SAF tengan las habilidades cognitivas más afectadas y va a condicionar el fenotipo clínico en función de del ambiente posnatal, y cuanta mayor exposición al alcohol y peores condiciones ambientales ha

habido durante el período crítico del desarrollo y peor pronóstico (Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone, López-Arribas, Pelaz-Antolín y Fernández-Jaén, 2015).

La mayoría de niños con TEAF no logran desarrollar completamente su potencialidad mental y social como los otros niños, ya que tienden a padecer déficits cognitivos, atencionales, mnésicos y afectivos (Gustavo, 2010). Concretamente, tienden a padecer problemas de memoria inmediata, y en menor grado, de memoria a largo plazo. También trastornos de aprendizaje como dislexia (puede estar vinculada a trastorno del lenguaje), discalculia y problemas visuoespaciales (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). En un estudio de Thomas, Kelly, Mattson y Riley (1998), se obtuvieron discrepancias entre la edad cronológica de los niños con SAF y su edad mental, es decir, presentaban un bajo CI en comparación a la muestra de niños que no padecían SAF. Los investigadores sugirieron que la baja puntuación de CI explica los déficits sociales que presentan los niños con SAF. Estas diferencias cognitivas las describen Artigas-Pallarés y Narbona (2011), en un estudio comparativo en el que se observa un CI medio de 79 en los sujetos con SAF, y un CI de 90 de promedio en sujetos con TEAF. Según el DSM-V, las personas con funcionamiento intelectual límite, obtienen un CI entre 70 y 79, por tanto, se encuentran por debajo de la puntuación media o normativa (CI 80-120), sin considerarse una discapacidad intelectual leve (Psise, 2017).

Los niños con TEAF tienen más probabilidades de desarrollar en la adolescencia trastornos de personalidad, adicciones a drogas, conducta sexual promiscua y trastornos psicóticos o afectivos mayores. Esta problemática puede estar asociada a una conducta familiar y escolar más disruptiva (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Gustavo, 2010). La exposición prenatal a la nicotina, ser monocigótico, la edad de gestación y la prematuridad son factores de peso que también influyen en desarrollar sintomatología de trastorno de conducta (Disney, Iacono, McGue, Tully y Legrand, 2008).

Muchos trastornos mentales, descritos en el DSM-V, presentan problemas en la interacción social debido a las características conductuales de cada trastorno, por ejemplo, como resultado de la hiperactividad o de las conductas agresivas, pero este síntoma no se describe como propio del trastorno. No obstante, en el caso de los niños con TEAF y/o TEA, los problemas de interacción social se manifiestan de una forma diferente. Por un lado, como característica principal de la sintomatología del TEA, se encuentra el déficit en la reciprocidad de la interacción social y la poca calidad de estas. En el caso de la sintomatología del SAF, conductualmente es muy limitada, aunque comparte ciertas características con la sintomatología del TEA, como los intereses repetitivos, la rigidez cognitiva, déficits en las funciones ejecutivas y las pocas habilidades sociales (Bishop et al., 2007; Harris, MacKay y Osborn (1995). No obstante, presentan características comunes, como la dificultad de percibir las indicaciones sociales y el juicio pobre de entender las situaciones sociales, causando dificultades en mantener una relación social (Bishop et al., 2007), la impulsividad, la hiperactividad, la inestabilidad emocional y los miedos desproporcionados (Harris et al., 1995).

Hernández-Muela et al. (2003) enfatiza que la presencia de patología secundaria a las condiciones adversas, las cuales impiden un desarrollo normal, puede llegar a ser bastante reversible hasta cierta edad.

El objetivo principal de este estudio es explorar los rasgos de sintomatología de Trastorno del espectro Autista de los niños/as y adolescentes adoptados que han sido valorados en la Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo (UnimTEA), durante el 2016 y 2017. A partir de esto, vamos a comparar una muestra de niños y adolescentes adoptados que consultan por sospecha de TEA con una muestra de niños y adolescentes no adoptados con diagnóstico de TEA. Se analizarán y compararán los siguientes aspectos:

- Características de interacción y comunicación social.

- Conductas estereotipadas e intereses restrictivos.
- Posibles dificultades relacionadas con problemas externalizantes o de conducta.
- Posibles alteraciones del estado de ánimo o problemas internalizantes.
- Analizar si se observan diferencias significativas, entre grupos, en el perfil cognitivo y el Coeficiente Intelectual (CI) de los pacientes que han acudido a la UnimTEA.
- Comparar sintomatología general de niños adoptados con diagnóstico o sospecha de Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF) o Trastorno de Espectro de Alcohólico Fetal (TEAF) en contraste con niños adoptados sin sospecha o diagnóstico de SAF o TEAF.

De este modo, en base a la literatura científica, se pretenden corroborar las siguientes hipótesis:

1. Los niños/as y adolescentes adoptados presentan menos alteración en el área de interacción y comunicación social.
2. No se observan diferencias significativas en conductas estereotipadas e intereses restrictivos entre grupos.
3. Los niños/as y adolescentes adoptados presentan más problemas externalizantes o de conducta.
4. Los niños/as y adolescentes adoptados presentan más alteraciones del estado de ánimo o problemas internalizantes.
5. El CI de los niños/as y adolescentes adoptados no presenta diferencias significativas en relación al CI de los niños/as y adolescentes no adoptados.
6. Los pacientes adoptados con sospecha o diagnóstico de SAF o TEAF, muestran diferencias significativas en la sintomatología en relación con los niños/as y adolescentes adoptados sin sospecha o diagnóstico de SAF o TEAF.

Los niños con sospecha o diagnóstico de SAF o TEAF presentan adiferencias significativas en alguna de las siguientes áreas: en la interacción social, en la comunicación social y en las conductas repetitivas y/o estereotipadas en comparación con los pacientes con diagnóstico de TEA.

Material y método

Participantes

De todos los pacientes que han acudido en la UnimTEA, debido a la sospecha de diagnóstico de TEA, durante el periodo del 2016-2017, 23 eran adoptados (21 pacientes cumplen los criterios de inclusión) ($Mt = 9,47$; $Dt = 3,02$), y de estos, 12 presentan SAF o hay sospecha que presentan SAF.

Criterios de inclusión: Pacientes que hayan acudido por primera vez a la UnimTEA durante el período 2016-2017 y que hayan finalizado todo el proceso de evaluación y diagnóstico (Véase Tabla 1 y Tabla 2):

- Grupo 1: Niños/as y adolescentes no adoptados que acuden a la UnimTEA, durante los años 2016 y 2017, para evaluación y diagnóstico de TEA.
- Grupo 2: Niños/as y adolescentes adoptados con diagnóstico de TEA que acuden a la UnimTEA, durante los años 2016 y 2017, para evaluación y diagnóstico de TEA.
 - Grupo 2.1: Niños/as y adolescentes adoptados con diagnóstico de TEA que acuden a la UnimTEA, durante los años 2016 y 2017, para evaluación y diagnóstico de TEA, con sospecha o diagnóstico de SAF.
 - Grupo 2.2: Niños/as y adolescentes adoptados con diagnóstico de TEA que acuden a la UnimTEA, durante los años 2016 y 2017, para evaluación y diagnóstico de TEA, sin sospecha ni diagnóstico de SAF.

Los participantes de ambos grupos serán apareados por sexo y edad.

Criterios de exclusión: Se excluyen los niños/as y adolescentes con presencia de patología que haya imposibilitado la realización de las pruebas de evaluación de una manera fiable.

Instrumentos:

- *Entrevista clínica completa (con el niño o adolescente y la familia).* Se basa en la recogida de información de la historia de desarrollo y del momento actual. De esta entrevista tendremos en cuenta las siguientes variables clínicas: la edad en la que acuden por primera vez a la UnimTEA y género; si existe un proceso de adopción o no; si hay comorbilidad psiquiátrica y/o antecedentes de enfermedades médicas; si existe información previa a la adopción y si se ha producido consumo de tóxicos durante el embarazo.
- *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS; Lord, 1989).* Es una entrevista semiestructurada realizada con niños y con adultos con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) para el diagnóstico de los TEA. El ADOS también ha sido utilizado como medida de la evolución. Es un instrumento para diagnóstico de TEA, que incluye algoritmos para el diagnóstico de Autismo y el nivel de severidad de los síntomas en un rango de 1-10.
- *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WIPPSI-III; Wechsler, 2002).* Ofrece puntuaciones individuales para cada prueba e índices sobre el funcionamiento intelectual en las áreas cognitivas verbal y manipulativa, así como un índice global que representa la capacidad intelectual general del niño (CI Total). Evalúa la inteligencia en niños de 2 años y 6 meses a 7 años y 7 meses.
- *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV; Wechsler, 2005; WISC-V; Wechsler, 2015).* Es una prueba estandarizada de aplicación individual, diseñada para llevarla a cabo entre la población infantil y los adolescentes, que sirve para medir la inteligencia global,

ya que ofrece una visión general de la inteligencia del evaluado a partir de diferentes pruebas. Evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses.

- *Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach, 1992)*. Es un cuestionario cumplimentado por los padres en el que el niño es evaluado en problemas emocionales y de conducta. Es una de las medidas estandarizadas más ampliamente utilizadas en la psicología infantil para evaluar conductas y problemas emocionales en sujetos con edades comprendidas entre 1 año y 6 meses a 5 años o en sujetos de 6 a 18 años. Se evalúan conductas internalizantes y externalizantes. Se evalúan varias subáreas como el retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión, conductas destructivas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conductas agresivas y conductas delictivas.

Procedimiento:

Es un estudio comparativo retrospectivo, formado por el Grupo 1 y el Grupo 2.

Técnica de muestreo:

- Grupo 1: No probabilística intencional.
- Grupo 2: Estratificado Aleatorio.

El reclutamiento de los datos de los pacientes se realizó a partir de la revisión de todos los informes clínicos de los pacientes que han acudido por primera vez en la UnimTEA durante 2016-2017, y que han finalizado el proceso de evaluación y diagnóstico y que han sido archivados en la historia clínica del hospital. Se trata por lo tanto de una muestra no probabilística intencional.

La muestra del grupo control es probabilística aleatoria, utilizando la técnica de apareamiento (por sexo y edad), y asegurando que cumplen criterios de diagnóstico de

TEA.

La información previa a la adopción fue recogida de través de los informes archivados anteriormente en la historia clínica del paciente. Se creará una base de datos de la UnimTEA, con la intención de llevar a cabo un análisis de datos a través del programa estadístico SPSS. De las historias clínicas se analizarán los datos relacionados con la salud de la madre biológica, factores perinatales, edad en la que acuden a consulta por primera vez y los resultados de los siguientes cuestionarios: CBCL (escala de internalización, externalización y escala total), WIPPSI-III/WISC-IV/WISC-V (coeficiente intelectual total), ADI-R (escala A total (afectación social), escala B (comunicación social) y escala C (conductas repetitivas y estereotipadas)) y ADOS-2 (escala de interacción social, escala de comunicación social y conductas estereotipadas).

Se trata de un estudio formado por dos grupos independientes. La muestra del estudio es reducida, por tanto, inicialmente se ha establecido la Prueba de Normalidad (Shapiro-Wilk). A partir de aquí se ha aplicado la prueba U de Mann-Whitney en las variables de Problemas internalizantes, Problemas externalizantes, Problemas totales y en la variable de Conductas repetitivas. En las otras variables, se ha aplicado la prueba t-Student, por tanto, a los Problemas internalizantes, la afectación social, total de conductas observadas para el diagnóstico de TEA y el coeficiente intelectual (CI).

Los resultados de los problemas internalizantes, la afectación social, el coeficiente intelectual y el total de conductas observadas para el diagnóstico de TEA fueron analizados con la prueba T para dos muestras independientes (t-Student). Los problemas externalizantes, los problemas de comportamiento, y las conductas repetitivas fueron analizadas con la prueba no paramétrica de dos muestras independientes (U de Mann-

Whitney). Ambas pruebas han sido utilizadas para comparar los resultados estadísticos de la muestra del Grupo 1 con la del Grupo 2.

En las variables estudiadas, también se ha analizado si existen diferencias significativas entre los pacientes adoptados con sospecha y/o diagnóstico de SAF con los pacientes adoptados sin sospecha ni diagnóstico de SAF; se ha empleado la prueba T para dos muestras independientes (t-Student).

Resultados

Los resultados de los problemas internalizantes, la afectación social, el coeficiente intelectual y el total de conductas observadas para el diagnóstico de TEA se muestran en la Tabla 2. Analizando la media de las variables estudiadas, se comparan los resultados obtenidos en cada grupo. En los resultados del CI obtienen valores significativamente más altos los niños no adoptados que los adoptados ($p = 0,036$). La puntuación media del CI en el grupo de adoptados fue de 81, teniendo en cuenta que, en los baremos poblacionales, la media es 100. El CI obtenido en el grupo de los pacientes no adoptados fue de 91 (Véase Tabla 3).

Los valores obtenidos en los problemas externalizantes, problemas de conducta y en conductas estereotipadas y/o repetitivas no son estadísticamente significativos entre los dos grupos de pacientes (Véase Tabla 5 y Tabla 6).

En el grupo de los pacientes adoptados, se analizaron las variables comparando los participantes que presentaban sospecha o diagnóstico de SAF con pacientes que no presentan éste diagnóstico. Los resultados de los problemas internalizantes, externalizantes, de comportamiento, la afectación social y las conductas observadas de TEA no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con diagnóstico y/o sospecha de SAF, respecto de aquellos que no presentan el diagnóstico;

sin embargo, se encontraron diferencias significativas ($p = 0,13$) en las puntuaciones obtenidas en el CI de los niños con diagnóstico o sospecha SAF ($Mt = 87,58$; $Dt = 10,850$) con respecto los niños sin diagnóstico de SAF ($Mt = 75,44$; $Dt = 8,691$), al mismo tiempo que también hay diferencias significativas en las conductas estereotipadas entre estos dos grupos ($p = 0,046$) (Véase Tabla 7 y Tabla 8). Al obtener este resultado, se ha analizado la variable conductas estereotipadas y/o intereses restringidos con más detalle, analizando cada uno de los ítems que forman parte de esta escala. Para poder profundizar más al detalle sobre el análisis de los ítems que forman parte de las conductas estereotipadas, se comparó el grupo de SAF con un grupo heterogéneo formado por pacientes no adoptados con diagnóstico de TEA, analizando las conductas repetitivas. Los resultados obtenidos fueron que los sujetos con TEA presentan más intereses inusualmente repetitivos o conductas estereotipadas, por tanto, se producen diferencias significativas entre los sujetos que padecen SAF con los que tienen TEA ($p = 0,019$) (Véase Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11, Tabla 12).

Discusión

En el presente estudio, se han analizado datos de pruebas estandarizadas empleadas retrospectivamente en 21 pacientes con diagnóstico de TEA y en 21 pacientes adoptados que han acudido a la UnimTEA por sospecha de TEA.

Analizando los resultados obtenidos, se demuestra que no hay diferencias significativas entre los pacientes no adoptados con diagnóstico de TEA y los pacientes adoptados con sospecha o diagnóstico de TEA en la comunicación e interacción social, en el comportamiento y en las conductas estereotipadas. La similitud entre ambos grupos, posiblemente, está determinada por el proceso de adopción. Tal y como considera la literatura, los antecedentes familiares y biológicos del paciente podrían afectar en su

neurodesarrollo. En el caso de la muestra de pacientes adoptados, los informes donde persiste información tienden a constar abuso de tóxicos por parte de la madre y/o antecedentes psiquiátricos familiares de primer grado, aunque a veces esta información puede llegar a ser errónea (Hernández-Muela et al., 2003; Oliván, 2005; Oliván, 2008).

En este estudio, no se producen diferencias significativas entre las personas que constituyen el grupo 1 y el grupo 2, debido a que los sujetos con diagnóstico de TEA también presentan problemas internalizantes, sobre todo en la edad adulta, donde se manifiesta una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Además, las pocas habilidades sociales y adaptativas también favorecen la aparición de problemas internalizantes (Martínez y Cuesta, 2012).

Cuando se compara el CI, del grupo de adoptados con el de no adoptados, se observa que hay diferencias significativas entre los grupos, sin embargo, estas diferencias muestran lo contrario que demuestra la literatura empírica. Se observa que el grupo de adoptados presenta un CI más bajo, considerado CI límite (CI = 81,10). Estos resultados, concuerdan con los resultados obtenidos en la investigación de Artigas-Pallarés et al. (2007), donde valoraron diversos trastornos del neurodesarrollo que se asocian a un CI límite. En esa investigación, una alta representación de la muestra estaba formada por sujetos con TEAF o SAF, y precisamente, eran niños adoptados. Estos autores describieron que la baja capacidad de inteligencia potencia los problemas del neurodesarrollo, y recíprocamente, es decir, los trastornos del neurodesarrollo influyen negativamente en la inteligencia. Las dificultades en el bucle fonológico y en cuaderno visual conllevan dificultades para expresar, comprender y pensar.

Para profundizar más en el conocimiento del diagnóstico de SAF, se comparó el grupo de pacientes adoptados con sospecha de SAF, es decir, la muestra que proviene de Europa del Este, con los niños adoptados de otros países. Tal y como se muestra en la

Tabla 2, la mayoría de los niños adoptados sin sospecha o diagnóstico de SAF tienen el diagnóstico de TEA.

Los resultados de la investigación no muestran diferencias significativas en la comunicación e interacción social ambos grupos, por tanto, comparten cierta sintomatología clínica. Los resultados obtenidos, coinciden con los resultados de la investigación de Harris et al. (1995), donde analizaron los comportamientos autísticos de los niños que procedían de madres con consumo de alcohol y otras drogas durante el periodo de gestación. Concluyeron que estos niños presentaban dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y en las conductas e intereses repetitivos.

Los resultados obtenidos tampoco muestran diferencias significativas entre las conductas externalizantes de los niños adoptados con diagnóstico o sospecha de SAF con los niños adoptados sin este diagnóstico. Los resultados obtenidos presentan una cierta concordancia con la literatura, ya que la exposición prenatal al alcohol y otras conductas externalizantes de los padres está asociado a altos niveles de sintomatología de trastornos de conducta, como el consumo de tóxicos, el trastorno antisocial, el abuso de sustancias tóxicas, etc. (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Disney et al., 2008; Gustavo, 2010).

No obstante, los resultados no reflejan las diferencias obtenidas en el estudio de Gunnar et al. (2007, citado en Ochando et al., 2007), donde se administró la escala CBCL en niños adoptados de diferentes zonas del mundo y obtuvieron como resultado que los niños provenientes de Rusia o de países del Este presentaban mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta. Sin embargo, la muestra definida en el estudio (Tabla 2), muchos niños adoptados también padecen TDAH. Como refieren varios autores, el TDAH puede compartir cierta sintomatología externalizante con los sujetos con sospecha o diagnóstico de SAF (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011; Gustavo 2010).

Los resultados obtenidos muestran que hay diferencias significativas en el resultado obtenido en el CI de los sujetos con sospecha o diagnóstico de SAF con los sujetos adoptados sin este diagnóstico. Estos últimos, obtuvieron un CI más bajo en comparación a los sujetos con diagnóstico de SAF. Estos resultados son contrarios a lo referido por la literatura empírica, ya que Thomas et al. (1998) identificaron discrepancias entre la edad cronológica y la edad de mental en los pacientes con SAF. También describieron que la cognición no tiene relación con la capacidad de desarrollar buenas habilidades sociales, ya que los sujetos con SAF también presentan déficits en las habilidades sociales. Esta sintomatología también la presentan los sujetos con TEA, por tanto, tal y como se ha descrito anteriormente, concuerda con los resultados obtenidos en el área de comunicación e interacción social entre ambos grupos. Bishop et al. (2007), analizaron más al detalle la diferencia estas diferencias y obtuvieron que la calidad de la interacción social de los sujetos con TEA era significativamente más pobre, viéndose en el juego grupal. También se observó que los sujetos con TEA presentan más dificultades en iniciar una conversación (inician, pero con menos frecuencia), en desarrollar la comunicación no verbal y presentan menos ganas de compartir afecto.

Sin embargo, la población adoptada sin sospecha o diagnóstico de SAF incide una alta prevalencia en padecer TDAH. Tal y como describe la literatura, el diagnóstico de TDAH conlleva alteraciones en la memoria de trabajo, posiblemente, vinculado a las funciones ejecutivas y al déficit de inhibición de respuesta. Este aspecto está muy asociado a la estructura intelectual. Además, se han identificado determinados genes hallados en la capacidad intelectual, el TDAH y la memoria de trabajo (Artigas-Pallarés et al., 2007). Berenguer, Roselló, Miranda, Baixauli y Palomero (2016), refieren que estas dificultades que presentan los niños con TDAH son significativamente mayores que en los casos con TEA.

Los resultados obtenidos, también muestran diferencias significativas en las conductas repetitivas y/o estereotipadas entre los sujetos adoptados con o sin sospecha o diagnóstico de SAF. Teniendo en cuenta la literatura, los niños adoptados reciben poco cuidado en los orfanatos, juntamente con la privación de la estimulación (Hernández-Muela et al., 2003; Keyes et al., 2008). Por tanto, la presencia de estereotipias puede presenciarse debido a la autoestimulación precoz en los orfanatos o por la propia sintomatología clínica del TEA.

Teniendo en cuenta el estudio de Harris et al. (1995), observaron en niños con exposición prenatal a sustancias que padecían retraso en el desarrollo excepto por habilidades específicas, como en las que requieren la activación de áreas motoras y perceptivas, cuyas no son comunes en los niños con autismo. Las obtenciones de estas habilidades diferencian, una vez más, el tipo de conducta repetitiva e interés restringido que puede tener un niño con exposición prenatal a drogas y un niño con diagnóstico de autismo. Por tanto, ambos grupos pueden llegar a compartir esta sintomatología, pero manifestándose de una manera significativamente diferente.

Debido a la poca literatura empírica sobre las conductas estereotipadas del SAF, se han analizado los cuatro ítems del ADOS2, que forman parte de la escala Comportamientos e intereses restringidos y repetitivos. Para poder concretar más las diferencias y similitudes entre los sujetos con SAF y con TEA, se ha hecho una comparación entre los resultados obtenidos en los sujetos no adoptados con TEA con los sujetos adoptados con diagnóstico o sospecha de SAF.

En la escala ADOS2, se observaron diferencias significativas en el ítem D4: Intereses inusualmente repetitivos o conductas estereotipadas (Módulo 2), o Interés excesivo en temas u objetos altamente específicos (Módulo 3). Los resultados obtenidos concuerdan con la investigación de Szatmari, et al. (2006), donde define que la gran

diferencia en este perfil de pacientes, respecto a otros niños con conductas estereotipadas, es la persistencia. La intensidad de persistencia puede llegar a interferir en la vida diaria, limitándole en el ámbito social y académico. Determinados movimientos estereotipados correlacionan con el desarrollo motor, de este modo, se ve más presente en los niños más pequeños con desarrollo típico. Por otro lado, la falta de flexibilidad mental se refleja en la preocupación obsesiva que tienen por determinados temas u objetos. Existen algunas características que permiten diferenciar el diagnóstico de TEA, como la tendencia por mostrar interés en los aspectos mecánicos evitando los aspectos más sociales. Es importante tener en cuenta la vertiente evolutiva en la que se encuentra la persona con TEA para valorar e interpretar este tipo de conductas, ya que sus manifestaciones varían enormemente (Martínez y Cuesta, 1012).

La limitación principal de este estudio es número reducido de muestra adoptiva que ha acudido a la UnimTEA durante el 2016 y el 2017. Esta limitación aún es más relevante al tener valores perdidos en algunas variables, ya que no en todos los pacientes se administraron todas las escalas, y al ser un estudio retrospectivo, es un factor que no se ha podido controlar. En la muestra de pacientes adoptados, el grupo con diagnóstico o sospecha de SAF es más amplio (N=12), en comparación con el otro grupo de adoptados (N=9), por tanto, al tener más muestra en el Grupo 2.1, la muestra es más heterogénea. Además, al ser una muestra tan pequeña la fiabilidad de los resultados es más reducida. Estos resultados son contradictorios a lo descrito por la literatura empírica. Otro aspecto limitador es la poca literatura científica sobre el SAF y la adopción, y la falta de rigurosidad en el diagnóstico médico de SAF. Además, la falta de credibilidad y de contenido de los informes de adopción limitan la obtención de información biológica de los antecedentes médicos y familiares del paciente. Por otra parte, el diagnóstico de TEA prevalece más en chicos que en chicas y, además, la sintomatología en chicas tiende a

presentarse más sutilmente, por tanto, es más difícil de diagnosticar. Por ese motivo, a nivel de género la muestra no es equitativa.

En futuros estudios, sería interesante replicar este estudio con una muestra mucho más amplia y heterogénea, e incorporando las variables que evalúa la escala ADI-R (Rutter, LeCouteur y Lord, 2003), ya que analiza las variables estudiadas más detalladamente, y así se podría obtener resultados más específicos y hacer una comparación entre ambas escalas de evaluación y diagnóstico de TEA. Actualmente hay pocos estudios que aborden el tema de las similitudes entre la sintomatología del TEA y la del SAF y sería interesante explorarlo para poder avanzar científicamente en este ámbito, ya que los dos diagnósticos son muy complejos y desconocidos. También sería interesante que la muestra, a nivel de género, fuera equitativa, y así poder comparar la tendencia de la sintomatología de un género con el otro. En futuros estudios sería importante tener en cuenta todas las variables que pueden influenciar en los niños adoptados. A nivel anatómico, sería interesante analizar la estructura cerebral afectada en el autismo para poder comparar anatómicamente con SAF. Finalmente, también sería útil tener en cuenta el CI y la edad de la muestra, ya que puede llegar a repercutir en el desarrollo de las variables estudiadas. De cara al futuro, es importante seguir haciendo prevención del consumo de alcohol gestante.

Como conclusión, este trabajo permite comparar la población adoptada con sospecha o diagnóstico de TEA con la población no adoptada con TEA. Hay una tendencia de padecer dificultades en la comunicación y en la interacción social, en manifestar conductas estereotipadas e intereses restringidos y en padecer problemas internalizantes y externalizantes. Además, existen diferencias entre el CI de ambos grupos, siendo menor en la población adoptada, y dentro de esta, diferencias entre los niños con diagnóstico o sospecha de SAF (todos procedentes de Europa del Este) con los pacientes sin esta

sospecha de diagnóstico. Finalmente, los niños con diagnóstico o sospecha de SAF también presentan intereses y conductas estereotipadas de una manera diferente.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991 a). *Manual for the Child Behaviour Checklist/18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991 b). *Manual for the Teacher's Report Form*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alcantud, F., Alonso, Y. & Jiménez, E. (2012). Consumo de alcohol. *Trastornos del desarrollo asociados con la exposición al alcohol durante el embarazo y la lactancia* (pp.9-19). Valencia: Nau Llibres.
- Alessandri, M., Mundy, P. & Tuchman, R.F. (2005). Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Revista de neurología*, 40(Supl 1), S137-S141.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Artigas-Pallarés, J. & Narbona, J. (2011). Trastornos del neurodesarrollo vinculados a síndromes genéticos y lesiones del sistema nervioso. *Trastornos del neurodesarrollo* (pp. 81-162). Barcelona: Viguera Editores, S.L.
- Artigas-Pallarés, J., Rigau-Ratera, E. & García-Nonell, C. (2007). Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Revista de neurología*, 44(12), 739-744.
- Berenguer, C., Roselló, B., Miranda, A., Baixauli, I. & Palomero, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno de espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *INFAD Revista de psicología*, 1(1), 103-112.

- Bishop, S., Gahagan, S. & Lord, C. (2007). Re-examining the core features of autism: a comparison of autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), 1111-1121.
- Bos, K., Zeanah, C., Smyke, A., Fox, N. & Nelson, C. (2010). Stereotypies in children with history of early institutional care. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 164(5), 406-411.
- Callejón-Póo, L., Boix, C., López-Sala, A., Colomé, R., Fumadó, V. & Sans, A. (2012). Perfil neuropsicológico de niños adoptados internacionalmente en Cataluña. *Anales de pediatría*, 76(1), 23-29.
- Daunhauen, L., Coster, W., Tickle-Degnen, L. & Cermak, S. (2010). *Physical and occupational therapy in pediatrics*, 30(2), 83-97.
- DeRosier, M., Swick, D., Ornstein, N., Sturtz, J. & Matthews, R. (2011). The efficacy of a social skills group intervention for improving social behaviors in children with high functioning autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1033-1043.
- Disney, E., Iacono, W., McGue, M., Tully, E. & Legrand, L. (2008). Strengthening the case: Prenatal Alcohol Exposure is associated with increased risk for conduct disorder. *PEDIATRICS*, 122(6), e225-e230.
- Enseñat, A., Roig, T. & García, A. (coords.). (2015). *Neuropsicología pediátrica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., López-Arribas, S., Pelaz-Antolín, A. & Fernández-Jaén, A. (2015). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y adopción. *Revista de neurología*, 60(Supl 1), S103-S107.

- Fisher, L., Ames, E., Chisholm, K. & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of romanian orphans adopted to British Columbia. *International journal of behavioral development*, 20(1), 67-82.
- González, A., De Casas, N., Monsalve, C. & Martos, J. (2017). Adopción internacional de niños de Etiopía y lenguaje: un estudio piloto. *Revista de neurología*, 64(Supl 1), S79-S83.
- Gustavo, S. (2010). Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(1), 61-67.
- Harris, K., Mahone, E. & Singer, H. (2008). Nonautistic motor stereotypies: clinical features and longitudinal follow-up. *El sevier*, 38, 267-272.
- Harris, S., MacKay, L. & Osborn, J. (1995). Autistic behaviours in offspring of mothers abusing alcohol and other drugs: a series of case reports. *Alcoholism:clinical and experimental research*, 19(3), 660-665.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F., Téllez, M. & Roselló, B. (2003). Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Revista de neurología*, 36(1), 108-117.
- Hervás, A., Balmaña, N. & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.
- Hoyme, HE., Kalberg, WO., Elliott, AJ., Blankenship, J., Buckley, D., Marais, AS., ... May, PA. (2016). Update clinical guidelines for diagnosing Fetal alcohol spectrum disorders. *PEDIATRICS*, 138(2).
- Jaffari-Bimmel, N., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M., Barkermans-Kranenburg, M. & Mooijaart, A. (2006). Social development from infancy to adolescence: longitudinal and concurrent factors in an adoption sample. *Developmental psychology*, 42(6), 1143-1153.

- Juffer, F. & Van Ijzendoorn, M.H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. A meta-analysis. *JAMA*, 293(20).
- Kaler, S. & Freeman, B. (1995). Analysis of environmental deprivation: cognitive and social development in romanian orphans. *Association for Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 769-781.
- Keyes, M., Sharma, A., Elkins, I., Iacono, W. & McGue, M. (2008). The mental health of U.S. Adolescents adopted in infancy. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 162(5), 419-425.
- López, M.B. & Arán-Filippetti, V. (2014). Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución en las recomendaciones. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 65(2), 162-173.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2. Manual (Parte I): Módulos 1-4* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K. y Guthrie, W. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo -2. Manual (Parte II): Módulo T* (T. Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Martínez, M.A. & Cuesta, J.S. (2012). *Todo sobre el autismo. Los trastornos del espectro del autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*. Tarragona: Publicaciones Altaria, S.L.
- Ministerio General de Sanidad, Servicios sociales e Igualdades (2017). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. *Informes, estudio e investigación*, 18. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletinproteccion18provisi onalcorrecto.pdf>

- Ochando, G., Peris, S., Millán, MC. & Loño, J. (2007). Trastornos de conducta en niños adoptados. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*.
- Oliván, G. (2005). Adopción en la Federación Rusa y Europa del este. *Centro de pediatría y adopción internacional*. Mesa de Pediatría en Adopción.
- Oliván, G. (2009). Adopción en Rusia, Ucrania y Kazajistán: informes médicos, problemas de salud y telemedicina. *Centro de pediatría y adopción internacional*. Supl XXIII Congreso Nacional de la SEPEAP: 90-5.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *World health statistics data visualizations dashboard*. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-5-data?lang=en>
- Rutter M., LeCouteur A. & Lord C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Psise: Servicio de Psicología Clínica del Desarrollo. Unidad de Observación y Diagnóstico Funcional. (s.f). *Inteligencia límite y discapacidad cognitiva*. Recuperado de <https://psisemadrid.org/inteligencia-limite>
- Ruggieri, V. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*, 56(1), 13-21.
- Szatmari, P., Georgiades, S., Bryson, S., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Mahoney, W., Goldberg, J. & Lawrence, T. (2006). Investigating the structure of the restricted, repetitive behaviours and interests domain of autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(6), 582-590.
- Thomas, S., Kelly, S., Mattson, S. & Riley, E. (1998). Comparison of social abilities of children with Fetal alcohol syndrome to those of children with similar IQ scores and normal controls. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 22(2), 528-533.

- Van Ijzendoorn, M., Juffer, F. & Klein, C. (2005). Adoption and cognitive development: A meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131(2), 301-316.
- Wechsler, D. (2005). *Manual de aplicación y corrección del WISC-IV*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Wechsler, D. (2002). *WIPPSI-III, Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-III*. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Wechsler, D. (2015). *Manual de aplicación y corrección del WISC-V: Escala de Inteligencia WISC-V*. Madrid: Dpto. I+d pearson clinical & talent assessment.
- Wiik, K., Loman, M., Van Ryzin, M., Armstrong, J., Essex, M., Pollak, S. & Gunnar, M. (2010). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *The journal of child psychology and psychiatry*, 52(1), 56-63.

Tabla 1.
Muestra de niños con diagnóstico de TEA.

Sujeto	Género	Edad Unim TEA	Antecedentes familiares	Período perinatal	Enfermedades médicas	Comorbilidad psiquiátrica	Consumo tóxicos embarazo	Psicofármacos
1	M	7	T. Aprendizaje. Familiar 2º Enfermedad de Parkinson y demencia. Familiar 3º	-	-	TDAH combinado	-	-
2	M	14	-	-	-	-	-	-
3	M	14	-	-	-	TDAH inatento	-	-
4	M	11	Familiar de 1º TOC y dificultades en la relación social. Familiar de 3º Síndrome de Down	-	-	TDAH inatento	-	Antidepresivo
5	M	4	-	Prematuro. Problemas respiratorios. Ductus.	-	-	-	-
6	F	10	-	Dificultades para producir plaquetas. Prematura.	Meningitis bacteriana. Síndrome de Jacobsen.	-	-	-
7	M	14	Familiar de 1º T. lecto-escritura. Familiar de 2º TEA y Síndrome de Down.	Ingerió líquido amniótico	Templor esencial	TDAH inatento	-	Estimulante
8	M	13	3 familiares de 2º discapacidad intelectual	-	-	-	-	-
9	M	10	-	Episodio de hiposia sin complicación	-	TDAH combinado	-	Estimulante
10	M	7	-	Embarazo con reposo debido a placenta baja	Distrofia muscular Duchenne	TDAH inatento	-	Estimulante

Sujeto	Género	Edad Unim TEA	Antecedentes familiares	Período perinatal	Enfermedades médicas	Comorbilidad psiquiátrica	Consumo tóxicos embarazo	Psicofármacos
11	M	10	Familiar 1° T. Depresión mayor. Familiar 1° sintomatología ansiosa.	-	-	-	-	-
12	F	11	Familiar 1° T. Aprendizaje y TDAH	Alteración maduración interuterina. Prematura	Alteración cardíaca de maduración	TDAH inatento	-	-
13	M	5	-	-	-	Retraso en la adquisición del lenguaje (sin lenguaje)	-	-
14	M	5	2 familiares 2° TDAH	-	-	Retraso en la adquisición del lenguaje	-	-
15	M	11	Familiar 1° TEA y TOC. Familiar 2° posible TEA. Familiar 1° hipotonía, retraso psicomotor global	-	Hipoacusia (Implantación de drenajes)	-	-	-
16	M	7	-	-	-	TDAH combinado. Problemas lecto-escritura	-	-
17	F	11	-	-	-	TDAH inatento	-	Antidepresivo
18	M	8	Familiar 1° T. Desadaptativo mixto. Familiar 2° Esquizofrenia. Familiar 3° Parálisis cerebral.	-	-	TDAH combinado	-	-
19	M	7	-	-	Toxoplasmosis durante la gestación.	TDAH combinado	-	-
20	F	11	Familiar 1° y 2° demencia	-	-	-	-	-
21	F	9	Familiar 1° TEA. Familiar 2° Esquizofrenia.	-	-	-	-	-

Muestra de niños adoptados con sospecha o diagnóstico de TEA.

Suj.	Edad UnimT EA	Psicofármacos	tóxicos embarazo	Antecedentes familiares	Período perinatal	Enfermedades médicas	Edad adopción	País origen	Comorbilidad psiq.	Diag.	Género
1	7	-	-	-	-	Posible SAF	40 días	España	-	T.Lecto-escritura	M
2	14	Antipsicótico atípico / Estimulante	Alcohol y otras sustancias	-	-	SAF	3 años	Rusia	T.conducta T. consumo de sustancias	TDAH combinado	M
3	14	Antipsicótico atípico	-	-	-	Deficiencia del sistema nervioso y muscular	8m	España	TDAH inatento	T.aprendizaje	M
4	11	-	-	-	-	-	13m	China	-	TEA	M
5	4	-	-	-	-	-	8m	Etiopía	-	TEA	M
6	10	Estimulante	-	-	-	Aspecto de microcefalia	5 años	China	TDAH combinado	TEA	F
7	14	Estimulante / Antipsicótico atípico	Posible consumo alcohol	-	-	Posible SAF	3 años	España	TDAH combinado	TEA	M
9	13	Estimulante	Posible consumo de alcohol	Infección	Dificultad respiratoria / Infección	Posible SAF	9m	Rumania	TDAH / T.Negativista desafiante	TEA	M
10	10	-	-	-	-	Microcefalia	2 años	Bolivia	-	TEA	M
11	7	-	Alcohol	Sífilis	-	Posible SAF / Sífilis congénita / Lesión congénita cardiaca / Hipertensión pulmonar secundaria	2 años	Rusia	-	TDAH combinado	M

Suj.	Edad Unim/TEA	Psicofármacos	tóxicos enbarazo	Antecedente s familiares	Período perinatal	Enfermedades médicas	Edad adopción	País origen	Comorbilidad ad psiq.	Diag.	Género
12	10	-	-	-	-	Antecedentes crisis epilépticas	6 años	China	-	-	M
13	11	Estimulante	Possible consumo de alcohol	-	-	Possible SAF	2 años	Rusia	TDAH inatento / Fobias específicas	TEA	F
14	5	-	-	-	-	Talassèmia minor	14m	Marroc	Possible T.del lenguaje	TDAH combinado	M
15	5	-	-	-	-	-	16m	España	TDAH combinado	TEA	M
16	11	Estimulante / Antidepresivo	Possible consumo de alcohol	-	-	Possible SAF	4 años	Rusia	T.Negativista desafiante	TDAH combinado	M
17	7	Eutimizante / Antiepileptico	-	-	-	Leucomalacia periventricular / Infanto de nuolos basales / Parálisis cerebral con dificultades visuales asociadas / Epilepsia	12m	China	T.sueño / Discapacidad intelectual	TEA	M
18	11	Antidepresivo / Antipsicótico atípico	Consumo de Cannabis	T. Bipolar / Epilepsia / Discapacidad intelectual leve	Síndrome de abstinencia al nacer	Polisindactilia operada por ortopedia / Paladar ojival	8m	España	TDAH	TDAH inatento	F
19	8	-	-	-	Parto inducido por cesárea	-	4 años	España	-	-	M
20	7	Abtípsicótico atípico	Consumo alcohol	-	-	SAF	9m	Rusia	-	TEA	M
21	11	-	-	-	-	Enfermedad cognéncia	5 años	España	-	TEA	F

Tabla 3.

Puntuaciones medias y desviación típica de las puntuaciones en los problemas internalizantes, coeficiente intelectual, afectación social y conductas observables para el diagnóstico de TEA en pacientes adoptados (n=21) y no adoptados TEA (n=21).

Variables	Grupos	N	Media	Desviación típica
Problemas				
internalizantes	Adoptados	21	65,33	7,690
	No adoptados	20	66,15	5,669
Coeficiente				
Intelectual	Adoptados	21	81,10	12,012
	No adoptados	21	91,14	17,459
Afectación social	No adoptados	21	7,76	4,085
	Adoptados	21	8,86	3,366
Conductas TEA	No adoptados	21	9,10	4,939
	Adoptados	21	10,43	4,081

Tabla 4.

Comparación del nivel de significación de los problemas internalizantes, el CI, la afectación social y las conductas observables para el diagnóstico de TEA en adoptados y no adoptados.

Variables	Homogeneidad				gl	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	P	t	p		Inferior	Superior
Problemas							
intern.	0,624	0,434	-0,385	0,702	39	-5,102	3,469
CI	3,342	0,075	-2,173	0,036	40	-19,394	-0,701
Afectación							
social	0,019	0,890	-0,948	0,349	40	-3,430	1,239
Conductas							
TEA	0,050	0,824	-0,954	0,346	40	-4,159	1,492

Tabla 5.

Relación entre los problemas externalizantes (n=42), los problemas de comportamiento (n=42) y las conductas estereotipadas y/o repetitivas (n=42), en pacientes adoptados y no adoptados.

Variab les	U de Mann-		
	Whitney	Z	p
Problemas externalizantes	196,500	-0,613	0,540
Problemas de comportamiento	209,000	-0,296	0,767
Conductas repetitivas	193,500	-0,707	0,480

Tabla 6.

Puntuaciones medias y desviación típica de las puntuaciones en los problemas externalizantes y de comportamiento y en conductas estereotipadas y/o repetitivas en pacientes adoptados con diagnóstico y/o sospecha de TEA (n=21) y no adoptados con TEA (n=21).

Variab les	Grupos	N	Media	Desviación típica
Problemas externalizantes	Adoptados	21	20,36	7,469
	No adopt	21	22,64	8,915
Problemas comportamiento	Adoptados	21	20,95	6,647
	No adopt	21	22,05	5,727
Conductas repetitivas	Adoptados	21	20,21	
	No adopt	21	22,79	

Tabla 7.

Puntuaciones medias y desviación típica de las variables estudiadas en sujetos adoptados con sospecha o diagnóstico de SAF (n=12) y de los sujetos adoptados sin diagnóstico de SAF ni TEAF (n=9).

VARIABLES	GRUPOS	N	Media	Desviación típica
Problemas internalizantes	SAF	12	63,17	5,952
	No SAF	9	63,11	8,433
Problemas externalizantes	SAF	12	60,67	12,441
	No SAF	9	57,00	10,235
Problemas comportamiento	SAF	12	64,67	8,794
	No SAF	9	63,67	8,703
CI	SAF	12	87,58	10,850
	No SAF	9	75,44	8,691
Afectación social	SAF	12	8,67	4,185
	No SAF	9	6,11	3,689
Conductas repetitivas	SAF	12	0,83	1,403
	No SAF	9	2,78	2,333
Conductas diagnóstico TEA	SAF	12	9,75	4,615
	No SAF	9	8,56	5,637

Tabla 8.

Relación entre las variables estudiadas, en sujetos adoptados con sospecha o diagnóstico de SAF (n=12) y en sujetos adoptados sin diagnóstico de SAF (n=9).

Variables	Homogeneidad				gl	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	P	t	p		Inferior	Superior
Problemas intern.	0,134	0,719	0,018	0,986	19	-6,500	6,611
Problemas extern.	0,165	0,689	0,719	0,481	19	-7,006	14,339
Problemas comportam.	0,195	0,664	0,259	0,798	19	-7,081	9,081
CI	0,303	0,588	2,763	0,013	19	2,912	21,366
Afectación social	0,056	0,816	1,455	0,162	19	-1,121	6,232
Conductas repetitivas	5,853	0,026	-2,217	0,046	12,273	-3,850	-0,038
Conductas TEA	0,373	0,548	0,534	0,599	19	-3,485	5,874

Tabla 9.

Puntuaciones medias y desviación típica de las conductas repetitivas de sujetos adoptados con diagnóstico o sospecha de SAF (n=9) y de sujetos no adoptados con TEA (n=9).

Variables	Grupos	N	Media	Desviación típica
A4	SAF	9	8,44	0,333
	TEA	9	10,56	0,726
D1	SAF	9	9,17	0,707
	TEA	9	9,83	0,500
D2	SAF	9	7,61	0,667
	TEA	8	10,56	0,744

Tabla 10.

Relación de A4, D1 y D2 entre pacientes con sospecha o diagnóstico de SAF y pacientes con TEA.

Variables	U de Mann-Whitney	Z	p
A4	31,000	-1,156	0,248
D1	37,500	-0,338	0,735
D2	23,500	-1,500	0,134

Tabla 11.

Puntuación media y desviación típica de los intereses inusuales repetitivos de sujetos con sospecha o diagnóstico de SAF y sujetos con TEA.

VARIABLES	GRUPOS	N	Media	Desviación típica
A4	SAF	9	8,44	0,333
	TEA	9	10,56	0,726

Tabla 12.

Relación de los intereses inusuales repetitivos entre sujetos con sospecha o diagnóstico de SAF y sujetos con TEA

VARIABLES	HOMOGENEIDAD					95% DE INTERVALO DE CONFIANZA DE LA DIFERENCIA	
	F	P	t	p	gl	Inferior	Superior
D4	4,959	0,041	-2,746	0,019	10,816	-1,403	-0,153