

1. ASPECTOS PRELIMINARES

1.1. Conceptos y definiciones

Autor: Dr. Francesc Cuxart

(Del libro: El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos. F. Cuxart. Archidona. MÁLAGA. *Aljibe*. 2000).

Orígenes del término

El autismo como síntoma

Etimológicamente, el término *autismo* proviene de la palabra griega *eaftismos*, cuyo significado es “encerrado en uno mismo”, y su introducción en el campo de la psicopatología fue obra del psiquiatra suizo Eugen Bleuler que en su obra *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (Traducción al inglés de 1950. Original en alemán de 1913) utiliza el vocablo *autismo* para definir uno de los síntomas patognomónicos de la esquizofrenia. Para Bleuler, el síntoma autista consiste en una separación de la realidad externa, concomitante a una exacerbación patológica de la vida interior. De este modo, la persona que padece esquizofrenia (y siempre según Bleuler) reacciona muy débilmente a los estímulos del entorno, que además es percibido con animadversión. En la mayoría de casos, el objetivo de esta conducta es no perder la concentración en las fantasías internas, pero en algunos enfermos este aislamiento sirve para frenar un aumento de las emociones, ya de por sí muy elevadas como consecuencia de su *sensibilidad hipertrofiada*. Según el psiquiatra suizo, esta ruptura mental con el exterior no es absoluta, de manera que la conciencia en relación con hechos cotidianos puede estar relativamente bien conservada, y sólo en los casos más severos de *estupor* observamos un aislamiento absoluto.

Pero Bleuler va más allá en la definición del “síntoma autista”, y en la misma obra desarrolla el concepto de “pensamiento autista” que, según él, tiene su origen en la fragmentación esquizofrénica de la mente. Según Bleuler este tipo de pensamiento se caracteriza por estar dirigido por las necesidades afectivas del sujeto y por su contenido fundamentalmente simbólico, analógico, fragmentado y de asociaciones accidentales. La realidad objetiva es substituida normalmente por alucinaciones y el paciente percibe su mundo “*fantasioso*” como real y la realidad como una ilusión.

El autismo como síndrome

“Desde 1938, ha llamado nuestra atención un número de niños cuyas características difieren, de forma tan marcada y única, de todo lo descrito hasta ahora que cada caso merece –y espero que alguna vez lo reciban- una consideración detallada de sus peculiaridades fascinantes”. Así empezaba el primer artículo del psiquiatra estadounidense Leo Kanner (1943) en el que se exponía la descripción inicial del síndrome autista. En este escrito se describían once casos (ocho niños y tres niñas) que, con independencia de sus diferencias interindividuales, presentaban una “serie de características esenciales comunes”, concretándose la alteración patognomónica

fundamental en la “incapacidad para relacionarse normalmente, desde un principio, con personas y situaciones”. El autor amplía las características de este rasgo básico

con expresiones literales de los padres referidas a sus hijos afectados: “autosuficiente”; “como dentro de una concha”; “más feliz cuando se lo deja solo”; “comportándose como si la gente no estuviera presente”.

Aparte de esta grave dificultad para establecer relaciones interpersonales y con el mundo externo en general, Kanner da una relevancia especial a las alteraciones del lenguaje. De los once niños que constituyen esta muestra inicial, ocho desarrollaron lenguaje hablado, pero sin carácter comunicativo en ningún caso y caracterizado por su carácter memorístico y repetitivo. La ecolalia inmediata, pero sobretodo demorada, parece muy presente. También es notable la dificultad para generalizar más allá de la situación concreta de aprendizaje inicial y la utilización inadecuada -con una importante tendencia a la literalidad- de las palabras. En cambio, la articulación y la fonética parecen muy conservadas.

Un tercer síntoma fundamental del trastorno autista aparece en este artículo inicial: “un deseo ansioso y obsesivo de mantener la invariabilidad”. Para Kanner, este rasgo se expresa en múltiples conductas de estos once casos: en sus actividades que son “repeticiones monótonas”; o en la desesperación que puede provocar en el niño cualquier cambio de rutina, secuencia de acciones, situación del mobiliario u objeto roto o incompleto. El autor interpreta también como una consecuencia de este deseo de invariabilidad, el abanico restringido de actividades espontáneas.

Kanner también hace algún comentario acerca del nivel cognitivo de estos once niños y niñas, y afirma que manifiestan ciertos rasgos de inteligencia, como su excelente memoria mecánica o su buen rendimiento en el tablero de formas de Seguin.

Aparte, se afirma que varios de los niños son un poco torpes en la marcha y en la motricidad gruesa, pero que todos ellos poseen una excelente motricidad fina. Se les describe globalmente como físicamente normales, aunque se añade que cinco de ellos tienen un cráneo relativamente aumentado. Todos, menos uno, presentaron EEG normales, y el niño con el trazado alterado había presentado en el pasado dos episodios de crisis convulsivas de predominio derecho.

La descripción de estos once casos termina con una referencia a los padres. Dice de ellos Kanner que todos son extremadamente inteligentes, que la mayoría de ellos realizaron estudios universitarios y que las profesiones liberales abundan entre ellos. Y añade que en una alta proporción se trata de personas poco afectuosas, más interesadas en temas científicos o artísticos que en la propia gente. Para el autor, lo importante es valorar en que medida esta forma de ser de los padres ha podido influir en las anomalías de los hijos, pero concluye diciendo que el hecho de que el inicio de las alteraciones sea tan precoz, parece descartar una atribución exclusiva a este factor.

A pesar de que este escrito de Kanner supuso la primera descripción formal del trastorno autista y su elevación a la categoría de síndrome, los casos que describe no son los primeros con este tipo de alteración, puesto que con anterioridad a 1943 existen distintos relatos referidos a niños con comportamientos anormales que, por sus características, hacen albergar pocas dudas acerca de su autismo. Los casos quizás

más conocidos son los del niño salvaje de Aveyron y el de Kaspar Hauser, pero existen referencias de muchos otros, como los niños lobos de Hesse o los niños osos

de Lituania. Por este motivo hemos de creer que siempre han existido niños y niñas con autismo, y que el mérito de Kanner consistió en percibir unas características psicopatológicas comunes en una serie de sujetos con trastornos muy diversos y en entender que podían constituir un síndrome conductual no descrito hasta entonces.

Siguiendo con las descripciones iniciales del síndrome autista, sería injusto olvidar el trabajo de Hans Asperger que, sólo un año después del artículo de Kanner, publicó su famoso trabajo *Die autistischen Psychopathen im Kindesalter* (Asperger, H., 1944) en el que se mostraban una serie de casos que compartían los rasgos patognomónicos del síndrome de Kanner, aunque los niveles cognitivos globales eran significativamente superiores. Pero el artículo de Asperger se difundió poco, seguramente debido a que estaba escrito en alemán y a que fue publicado en Europa durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, la alteración que Asperger denominó *Psicopatía Autística* pasó a conocerse con el nombre de *Síndrome de Asperger* y sirve para denominar a los autismos de “nivel alto”. Con lo que aún no hay acuerdo, es con el hecho de si el síndrome de Asperger es un síndrome independiente o simplemente un subgrupo del autismo. En su momento, daremos nuestra opinión al respecto.

En su artículo, Asperger afirma que el trastorno fundamental del síndrome lo constituye las limitaciones de sus relaciones sociales y, en este sentido, el autor da mucha relevancia a la dificultad de estos sujetos para expresar y comprender sentimientos y afirma que un aspecto crucial para entender su personalidad es el de la profunda discrepancia entre sus niveles de inteligencia y afectividad: entre sus capacidades cognitivas normales (en muchos casos) y sus notablemente deficitarios impulsos e instintos. En el aspecto etiológico, Asperger se inclina por factores genéticos y, a diferencia de Kanner, no menciona ninguna variable psicógena.

Definición y criterios diagnósticos

El autismo en las grandes clasificaciones internacionales

Dentro de las últimas versiones de las dos clasificaciones internacionales de trastornos mentales más importantes (DSM-IV y ICD-10), el autismo está incluido dentro de la categoría de *Trastornos Generalizados del Desarrollo* (TGD) y se le denomina *Trastorno Autista*. Los TGD son, de alguna manera, la categoría que ha substituido en estos dos sistemas de clasificación al término *psicosis infantil* que, en el caso del DSM, ya fue eliminado de la versión de 1980 (DSM-III) aduciéndose en aquel entonces que el concepto de *psicosis infantil* era poco operativo e inducía a la confusión y el error.

Según el DSM-IV (APA, 1994) los TGD se caracterizan por “una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.” (op. cit.

pág. 69). Aparte del autismo o Trastorno Autista, los TGD incluyen los siguientes trastornos:

- Síndrome de Rett
- Trastorno Desintegrativo de la Infancia
- Síndrome de Asperger
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado

En esta clasificación, se considera que las características fundamentales del autismo son: un desarrollo de la interacción social y de la comunicación claramente anormales o deficitarios, y un repertorio muy restringido de actividades e intereses.

Aparte de las definiciones de los síntomas primarios y asociados, de los datos epidemiológicos, o de los criterios para el diagnóstico diferencial, la importancia de la DSM-IV como herramienta para el diagnóstico del autismo estriba en la existencia de unos *criterios* relativamente operativos, que facilitan el acuerdo entre distintos observadores. (ver Tabla 1)

Tabla 1

Criterios diagnósticos para 299.00 Trastorno Autista

- A. Un total de seis (o más) elementos de (1), (2) y (3), con un mínimo de dos de (1) y uno de (2) y de (3):
- (1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada por al menos dos de las siguientes características:
 - (a) alteración importante del uso de múltiples conductas no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses u objetivos (ej. no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - (d) Ausencia de reciprocidad social o emocional.
 - (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por una de las siguientes características:
 - (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación tales como gestos o mímica).
 - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrático.
 - (d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
 - (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados manifestados por lo menos una de las siguientes características:
 - (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés y que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (ej. aleteo o giro de las manos o los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - (d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Si analizamos el contenido de estos criterios diagnósticos observamos que con independencia de los tres síntomas fundamentales, se incluye un criterio temporal, de manera que sólo se puede diagnosticar el Trastorno Autista sí, además de estos síntomas, se observa una alteración importante (con anterioridad a los 3 años de edad) en, como mínimo, una de estas tres áreas del desarrollo: interacción social, lenguaje utilizado para la comunicación social y juego simbólico o imaginativo. El motivo de la inclusión de este criterio temporal es el de poder diferenciar entre el Trastorno Autista que, por definición, aparece muy precozmente, del Trastorno Desintegrativo de la Infancia, que se manifiesta después de un periodo de aparente normalidad no inferior a los 2 años de edad.

Sintomatología asociada

Todo síndrome clínico presenta, aparte de los denominados síntomas fundamentales, nucleares o patognomónicos, y que constituyen la base de su definición, un conjunto de síntomas secundarios o asociados (que no son necesarios para incluir a un sujeto particular en una categoría diagnóstica dada) y que pueden variar notablemente en cada individuo.

Por lo que se refiere al autismo, un síntoma asociado de primer orden lo constituye la deficiencia mental, que afecta a un 75%, aproximadamente de toda la población, puesto que, contrariamente a lo que se ha manifestado muchas veces y sin fundamento, la mayoría de la población que padece este síndrome presenta un CI dentro de los límites de la deficiencia mental. Concretamente, los estudios epidemiológicos sitúan el CI medio alrededor de 50 puntos (en lugar de los 100 de la población normal) y con una distribución normal entre los sujetos.

Conjuntamente con la deficiencia mental, en la tabla 2 se presentan los síntomas secundarios del autismo más frecuentes:

Tabla 2

- Deficiencia mental
- Hiperactividad (infancia)
- Hipoactividad (adolescencia y edad adulta)
- Humor lábil
- Baja tolerancia a la frustración
- Crisis de agitación (con o sin causa aparente)
- Impulsividad
- Autoagresividad
- Heteroagresividad (menos frecuente que la autoagresividad)
- Respuestas paradójicas a los estímulos auditivos
- Alteraciones del sueño
- Trastornos de la alimentación (selectividad, pica)
- Crisis epilépticas (20-25% de la población total)

Referencias bibliográficas

APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. DSM-IV*. Washington D.C. American Psychiatric Association.

Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Nueva York: International University Press (Versión original en alemán de 1913).