

C.A.R.S.
The childhood autism rating scale
Escala de valoración del autismo infantil

C.A.R.S. - Hoja de valoración

Instrucciones

Para cada categoría, use el espacio provisto debajo de cada escala para tomar notas relacionadas con las conductas relevantes a cada escala. Después de haber terminado de observar al niño valora las conductas relevantes a cada ítem de la escala. Para cada ítem rodea con un círculo el número que corresponda a la afirmación que mejor describa al niño. Puedes indicar que el niño se encuentra entre dos descripciones usando valoraciones intermedias de 1.5, 2.5 o 3.5. Para cada escala se presentan unos criterios abreviados de valoración. Vea el capítulo 2 del manual para los criterios detallados.

I. Relación con la gente

1. **No hay evidencia de dificultad o anormalidad en relación con la gente.** La conducta del niño es apropiada a su edad. Puede ser observado algo de timidez, nerviosismo o molestia cuando se le dice lo que debe hacer, pero no hasta un grado atípico.
1.5
2. **Relaciones ligeramente anormales.** El niño puede evitar mirar al adulto a los ojos, evitar al adulto o ponerse nervioso si se fuerza la interacción, ser excesivamente tímido, no ser tan sensible al adulto como es típico, depender de los padres más que la mayoría de los niños de su edad.
2.5
3. **Relaciones moderadamente anormales.** El niño muestra frialdad (parece indiferente al adulto) a veces. Se necesitan intentos fuertes y persistentes para atraer la atención del niño, a veces. El niño puede iniciar contactos mínimos.
3.5
4. **Relaciones profundamente anormales.** El niño está continuamente frío o indiferente respecto a lo que el adulto este haciendo. El o ella casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Sólo los intentos más persistentes para atraer la atención del niño tienen algún efecto.

Observaciones:

II. Imitación

1. **Imitación apropiada.** El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos apropiados a su nivel de destreza.
2. **Imitación ligeramente anormal.** El niño imita simples conductas tales como aplaudir o sencillos sonidos verbales la mayoría del tiempo; ocasionalmente imita sólo después de darle un codazo, empujarlo o tras un retraso.
3. **Imitación moderadamente anormal.** El niño sólo imita parte del tiempo y requiere una gran cantidad de persistencia y ayuda del adulto; frecuentemente imita solo tras un retraso.
4. **Imitación profundamente anormal.** El niño nunca o raramente imita sonidos, palabras o movimientos incluso empujándolo ni con la ayuda del adulto.

Observaciones:

III. Respuesta emocional

1. **Respuestas emocionales apropiadas tanto a la situación y edad.** El niño muestra tanto el grado como el tipo apropiados de respuesta emocional como se indica por el cambio en la expresión facial, postura y manera.
2. **Respuestas emocionales ligeramente anormales.** El niño ocasionalmente muestra en cierta manera un tipo o grado inapropiado de reacciones emocionales. Las reacciones algunas veces no tienen ninguna relación con los objetos o acontecimientos que los rodean.
3. **Respuesta emocionales moderadamente anormales.** El niño muestra signos claros de tipo y/o grado inapropiados de respuesta emocional. Las reacciones pueden ser bastante inhibidas o exageradas y sin ninguna relación con la situación, pueden hacer muecas, reírse o ponerse rígidos incluso aunque no estén presentes aparentemente objetos o acontecimientos que produzcan emoción.
4. **Respuestas emocionales profundamente anormales.** Las respuestas son raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño está de un humor determinado, es muy difícil cambiarlo. A la inversa, el niño puede mostrar emociones altamente diferentes cuando nada ha cambiado.

Observaciones:

IV. Uso del cuerpo

1. **Uso del cuerpo apropiado a la edad.** El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad y coordinación de un niño normal de su edad.
2. **Uso del cuerpo ligeramente anormal.** Pueden estar presentes algunas peculiaridades memores, tales como torpeza, movimientos repetitivos, coordinación pobre, o aparición rara de más movimientos inusuales.
3. **Uso del cuerpo moderadamente anormal Conductas que** son claramente raras o inusuales para un niño de su edad puede incluir movimientos raros de los dedos, posturas peculiares tanto de los dedos como del cuerpo, mirar fijamente o arañarse el cuerpo, agresión dirigida contra sí mismos, columpiarse, girar, mover rápidamente los dedos o andar de puntillas.
4. **Uso del cuerpo profundamente anormal.** Los movimientos intensos y frecuentes del tipo arriba indicado son signos de un uso profundamente anormal del cuerpo. Estas conductas pueden persistir a pesar de los intentos para desanimarlos o implicar al niño en otras actividades.

Observaciones:

V. Uso del objeto

1. **Uso apropiado, e interés en juguetes y otros objetos.** El niño muestra un interés normal en juguetes y otros objetos apropiados a su nivel de destreza y usa esos objetos de manera apropiada.
2. **Interés ligeramente anormal, o uso ligeramente anormal de juguetes y otros objetos.** El niño puede mostrar un interés atípico en un juguete o jugar con él de un modo inapropiadamente infantil (por ejemplo golpeándolo o chupándolo)
3. **Interés y uso moderadamente inapropiado de los juguetes y otros objetos.** El chico puede mostrar poco interés en juguetes y otros objetos, o puede estar preocupado con el uso de un objeto o juguetes de un modo extraño. El o ella puede centrarse en alguna parte insignificante de un juguete, llegar a quedar fascinado con la luz que se refleja de un objeto, mover repetitivamente alguna parte del objeto, o jugar exclusivamente con un objeto.
4. **Interés y uso profundamente inapropiado del uso de juguetes u otros objetos.** El niño puede quedar enredado en conductas como las mostradas anteriormente, con una mayor frecuencia e intensidad. El niño es difícil distraer cuando está totalmente metido en estas actividades inapropiadas.

Observaciones:

VI. Adaptación al cambio

1. **Respuesta al cambio apropiada a la edad.** Mientras el niño puede darse cuenta o comentar los cambios en la rutina, acepta estos cambios sin una angustia indebida.
2. **Adaptación al cambio ligeramente anormal.** Cuando un adulto intenta cambiar las tareas el niño puede continuar la misma actividad o usar los mismo materiales.
3. **Adaptación moderadamente anormal al cambio.** El niño se resiste de manera activa a los cambios de rutinas, intenta continuar con su actividad, y es difícil de distraer. Puede llegar a enfadarse y ser infeliz cuando se altera una rutina establecida.
4. **Adaptación profundamente anormal al cambio.** El niño muestra reacciones profundas al cambio. Si se fuerza el cambio, puede enfadarse mucho o no cooperar y responder con rabietas.

Observaciones:

VII. Respuesta visual

1. **Respuesta visual apropiada a la edad.** La conducta visual del niño es normal y apropiada a su ~d La visión se usa conjuntamente con otros sentido como modo de explorar el nuevo objeto.
2. **Respuesta visual ligeramente anormal.** Se debe recordar al niño ocasionalmente el mirar a los objetos. El niño puede estar más interesado en mirar a los espejos o a los sistemas de iluminación que ~a sus colegas, puede a veces distraerse o puede también evitar mirar a la gente a los ojos.
3. **Respuesta visual moderadamente anormal.** Se debe recordar al niño frecuentemente mirar lo que está haciendo. Puede distraerse, evitar mirar a la gente a los ojos, mirar los objetos desde un ángulo raro o sujetar los objetos muy cerca de sus ojos.
4. **Respuesta visual profundamente anormal.** El niño de manera constante evita mirar a la gente a los ojos o a ciertos objetos y puede mostrar de manera extrema formas de respuesta visual de las descritas arriba.

Observaciones:

VIII. Respuesta auditiva

1. **Respuesta auditiva apropiada a su edad.** La conducta auditiva del niño es normal y apropiada a su edad. El oído se usa junto con otros sentidos.
2. **Respuesta auditiva ligeramente anormal.** Puede que haya falta de respuesta o reacción ligeramente extrema a ciertos sonidos. Las respuestas a los sonidos pueden retrasarse, y los sonidos puede que necesiten ser repetidos para atraer la atención del niño. El niño puede distraerse por sonidos extraños.
3. **Respuesta auditiva moderadamente anormal.** Las respuestas del niño a los sonidos pueden variar; ignorar a menudo un sonido las primeras veces que se hace: puede asustarse o cubrirse los oídos si oye sonidos conocidos.
4. **Respuesta auditiva profundamente anormal.** El niño puede reaccionar de manera extrema o no reaccionar a sonidos emitidos muy fuertemente, independientemente del tipo de sonido.

Observaciones:

IX. Uso y respuesta del gusto, olfato y tacto

1. **Uso y respuesta normales del gusto, olfato y tacto.** El niño explora nuevos objetos de una manera apropiada a la edad, generalmente tocando y mirando. El gusto y olfato puede ser usado apropiadamente. Cuando reacciona a un dolor diario pequeño, el niño expresa disgusto pero no reacciona de manera rara.
2. **Uso y respuesta ligeramente normales.** El niño puede persistir en poner los objetos en su boca, puede oler o tactar objetos que no son comestibles, puede ignorar o reaccionar de manera extrema a dolores suaves ante los cuales un niño normal expresaría incomodidad.
3. **Uso y respuesta moderadamente anormales.** El niño puede estar moderadamente preocupado con el tacto, olfato o gusto de los objetos o la gente. El chico puede o bien reaccionar mucho o muy poco.
4. **Uso y respuesta profundamente anormales.** El niño esta preocupado con el olfato, gusto o tacto de los objetos más por la sensación que por la exploración normal o el uso de los objetos. El niño puede ignorar completamente el dolor o reaccionar de manera extrema ante un ligero malestar.

Observaciones:

X. Miedo o nerviosismo

1. **Miedo o nerviosismo normales.** La conducta del niño es apropiada tanto a la situación como a su edad.
2. **Miedo o nerviosismo ligeramente anormales.** El niño ocasionalmente muestra demasiado o muy poco miedo o nerviosismo si se compara con la reacción de un niño normal de la misma edad en una situación similar.
3. **Miedo o nerviosismo moderadamente anormales.** El niño muestra o bien un poco más o bien un poco menos de miedo de lo que es típico incluso para un niño más pequeño en situaciones similares.
4. **Miedo o nerviosismo profundamente anormales.** El miedo persiste incluso después de una experiencia repetida con acontecimientos y objetos inocuos. Es extremadamente difícil calmar o consolar al niño. El niño puede, por el contrario, no mostrar el conveniente cuidado ante riesgos que otros niños de la misma edad evitan.

Observaciones:

XI. Comunicación verbal

1. **Comunicación verbal normal y apropiada tanto a la edad como a la situación.**
2. **Comunicación verbal ligeramente anormal.** El habla muestra un retraso en general. La mayoría de lo que expresan tiene sentido, sin embargo, puede haber repetición o inversión de pronombre. Ocasionalmente puede decir palabras raras o estupideces.
3. **Comunicación verbal moderadamente anormal.** Puede que no hable. Cuando lo hace, la comunicación verbal puede ser una mezcla de lenguaje con pleno sentido y lenguaje peculiar con estupideces, repeticiones o inversión de pronombre. Las peculiaridades en el lenguaje con sentido incluyen excesivas preguntas o preocupación sobre tópicos particulares.
4. **La comunicación verbal profundamente anormal.** No hay lenguaje con sentido. El niño puede producir chillidos infantiloides, sonidos extraños o como los animales, ruidos complejos que se parezcan al habla, o puede mostrar un uso persistente y raro de algunas palabras o frases reconocibles.

Observaciones:

XII. Comunicación no verbal

1. **Uso normal de comunicación no verbal apropiada a la edad y la situación.**

2. **Uso ligeramente anormal de la comunicación no verbal.** El uso inmaduro de comunicación no verbal; puede apuntar de manera vaga o servir para lo que quiere, en situaciones donde niños de una misma edad pueden apuntar o gesticular más específicamente para indicar lo que quieren.
3. **Uso moderadamente anormal de la comunicación no verbal.** El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos de manera no verbal, y no puede entender la comunicación no verbal de otros.
4. **Uso profundamente anormal de la comunicación no verbal.** El niño sólo usa gestos raros o peculiares que no tienen sentido aparente, y no muestra el conocer el significado asociado a los gestos o expresiones faciales de otros.

Observaciones:

XIII. Nivel de actividad

1. **Nivel de actividad normal para su edad y circunstancias.** El niño es o bien más activo o menos activo que un niño normal de la misma edad en una situación similar.
2. **Nivel de actividad ligeramente anormal.** El niño puede o bien ser ligeramente movido o de alguna manera "perezoso" y de lentos movimientos a veces. El nivel de actividad del niño se interfiere sólo ligeramente con su realización.
3. **Nivel de actividad moderadamente anormal.** El niño puede ser bastante activo y difícil de frenar. Puede tener una energía ilimitada y puede que no se duerma bien de noche. Por el contrario, el niño puede estar bastante aletargado y necesitar bastante empuje para hacerle mover.
4. **Nivel de actividad profundamente anormal.** El niño muestra extremos de actividad o de inactividad y puede incluso ir de un extremo a otro.

Observaciones:

XIV. Nivel y consistencia de la respuesta intelectual

1. **Inteligencia normal y razonablemente consistente en varias áreas.** El niño es tan inteligente como cualquier niño de su edad y no tiene ningún tipo de destrezas intelectuales raras ni problemas.
2. **Funcionamiento intelectual ligeramente anormal.** El niño no es tan brillante como los niños de su edad, las destrezas aparecen bastante retrasadas en diversas áreas.
3. **Funcionamiento intelectual moderadamente anormal.** En general, el niño no es tan brillante como los niños

de su edad; sin embargo puede funcionar casi normalmente en una o más áreas intelectuales.

4. **Funcionamiento intelectual profundamente anormal.** Aunque generalmente el niño no es tan brillante como los de su edad, puede funcionar incluso mejor que un niño normal de su misma edad en una o más áreas.

Observaciones:

XV. Impresiones generales

1. **No autismo.** El niño no muestra ningún síntoma característico del autismo.
2. **Autismo ligero.** El niño muestra sólo unos pocos síntomas o sólo un grado ligero de autismo.
3. **Autismo moderado.** El niño muestra un número de síntomas o un grado moderado de autismo.
4. **Autismo profundo.** El niño muestra muchos síntomas o un grado extremo de autismo.

Observaciones:

Escala de clasificación de autismo infantil

Eric Schopler PHD. Robert J. Reichler M.D. y Barbara Rothen Renner PhD

Introducción

La escala de Autismo Infantil es una escala de valoración de conducta de 15 ítems diseñados para identificar niños con autismo, y para distinguirlos de los retrasados mentales sin síndrome de autismo. Además distingue desde niños con autismo moderado hasta niños con un autismo profundo. Fue primeramente construida hace más de 15 años (Reichler & Schopler, 1971) con el fin de capacitar a los clínicos para que tuvieran un diagnóstico más objetivo del autismo mediante un cuestionario más útil. La escala de los 15 ítems incorpora (a) los rasgos primarios de autismo de Kanner, (b) otras características anotadas por Creak, que se encuentran en muchos, pero no en todos, los niños que se pueden considerar autistas, y (c) escalas adicionales útiles en el tratamiento de la sintomatología característica de los niños más pequeños.

Desarrollo del método de CARS

La edición de 1988 de CARS es el resultado de un proceso de uso, evaluación, y modificación a lo largo de unos 15 años y que cuenta con más de 1500 casos. La escala se desarrolló primeramente como un instrumento de investigación en respuesta a las limitaciones de los instrumentos de clasificación disponibles en ese momento. La escala original, desarrollada por CHILD RESEARCH PROJECT en la universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, se basaba primeramente en unos criterios de diagnosis consensuados para el autismo como es informado por British Working Party (Creak, 1964). Se hacía referencia a él como la Escala de Psicosis Infantil (CPRS) (Reichle, & Schopler, 1971) para minimizar la confusión con la más reducida definición de autismo de Kanner. Ahora, sin embargo, desde que la definición de autismo ha sido ampliada y no se refiere más a la restrictiva que Kanner hacía en un principio, llamamos a nuestro instrumento CARS (The Childhood Autismo Rating Scale).

La escala original fue revisada con el fin de evaluar a los niños dentro de un programa de todo el estado de Carolina del Norte. El programa era para el tratamiento y la educación del autista y de los niños con problemas de comunicación (División TEACCH). TEACCH se comenzó en 1966 como el primer programa a nivel de estado para el autista y similarmente para los niños y adultos subnormales, diseñado para ofrecer servicios extensos, investigación y formación. Se abunda especialmente en tres grandes áreas de la vida del niño: la casa, la escuela y la comunidad. Cinco centros regionales dan una evaluación de diagnosis y consejos a los padres ara mejorar la adecuación la familia y el hogar. Se da educación especial en unas 40 clases situadas en colegios públicos, y a cargo de profesores entrenados y supervisados por el personal de TEACCH. Las relaciones entre la comunidad y las necesidades especiales del niño se moderan a través de grupos de padres relacionados con cada clase y centro. Aunque cada centro está situado en una rama del sistema universitario del estado, la mayoría de nuestra investigación se centra en la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, donde la CARS se desarrolló.

Como es típico de la población con problemas de desarrollo, un 75% aproximadamente de nuestros casos son varones. La distribución de edades es similar para los dos sexos, con un 57% aproximadamente con menos de 6 años en el momento de entrar en el programa, un 32% entre 6 y 10, y un 11% de diez o más. El estatus económico de nuestros clientes, como fue medido por los dos factores de Hollingshead-Redlich (1958), (profesión y educación), en el índice es IV, la segunda más baja de cinco categorías. Aproximadamente un 67% de nuestra población es blanca, un 30% es negro y un 3% de otras razas. Esto refleja la distribución racial que existe en los colegios públicos del Carolina del Norte. La mayoría de nuestra muestra refleja déficit intelectual, como fue medido por los tests estandarizados tales

como la WISC, Merrill-Palmer, Bayley, y Leiter International Performance Scale. Aproximadamente un 71% tiene un cociente intelectual por debajo de 70, con sólo aproximadamente un 17% con un cociente intelectual entre 70 y 84, y un 13% con un 85 o más. (tabla I)

Relaciones con otros criterios de diagnosis y escalas

Cinco importantes sistemas para el diagnóstico del autismo han sido ampliamente usados. Estos incluyen el criterio de Kanner (1943), los puntos de Creak (1961), la definición de Rutter (1978), el de la Sociedad Nacional para Niños Autistas (NSAC, 1978), y el DSM-III-R (1987). Aunque muy usados para el diagnóstico clínico y la investigación, ninguno de estos cinco sistemas han tenido relación con una escala de medida o comprobación. Aunque estos cinco coinciden en los rasgos generales del autismo, tienen también diferencias notables.

Cuando por primera vez desarrollamos nuestra tasación de diagnosis hace 14 años (Reichler & Schopler, 1971) la definición de Kanner (1943) era el sistema básico para el diagnóstico del autismo. Fue seguido por los 9 puntos de Creak (1961) que tenía como misión extenderlo a una definición más amplia que pudiera incluir también la esquizofrenia infantil. Estos nueve puntos de Creak estaban entre los primeros criterios basados en la observación de la conducta mas que en la teoría. Sin embargo, eran difíciles de usar para la investigación porque nunca fueron cuantificados. La falta de una perspectiva de desarrollo los hizo particularmente difíciles de usar con niños pequeños. Aunque los puntos de Creak incluyen autismo y esquizofrenia, De Myer y otros (1971) concluyeron que los nueve puntos de Creak para la esquizofrenia infantil correspondían más concretamente al autismo que a la esquizofrenia, tal como fue usada por Rimland (1964). Es importante tener en mente que la investigación de Kolvin (1971) que demostraba la distinción entre autismo y esquizofrenia infantil todavía no había sido publicada.

TABLA I (información demográfica) -- N: 1.606 casos

I. Sexo	Mujeres	Hombres			
	371 24.3%	1.160 75.7%			
II. Raza	Negros	Blancos	Otros		
	450 30.2%	996 66.9%	43 2.9%		
	III. Clase social (Hoilingshead)				
	I	II	III	IV	V
	128 9.1%	131 9.3%	317 22.4%	466 33.0%	371 26.3%
IV. Edad al inicio	0-5	6-10	11+		

	847	480	171
	56.4%	32.0%	11.4%
V . Coc . intelect .	0 - 6 9	7 0 - 8 4	8 5 +
	841	197	153
	70.6%	16.5%	12.8%

C.A.R.S. - Escala de valoración del autismo infantil

Eric Schopler, Ph. D., Robert J. Reichler, M. D. y Barbara Rothen Renner, Ph. D. Publicado por WPS (Los Ángeles, California)

NOMBRE:
SEXO:
NÚMERO DE IDENTIDAD:
FECHA DEL TEST:
Año Mes Día
FECHA DE NACIMIENTO:
Año Mes Día
EDAD CRONOLÓGICA:
Años: Meses:
EVALUADOR:
.....

Puntuación de la valoración de las categorías

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV T

Puntuación total

15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60
No Autismo Autismo profundo

Autismo ligero o moderado

Los tres sistemas siguientes de diagnóstico fueron de origen más reciente. Hay algunas diferencias entre los tres sistemas que reflejas las intenciones diferentes para las cuales se produjeron. La definición de Rutter (1978) se basó en la más concienzuda evaluación de la investigación empírica publicada desde las publicaciones de Kanner y Creak. La definición de NSAC (1978), desarrollada por el Gabinete de Asesoría Profesional (NSAC) bajo la dirección de Ritvo, tuvo como intención el uso en la formación de una política social, en legislación y para el conocimiento público. DSM-III-R representa el sistema clasificatorio formulado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Todos estos tres sistemas coinciden en tres rasgos básicos del autismo:

- 1) edad temprana de aparición (antes de los 30 meses)
- 2) falta continua de respuesta ante otras personas
- 3) deterioro las funciones verbales y cognitivas.

Tanto el criterio de Rutter como el de DSM-III-R consideran como rasgos primarios el interés raro o las ataduras a los objetos y la resistencia al cambio de rutinas. La definición de NSAC hace constar perturbaciones de respuesta a estímulos sensoriales, que se considera más ideosincrático en las definiciones de Rutter y DSM-III-R. Estas diferencias de diagnóstico son discutidas más allá (Schopler y Rutter, 1978). Sin embargo, el diseño de la escala de CARS incorpora todos estos cinco sistemas. En la sección de Escala Racional (abajo), cada ítem está marcado de acuerdo a su consistencia con estos cinco sistemas. El usuario interesado puede estimar el alcance dentro del cual se considera que un niño es autista de acuerdo con las cinco definiciones ya descritas, y así resolver algo de la confusión de diagnóstico que aún permanece en su comunidad.

Un número de otros esquemas para la evaluación del autismo han sido publicados. Estos incluyen los instrumentos de medida desarrollados por Rutter y otros (1966). Esta escala de medida sobre ocho (BRIAAC) ha sido usada para evaluar los efectos del tratamiento, pero no el diagnóstico de los niños. Una Escala de Observación de la Conducta (BOS) para el autismo fue desarrollada por Freeman y otros (1978), un Instrumento de Observación del Autismo para la Planificación Educativa (ASIEP), por Krug y otros (1979), y un chequeo, el E-2, fue propuesto por Rimland (1964). Sin embargo, en una crítica reciente de los sistemas de diagnóstico, Parks (1983) hace ver claramente que en ninguno de los estudios que hacen mención de estos tres instrumentos se incluían los niños con trastorno de conducta. Por lo tanto, no ha sido establecida la validez diferenciadora, ni ha sido demostrado aún el uso para la diagnóstico individual de niños, un uso para el cual fue esta escala (CARS) diseñada específicamente.