

Escala de evaluación del autismo infantil y su valor para el diagnóstico del trastorno autista / Childhood Autism Rating Scale and its value for the autistic disorder's diagnosis

M.Sc. Teresa Isabel Lozano Pérez.

Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García Iñiguez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el autismo infantil es un trastorno que se caracteriza por no tener marcadores biológicos, de ahí que su diagnóstico sea clínico y difícil por la variabilidad del cuadro clínico. Existen pocos instrumentos de evaluación psicológica que contribuyan a la realización del proceso diagnóstico. Un instrumento usado para la cuantificación del grado de autismo es la Escala de evaluación del autismo infantil, CARS por su nombre en inglés. Exponer las experiencias de trabajo con la aplicación de la escala ha sido la motivación de este trabajo.

Objetivos: identificar las subescalas, de la Escala de Evaluación del Autismo Infantil, en las que se expresan la severidad de las alteraciones del comportamiento en niños diagnosticados con trastorno autista y evaluar la correspondencia entre los resultados de la escala y el diagnóstico clínico.

Método: se utilizó la metodología cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y de corte transversal, con niños estudiados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Docente "Juan M. Márquez" desde el año 1991 a 2006, a los que se les aplicó la Escala de Evaluación del Autismo Infantil para la cuantificación del Autismo por sospecharse la presencia de este trastorno.

Resultados: las subescalas en las que se expresan comportamientos con mayor grado de severidad son comunicación verbal e imitación. En las subescalas relaciones sociales, respuesta emocional, uso de objetos y respuesta auditiva, la tendencia es hacia el nivel moderado. En la respuesta visual y la subescala gusto – olfato – tacto la tendencia está hacia el nivel leve, lo que ocurre también de forma más manifiesta en la subescala que evalúa el nivel de funcionamiento intelectual. En el resto de las subescalas no es posible precisar la tendencia.

Conclusiones: las subescalas en las que se expresa más la severidad de las alteraciones son la comunicación verbal y la imitación, seguidas de uso de los objetos, relaciones sociales y comunicación no verbal. En todos los niños evaluados hubo correspondencia entre el diagnóstico clínico y los resultados de la Escala de evaluación del autismo infantil.

Palabras clave: Escala de evaluación del autismo infantil, autismo infantil, autismo atípico.

ABSTRACT

Introduction: Childhood autism is a disorder characterized for not have biological markers, therefore it diagnosis is clinical and very hard to do because the variability of the symptomatology. There are few instruments of psychological evaluation that contribute to the diagnosis process of the autism. An instrument used for the quantification of the autism severity is the Childhood Autism Rating Scale, CARS. The motivation of this study was to socialize our work experience in the application of this scale.

Objective: To identify the Childhood Autism Rating Scale's subscales, in which are expressed the severity of the behavior alterations in children diagnosed with autism disorder, and to evaluate the correspondence between the scale results and the symptomatology.

Methods: It was used the quantitative methodology, with a descriptive, retrospective and transversal type of study, with children diagnosed in the Mental Health Service of the "Juan Manuel Márquez" Pediatric Hospital, since 1991 to 2006, to whom were applied the childhood Autism Rating Scale for the quantification of autism, due suspects of the presence of this disorder.

Results: Verbal communication and imitation are the subscale where are expressed the higher severity behaviors. In the subscales of social relationships, emotional response, object's use and hearing response, the trend goes to a moderate level. In the visual response and taste-smell-touch subscales the tendency is mild, what also happens in a more evident way in the intellectual functionality subscale. In the other subscales was not possible to specify the trends.

Conclusions: The subscales with the most severity alterations are verbal communication and imitation, followed by use of objects, social relationships and non-verbal communication. There was correspondence between the symptomatology and the results in the childhood Autism Rating Scale, in all evaluated cases.

Key words: Childhood Autism Rating Scale, childhood autism, non-specified autism.

INTRODUCCIÓN

Está descrito en la literatura especializada sobre el autismo infantil el efecto decisivo que para la rehabilitación del niño tiene la intervención temprana,^{1,2} lo cual es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta la concepción de L. S. Vigotsky acerca de las posibilidades que ofrece para el desarrollo infantil la estimulación haciendo uso del concepto Zona de Desarrollo Próximo.³

El diagnóstico del autismo es clínico y el comportamiento de los niños con este trastorno va cambiando a lo largo del desarrollo, por lo que observar el síntoma más característico del trastorno, la soledad autista, es posible solo en los primeros años de la vida en la mayor parte de los niños, lo que hace difícil el diagnóstico.

Es necesario buscar información desde el comienzo del desarrollo ya que ha quedado establecido que existen signos del trastorno desde el primer año de vida. Sin embargo, muchas veces construir la historia del desarrollo del niño y de sus trastornos es difícil porque pasa por los recuerdos, la subjetividad, la interpretación que le dan los padres al comportamiento.

Todo lo anterior permite comprender la necesidad de que durante el período de estudio del niño para la realización del diagnóstico, se realice una evaluación psicológica a profundidad de manera que se corrobore lo expresado por los padres y que se evalúen todas las esferas del funcionamiento psicológico.

Esto nos coloca ante el cuestionamiento acerca de cuáles son las técnicas y/o procedimientos de evaluación psicológica que resultan útiles para el conocimiento de un niño que se caracteriza precisamente por manifestar dificultades en la interacción social y en la comunicación, dos de los pilares sobre los que se sustenta el uso de las técnicas psicológicas tradicionales.

Lo anterior ha propiciado que diversos investigadores fueran a la búsqueda de alternativas para realizar la evaluación psicológica de los niños autistas, proponiéndose diversos procedimientos que faciliten esta tarea y que en su mayoría parten de la observación del comportamiento en un medio lo más natural posible a partir de la realización de la actividad espontánea del niño.

El juego se ha considerado la actividad idónea para favorecer la observación del comportamiento de los niños, permitiendo además hacer una exploración del funcionamiento psicológico, en combinación con el uso de procedimientos que nos permitan evaluar la capacidad de imitación tanto motora como verbal, unido al uso de entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas, que nos ayuden a tener una información lo más amplia posible de toda la sintomatología expresada a lo largo de la historia individual de cada niño evaluado.

No debe desconocerse en este proceso la necesidad de la aplicación de tests psicométricos estandarizados que nos permitan valorar el nivel de desarrollo general del niño, si bien el uso de estos tests difiere de la manera tradicional dada la necesidad de dar niveles de ayuda para lograr evaluar a un niño del espectro autista, tener cierta flexibilidad en las consignas dadas y en ocasiones hacer una parte de la prueba, como ocurre en la aplicación del Test de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC), en el que puede realizarse su escala ejecutiva cuando los déficits del niño no permiten hacer la aplicación completa y tener de esta forma la posibilidad de aproximarnos al conocimiento de su nivel de funcionamiento al tener el resultado del coeficiente de inteligencia ejecutivo.

Por todo ello se plantea la necesidad de realizar una evaluación psicológica estructurada, formal, junto a una evaluación no formal que nos permita asumir diferentes estrategias para obtener la información necesaria.⁴

En la concepción de la autora de este trabajo, a partir del estudio de la literatura científica sobre el tema y de la práctica profesional en una institución infantil en la que ha trabajado durante más de 20 años con un equipo multidisciplinario para el diagnóstico de niños con trastornos del desarrollo psicológico y en particular del trastorno autista, es necesario que la evaluación psicológica del niño incluya:

- Pruebas estandarizadas generales que son necesarias para la evaluación, aunque no suficientes. Entre estas continúan siendo las escalas Wechsler las más usadas y reportadas en la literatura, así como la Escala Bayley del Desarrollo del Lactante cuando se trata de evaluar a un niño de edad muy temprana.
- Pruebas especiales para evaluar diversas áreas del desarrollo citándose frecuentemente el Test Gestáltico Visomotor de Bender y la Prueba de Vocabulario a base de imágenes de Peabody.
- Escalas de Adaptación Social, reconociéndose la utilidad del uso de la Escala de Madurez Social de Vineland para medir competencias sociales.
- Listas de chequeo de diagnóstico, que son listados de síntomas que permiten conocer las manifestaciones del trastorno, algunas de ellas dirigidas a la búsqueda de síntomas en los primeros años de vida.
- Instrumentos diseñados para la evaluación de personas con autismo, entre ellas una escala de cuantificación del

autismo que nos permita conocer el grado de severidad del trastorno.

Entre estos instrumentos se encuentran diversas escalas de síntomas que recogen las manifestaciones más frecuentes del trastorno y permiten sospechar o corroborar el diagnóstico.

Uno de estos instrumentos es la escala de Evaluación Resumida del Comportamiento, conocida por las siglas ERC,⁵ que es una guía para realizar la observación del comportamiento a partir de lo cual se evalúan cuantitativamente los ítems agrupados en seis áreas: socialización, comunicación, adaptación al ambiente, tono muscular – motricidad, reacciones emocionales e intelectuales, atención – percepción.

En la literatura revisada aparece la referencia a otra escala, la Lista de Conductas Autistas – Modificada,⁶ útil para evaluar a niños con desviaciones del desarrollo y realizar un pesquisaje rápido de un posible trastorno autista, con el propósito de identificar a un niño que requiere de un estudio de mayor profundidad para llegar a la confirmación o no del diagnóstico.

Existen otros procedimientos de evaluación citados en la literatura científica que en su mayoría resultan entrevistas estructuradas para ser realizadas a los padres, constituidas de síntomas, realizadas a partir de las pautas diagnósticas del DSM – IV, entre estos están ADI – R, CHAT, PL – ADOS, ADOS – G, PDDST.⁷

Durante el proceso de evaluación y diagnóstico desarrollado en el Hospital Pediátrico Universitario "Juan M. Márquez", al valorarse un niño en el que se sospecha la presencia de un trastorno autista, se ha utilizado, desde el año 1990, la Escala de Evaluación del Autismo Infantil, CARS, propuesta por Erick Schopler y colaboradores en 1980⁸ para la cuantificación del grado de autismo presente en el niño evaluado.

Se trata de un procedimiento estructurado de 15 ítems o subescalas que son evaluadas con posterioridad a la realización de una observación del comportamiento en una situación de juego libre del niño. Concebida para ser usada en niños mayores de 24 meses hasta la adultez, con un tiempo aproximado de aplicación de 30 a 45 minutos, se dirige a la constatación y/o búsqueda de síntomas actuales, explorándolos también de forma retrospectiva. La evaluación es realizada por el consenso de dos observadores, estando claramente definidos los niveles de puntuación, su calificación es cuantitativa.

Las áreas evaluadas en las subescalas son: relaciones sociales, imitación, respuestas emocionales, uso del cuerpo, relación con los objetos, adaptación a los cambios ambientales, respuesta visual, respuesta auditiva, respuesta a receptores cercanos (gusto, olfato, tacto, respuesta al dolor), reacción de miedo – ansiedad, comunicación verbal, comunicación no verbal, nivel de actividad, nivel de funcionamiento intelectual y una última subescala de impresión general, a partir de lo cual se da una calificación total.

En la literatura revisada aparecen numerosas referencias a esta escala,^{5,9-19} en las cuales se plantea que es un procedimiento reconocido en la actualidad para realizar la evaluación del grado de autismo presentado por el niño, ya que no existe otra que tenga el mérito de evaluar cuantitativamente el grado de severidad del trastorno.

Se plantea que es una escala fuerte que proporciona una amplia valoración dentro de cada subescala y tiene buena confiabilidad inter-evaluador.⁴

Se han realizado estudios en los que se plantea su validez para hacer el diagnóstico atendiendo a los criterios del DSM – IV.¹²

Lo cierto es que se trata de una escala ampliamente reconocida que se usa como un instrumento confiable para la realización del diagnóstico y la evaluación del grado de severidad del trastorno.

Se ha constatado la limitación de la escala al diagnosticar con autismo a niños que presentan un retraso mental significativo, planteándose que esto ocurre en niños pequeños, de alrededor de 2 años de edad y que disminuye este sesgo en la medida en que la edad de los niños evaluados es mayor. En la aplicación de la escala se ha manifestado este sesgo en niños que tienen algunos comportamientos autistas asociados a un retraso mental, que constituye el trastorno primario del niño, sin embargo esta desventaja no disminuye el valor del instrumento, por lo cual nos planteamos sistematizar los resultados de su aplicación en el proceso de diagnóstico de niños en los que se sospecha la presencia de un trastorno autista.

Los objetivos del trabajo son

- Identificar las subescalas, de la Escala de evaluación del autismo infantil, en las que se expresan con mayor severidad las alteraciones del comportamiento en niños diagnosticados con trastorno autista.
- Evaluar la correspondencia entre los resultados de la Escala de evaluación del autismo infantil y el diagnóstico clínico realizado en los niños estudiados.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología utilizada fue cuantitativa, descriptiva, en un estudio retrospectivo y de corte transversal. El universo fue

la totalidad de niños diagnosticados con trastorno autista en el Hospital Pediátrico Docente "Juan M. Márquez" desde el año 1991 a 2006. La muestra quedó conformada por 25 pacientes al aplicarse los criterios de inclusión que fueron: niños de ambos sexos, con diagnóstico de trastorno autista, que se le hubiera aplicado la Escala de evaluación del autismo infantil en el período de tiempo expuesto. Se excluyeron 2 casos por tener asociada otra condición médica.

Se revisaron las historias clínicas de los niños estudiados con la Escala de evaluación del autismo infantil (CARS) en el período de tiempo considerado en el estudio, tomándose información acerca de los resultados y comentarios en las 15 subescalas en el momento de su aplicación.

El proceso de aplicación incluía la realización de una observación libre de cada niño en un set de juego, siguiendo la metodología propuesta por W. L. Stone.²⁰

Posteriormente se realizó una sesión de discusión de caso con el equipo multidisciplinario que asistió a cada niño durante su proceso de diagnóstico, discutiéndose el diagnóstico clínico y su correspondencia o no con los resultados de la aplicación de la escala CARS.

Las variables a trabajar fueron el tipo de trastorno que presenta el niño de acuerdo a los criterios de la CIE – Versión 10,²¹ que se clasifica como autismo infantil o autismo atípico. Las subescalas de la Escala de evaluación del autismo infantil, definidas a partir del criterio del autor de la escala.

Se usaron la frecuencia absoluta y el por ciento para el análisis de los resultados y el paquete estadístico SSPS versión 10.0, aplicándose el test estadístico X² con un nivel de significación de 0.05, para buscar la relación entre el tipo de trastorno y la escala utilizada.

RESULTADOS

Los resultados de las subescalas de la Escala de evaluación del autismo infantil, a los fines de este trabajo, se han agrupado teniendo en cuenta las áreas del desarrollo que exploran, así se exponen en el gráfico 1 los resultados referidos a las subescalas de **relaciones sociales, la comunicación (verbal y no verbal) y la imitación**.

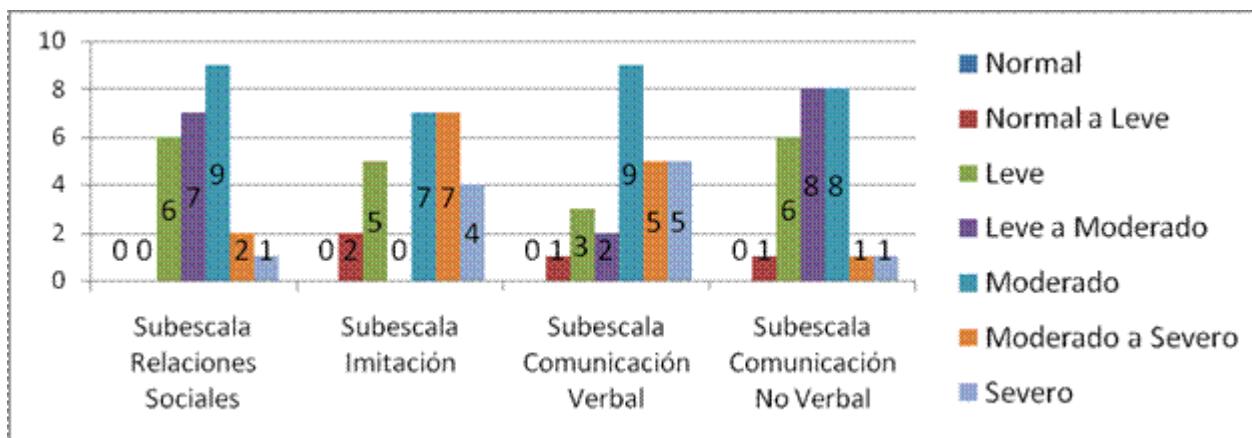
En lo referido a las **relaciones sociales**, 9 niños, para un 36 %, obtuvo una evaluación que se corresponde con la categoría moderado; 7 niños, el 28 %, se ubican en la categoría leve a moderado. Entre ambas categorías se encuentra el 64 % de los niños.

Con respecto a la **imitación** se encontró que 14 niños, el 56 %, obtuvieron puntuaciones altas que los ubican en el rango de moderado y moderado a severo.

Los resultados respecto a la **comunicación verbal** muestran que la mayor parte de los niños obtiene puntuaciones altas, 9 de ellos, el 36%, están en el nivel de moderado y 10 niños, 40 %, entre moderado a severo y severo (categorías en las que se ubican 5 niños respectivamente), por lo que se pone de manifiesto que la tendencia es hacia las categorías de mayor grado de severidad del trastorno en los aspectos referidos al desarrollo del lenguaje.

En la subescala de **comunicación no verbal** se encontró que la mayor cantidad de niños se agrupan en las categorías moderado y leve a moderado, en las que encontramos 8 niños, el 32 %, respectivamente, constituyendo entre ambas el 64 % de los niños que se estudiaron.

G ráfico 1. Distribución de la muestra en las subescalas relaciones sociales, imitación, comunicación verbal y no verbal.



En el gráfico 2 se exponen los resultados relacionados con el área de la afectividad, evaluada en tres subescalas que son **miedo – ansiedad, adaptación al cambio y respuesta emocional**.

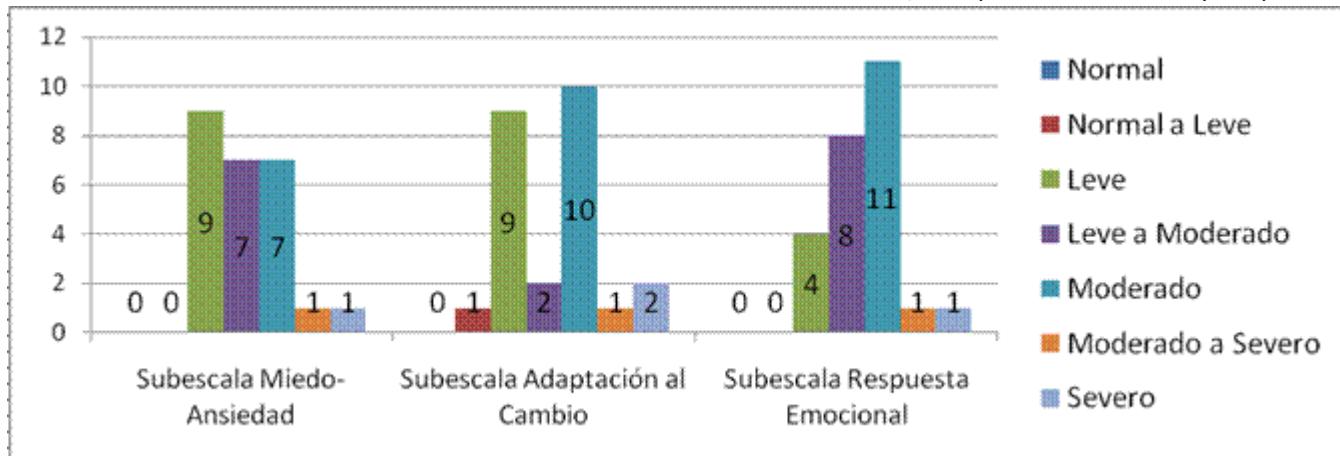
En la subescala **miedo – ansiedad**, la muestra se distribuye de forma dispersa y va desde el nivel de leve al de

moderado, ya que 9 niños, el 36% de la muestra, recibió puntuación correspondiente al nivel de leve, mientras que 7 niños, el 28 %, son evaluados en la categoría de leve a moderado, ocurriendo de igual forma con la de moderado. En la subescala **adaptación al cambio**, 10 niños obtuvieron puntuaciones que los ubican en la categoría de moderado, el 40 %, y el 36 % de la muestra está en la categoría de leve con 9 niños, quedando la mayor parte de la muestra dispersa entre estas dos categorías o niveles de severidad del trastorno, en este aspecto.

En cuanto a la **respuesta emocional**, se encontró que 11 niños, el 44 % de ellos, obtiene puntuaciones correspondientes al nivel de moderado, mientras 8 niños, el 32 %, están en el nivel de leve a moderado.

Nótese la variabilidad de los comportamientos que se evalúan en esta área que hace que los niños obtengan calificaciones que los ubican de forma dispersa en categorías diferentes.

Gráfico 2. Distribución de la muestra en las subescalas miedo – ansiedad, adaptación al cambio y respuesta emocional.

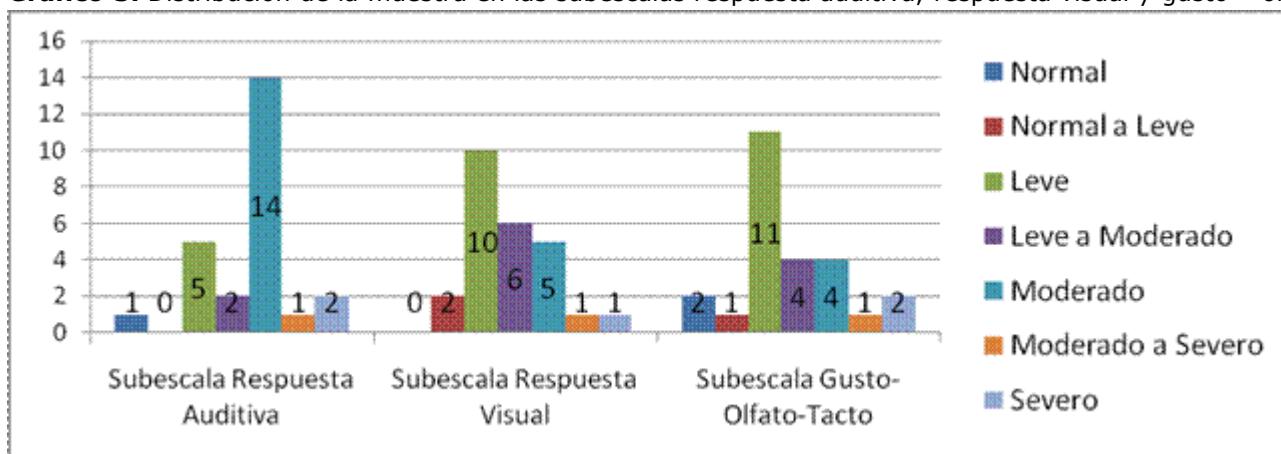


Los resultados de las subescalas que valoran las alteraciones del área de las percepciones aparecen en el gráfico 3. Con relación a la **respuesta auditiva** la mayor parte de la muestra está ubicada en el nivel de moderado con 14 niños para el 56 % de los que se evaluaron.

En cuanto a la **respuesta visual** la tendencia es hacia la categoría de leve ya que 10 niños, el 40 % de la muestra obtiene puntuaciones de ese nivel. En este caso el resto de los niños se dispersa más, siendo los valores de frecuencia más bajos en las categorías restantes.

En la respuesta a receptores cercanos como **Gusto, Olfato y Tacto** aparece la mayor cantidad de niños en la categoría de leve en la que puntuaron 11 niños para el 44 %.

Gráfico 3. Distribución de la muestra en las subescalas respuesta auditiva, respuesta visual y gusto – olfato – tacto.



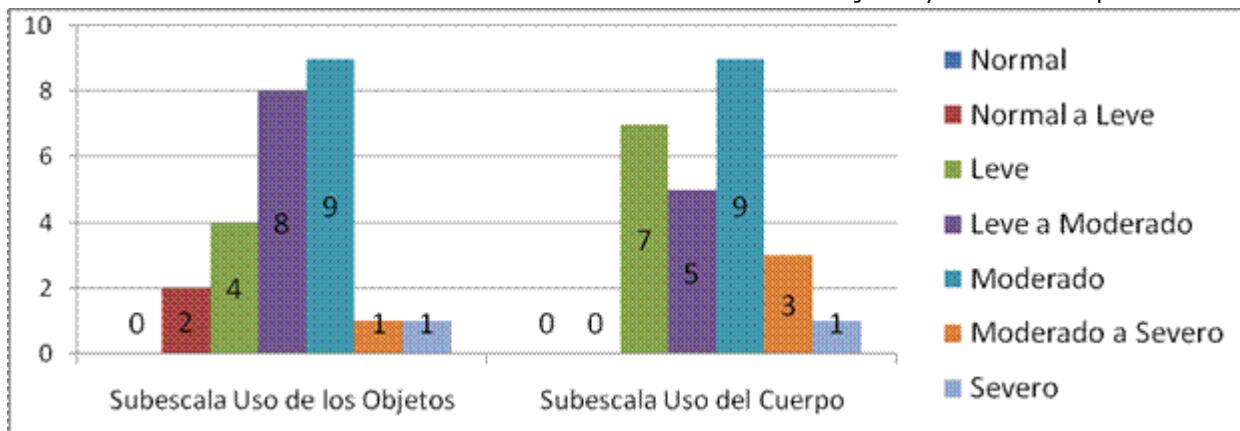
A continuación se refieren los resultados referidos al área del repertorio de actividades, intereses y movimientos del niño, con los objetos y con el propio cuerpo.

Con relación a la subescala que evalúa el **uso de los objetos** puede observarse en el gráfico 4, que la mayor cantidad de niños se agrupan en dos categorías, por una parte en la categoría de moderado se encuentran 9 niños, para el 36 %, mientras que en la categoría de leve a moderado, están 8, que representan el 32 % de los niños que se estudiaron, lo que constituye en general el 68 % del total de la muestra.

En lo referido al **uso del cuerpo** se observa que las puntuaciones obtenidas por los niños en esta subescala están agrupadas hacia dos niveles de severidad del trastorno, en el nivel moderado se ubican 9 niños, el 36 %, mientras que 7

niños, el 28 %, se encuentran en el nivel leve.

Gráfico 4. Distribución de la muestra en las subescalas uso de los objetos y uso del cuerpo.



En cuanto a las subescalas que evalúan el nivel de actividad, el nivel de funcionamiento intelectual y la impresión general que valoran los observadores sobre el niño evaluado, se encontraron los resultados que se exponen en el gráfico 5.

En la subescala **nivel de actividad**, la mayor cantidad de los niños obtuvieron puntuaciones que están de leve a moderado, con 10 niños para el 40 % y en el nivel leve, con 9 niños, el 36 % de la muestra.

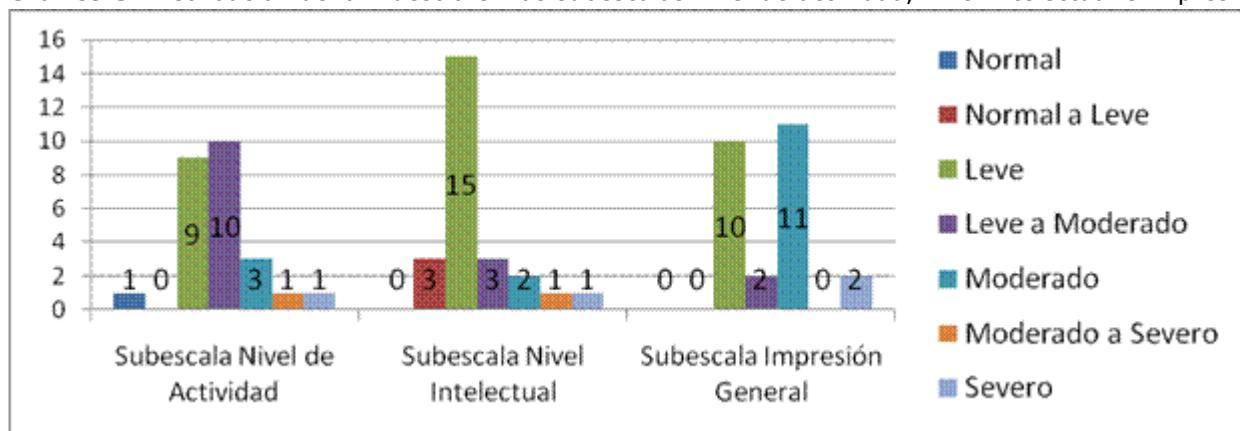
Con relación al **nivel intelectual**, 15 niños, el 60 % de los que se estudiaron con la escala, recibieron una puntuación que los ubica en la categoría de leve.

Es necesario aclarar que en esta subescala la puntuación se otorga por la homogeneidad del comportamiento de los niños, el nivel de severidad de la alteración del comportamiento se evalúa a partir de la presencia o no de habilidades especiales más que por el nivel de desarrollo intelectual demostrado por los niños.

De ahí que aunque la mayor parte de los niños estudiados tienen asociado un retraso mental de diversos grados de gravedad, la puntuación que se le otorgó en esta subescala a la mayoría, está comprendida en el nivel leve, pues solo en el 24 % de los niños a los que se les aplicó la escala tenían alguna habilidad especial.

Respecto a la **impresión general**, última de las subescalas que toma en consideración la Escala de evaluación del autismo infantil, se encontró que 11 niños, el 44 % de la muestra, son evaluados en la categoría de moderado con poca diferencia respecto a la cantidad de niños que se encuentran evaluados en la categoría de leve y que son 10, representando el 40 % del total.

Gráfico 5. Distribución de la muestra en las subescalas nivel de actividad, nivel intelectual e impresión general.



Cuando se observan los resultados referidos en la subescala **impresión general** resulta llamativo el hecho de que al analizarlos de acuerdo con el diagnóstico de los niños encontramos la siguiente información:

De los 10 niños que se evaluaron en la categoría de leve, dos (8 %) tienen el diagnóstico de autismo infantil, mientras que ocho (32 %) fueron diagnosticados con un autismo atípico.

De forma inversa encontramos que de los 11 niños evaluados en la categoría de moderado, ocho (32 %), tienen el diagnóstico de autismo infantil y tres (12 %), tienen el diagnóstico de autismo atípico.

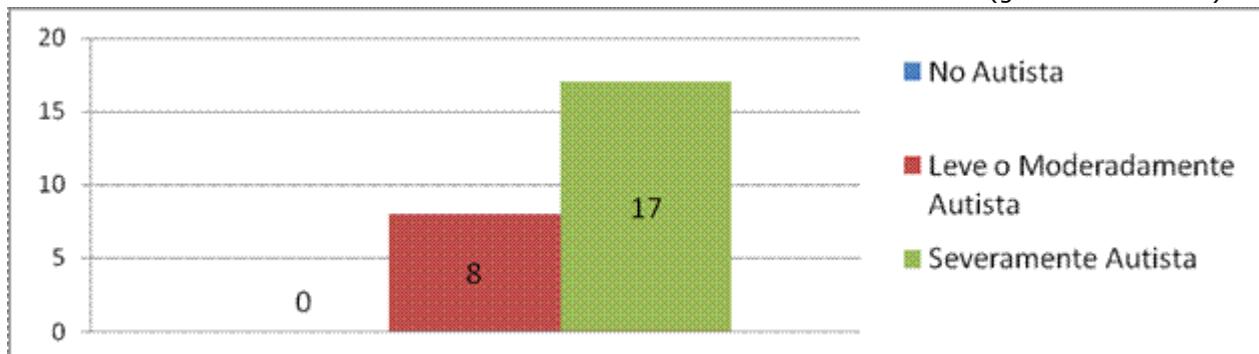
Es de señalar que esta es la única de las subescalas en la que se obtuvo una diferencia significativa al aplicarse el test de Chi Cuadrado a un nivel de significación de 0.05, para evaluar las puntuaciones obtenidas por los niños, ya que el nivel de significación obtenido fue de 0.049, discriminando así entre los niños con autismo infantil y los que tienen un autismo

atípico. Por no resultar de significación estadística en el resto de las subescalas respecto al diagnóstico de los niños que formaron parte de la muestra, no hemos dado los valores obtenidos en el test de Chi Cuadrado.

El resultado de la subescala de Impresión General apunta al hecho de que efectivamente la mayor cantidad de los niños que impresionan a los evaluadores tener un grado de autismo leve fueron los que por tener un cuadro clínico menos florido, con menor cantidad o severidad de los síntomas centrales del trastorno, de acuerdo con las pautas diagnósticas de la CIE-10,²¹ fueron diagnosticados con un trastorno atípico. Por su parte la mayoría de los niños que recibieron el diagnóstico de autismo infantil al exhibir un mayor número de alteraciones comportamentales, al ser evaluados, impresionan de manera general tener un trastorno con mayor grado de severidad, por lo cual se les otorga una puntuación más alta en esta subescala.

Con relación al **grado de autismo** puesto de manifiesto en la puntuación total obtenida por los niños como resultado del uso del CARS, se encontró que aunque todos los niños clasifican como autistas, la mayor parte de ellos, 17 para un 68 %, clasifican como severamente autista mientras que los ocho restantes, el 32 %, obtienen puntuaciones totales que se corresponden con la categoría leve o moderadamente autista. Estos resultados se exponen en el gráfico 6.

Gráfico 6. Distribución de la muestra de acuerdo al resultado total de la escala (grado de autismo).



Debemos plantear que de los 17 niños que clasifican como severamente autista, 10 están diagnosticados con autismo infantil, el 58,8 %, mientras que siete tienen el diagnóstico de autismo atípico, el 41,2 % de la muestra.

De los ocho niños que tienen un puntaje total que se corresponde con la categoría de leve o moderadamente autista, tres tienen el diagnóstico de autismo Infantil, el 37,5 % y cinco el de autismo atípico, el 62,5 %.

DISCUSION

Como puede apreciarse a partir del análisis de los resultados hay algunos aspectos que llaman la atención.

Hay un comportamiento similar en algunas de las subescalas de la Escala de evaluación del autismo infantil, que pueden agruparse de la siguiente forma:

1. Las manifestaciones más severas del trastorno autista se ponen de manifiesto en las subescalas de comunicación verbal y en imitación, en las que los niños obtienen puntuaciones altas, con tendencia a estar entre los niveles moderado (más de la tercera parte) y superior.
2. En las subescalas de relaciones sociales y comunicación no verbal, las puntuaciones de los niños, al evaluarse sus comportamientos en estas áreas, se mueven alrededor del nivel moderado (la tercera parte) y de leve a moderado. La literatura reporta las dificultades en la relación social y en la empatía que tienen estos niños.²²
3. En el área de la afectividad, las subescalas tienen una tendencia diversa observándose hacia el nivel de moderado y de leve a moderado en la respuesta emocional, mientras que en la subescala miedo ansiedad se distribuyen los niños de forma más dispersa entre los niveles de leve al de moderado. Por su parte en la adaptación al cambio, hay una distribución bastante similar entre el nivel moderado y el nivel leve.
4. En lo referido a las percepciones la subescala en la que se alcanza una tendencia más alta, en el nivel moderado, con más de la mitad de los niños, es la referida a la respuesta auditiva. En la subescala respuesta visual se encuentran distribuidos los niños entre el nivel leve, donde está más de la tercera parte de la muestra y los niveles leve a moderado y moderado. Por su parte la subescala gusto - olfato- tacto tiene una mayor tendencia hacia el nivel leve.
5. En cuanto a las subescalas del área relacionada con el repertorio de movimientos y actividades se observa que un poco más de la tercera parte de los niños, está ubicado en el nivel de moderado en la subescala uso de objetos, a la que sigue el nivel leve a moderado. En la referida al uso del cuerpo el comportamiento es similar en el nivel moderado pero la tendencia baja hacia el nivel leve.
6. El nivel de actividad también muestra una tendencia hacia el nivel leve, esto se ve de forma más evidente en la subescala nivel de funcionamiento intelectual.
7. En la subescala de impresión general, es llamativa la existencia de dos tendencias similares, con más de la tercera parte de los niños en ambos casos, ubicados en los niveles moderado y leve.
8. Al analizar el resultado total de la escala se evidencia que todos los niños clasificaron como autistas, la mayoría en la categoría de moderada o severamente autista.

Se pone de manifiesto al hacer el análisis del comportamiento de las subescalas, la variabilidad del trastorno, en la cantidad y calidad de los comportamientos observados. Coincidiendo esto con lo que se reporta en la literatura científica en los últimos años respecto a que el autismo es un espectro amplio de trastornos que se expresa de diversas formas y con diferentes grados de severidad,^{14,15,23} esta variabilidad en las manifestaciones del trastorno se considera una de las características que lo distinguen de otros trastornos,²² lo que permite afirmar la utilidad de la escala para la evaluación psicológica de niños en los que se sospecha la presencia de un trastorno autista.

Lo anterior se puso de manifiesto en nuestro estudio y puede apreciarse en la descripción realizada acerca de los comportamientos más frecuentes que fueron observados en los niños y que dan lugar a la puntuación que obtuvieron en cada una de las subescalas de la Escala de evaluación del autismo infantil al ser comportamientos aberrantes o desviaciones de la norma.

En todas las áreas que son evaluadas por las diferentes subescalas se pone de manifiesto una gran diversidad de conductas, lo que coincide con lo reportado en otros estudios en los que se plantea que existe un continuo entre el autismo y el autismo atípico o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, que no permite hacer una clara diferenciación entre ambos.²⁵

Es preciso señalar que la Escala de evaluación del autismo infantil resulta de mucha utilidad para observar los comportamientos que caracterizan a los trastornos del espectro autista y es una contribución valiosa para el diagnóstico clínico al permitir clasificar el trastorno diferenciándolo de otros y aún más, diferenciando los grados de severidad con que puede expresarse el autismo infantil.

En el estudio se encontró que en la subescala nivel intelectual las puntuaciones tienden a estar en el nivel de leve, lo que ocurre también aunque en menor medida en la respuesta visual y gusto – olfato – tacto. En otras subescalas los resultados son más dispersos entre las categorías de la prueba.

Las subescalas en las que se expresa más la severidad de las alteraciones son la comunicación verbal y la imitación, seguidas de uso de los objetos, relaciones sociales y comunicación no verbal. En un segundo grupo se destacan las subescalas que evalúan la respuesta auditiva y la respuesta emocional.

En todos los casos evaluados hubo correspondencia entre el diagnóstico clínico y los resultados de la Escala de evaluación del autismo infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tuchman, R. Deconstruyendo los trastornos del espectro autista: perspectiva clínica. RevNeurol 2013; 56 (Supl 1): S3-S12.
2. Howlin, P. Can early interventions alter the course of autism.[En línea]. Disponible en: <http://www.questiaschool.com/read/107376995> Consultado Marzo, 2006.
3. Febles M., Canfux, V. La concepción histórico - cultural del desarrollo. Leyes y principios. En: Colectivo de Autores. Psicología del desarrollo. Selección de Lecturas. La Habana. Editorial Félix Varela; 2001. p 3 – 10.
4. Moreno de Ibarra M., Pereira M. I. Evaluación psicológica integral en el autismo. [En línea]. Disponible en: www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.idc?n=marianelia. Consultado Marzo, 2006.
5. Barthélemy C., Adrién J.L., Lelord G. Echelles dans l' autisme de l' enfant. En: Lelord G., Sauvage D. eds. L' Autisme de l' enfant. Paris. Masson; 1991. p 99 – 108.
6. Fernell E., Gillberg C., Von Wendt L. Autisticsymptoms in childrenwith infantile hydrocephalus. Acta PediatrScand 1991; 80: 451 – 7.
7. Artigas-Pallarés, J. ¿Sabemosqué es un trastorno? Perspectivasdel DSM 5. RevNeurol 2011; 52 (Supl 1): S59-S69.
8. Schopler E., Reichler R.F., Devellis R.F., Daly K. Toward objective classification of childhoodautism: Childhoodautism rating scale (CARS). J AutismDevDisord 1980; 10: 91 – 103.
9. Albores-Gallo L. y col. Dificultades en la evaluación y diagnósticodelAutismo. Una discusión. Salud Mental [Seriada en línea] 2008; 31 (1): 37-44. Disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3101/sm310137.pdf>. Consultado Octubre, 2008.
10. Alessandri, M. y col. ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. Rev. Neurol. [Seriada en línea] 2005; 40 (Supl 1): S131-S136.

11. Volkmar F., Cook E., Pomeroy J., Tanguay P. y col. Parámetros usuales para la asistencia y tratamiento de niños, adolescentes y adultos con Autismo y otros desórdenes profundos del desarrollo. [En línea]. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/web/web-0025.pdf>. Consultado Octubre, 2008.
12. Cabanyes, J., García - Villamisar D. Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. RevNeurol [Seriada en línea] 2004;39: 81 –90. Disponible en: <http://www.revneurol.com/download.asp?document=2004098>. Consultado Junio, 2006.
13. Cuxart F. Los autistas severamente afectados: problemas conductuales, estrés familiar y tratamientos continuados. [En línea]. Disponible en: <http://autismo-br.com.br/home/Artig058.htm>. Consultado Junio, 2006.
14. Jelinková M. Intervención en la Adolescencia y Edad Adulta. [En línea]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi3/dificult.pdf>. Consultado Abril, 2006.
15. Limon A. Síndromes del espectro autista. Importancia del diagnóstico temprano. GacMéd de Méx [Seriada en línea] 2007;143 (1). Disponible en: www.anmm.org.mxhttp://www.scribd.com/doc/14866298/SEA-importancia-de-la-deteccion-temprana. Consultado Julio, 2008.
16. Posada de la Paz M. et al. Investigación epidemiológica en el Autismo: una visión integradora. RevNeurol [Seriada en línea] 2005; 40 Supl 1: S 191 – 98. Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2005061>. Consultado Junio, 2006.
17. Moreno de Ibarra M. Neuropsicobiología del Autismo [En línea]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/npd/npd15.html>. Consultado Marzo, 2006.
18. Cortez M., Contreras M.M. Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18 – 36 meses). Arch Argent Pediatr 2007; 105 (5): 418 – 26.
19. Albores – Gallo L. y col. Dificultad en la evaluación y diagnóstico del Autismo. Una discusión. Salud Mental [Seriada en línea] 2008; 31 (1).
20. Stone, W.L. Play and imitation skills in the diagnosis of Autism in young children. Pediatrics 1990; 86: 267 – 72.
21. Word Health Organization mental Disorders. International Classification of Diseases: ICD – 10. 10thed: New York. WHO; 1991.
22. Ruggieri, V. Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. RevNeurol[Seriada en línea] 2013; 56 (Supl 1): S13-S21.
23. Martos-Pérez, J. Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. RevNeurol[Seriada en línea] 2013; 56 (Supl 1): S61-S66.
24. Hernández J. M. y col. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol[Seriada en línea] 2005; 41 (4): 237-245.
25. Volkmar F.R., Lord C., Bailey A., Schultz R.T., Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45(1): 135 – 70.