

El autismo infantil. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento

JORGE ESCOTTO-MORETT*

El presente escrito es una consideración de la evolución del conocimiento sobre el autismo infantil. Se revisa el diagnóstico y las dificultades existentes en ello. Se hace un análisis del estado actual de la investigación y el tratamiento tomando en cuenta algunos aspectos de controversia. Se especifica el concepto de psicosis infantil y su relación con la inteligencia y el pensamiento. Se habla del trabajo en México y se le compara con la experiencia de otros países. Finalmente se hacen ciertas observaciones sobre lo que puede ser el futuro de este trastorno.

CLAVES: Autismo, inteligencia, pensamiento, tratamiento.

SUMMARY

This is a review of concepts and diagnosis in autism, as well as the present approaches based upon possible clues from research. It also points to wards the major aspects between specific medical conditions in autism and some controversial elements. We present specific observations related to the concept of child psychosis and its relation with intelligence and thought; the therapeutic experience in Mexico is compared with that of other countries.

KEY WORDS: Autism, intelligence, thought, treatment.

En 1943 Leo Kanner reconoció el síndrome de autismo infantil temprano y desde entonces se ha convertido en uno de los trastornos más diversamente estudiados.

En un principio, y de acuerdo con la interpretación de Kanner, se trataba de un trastorno innato para establecer contactos afectivos,¹ de origen psicógeno relacionado con elementos psicofamiliares adversos y que fundamentalmente se constituya de los síntomas siguientes:

* Subdirector Médico. Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro», Secretaría de Salud.
Presidente. Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento de Autismo y otros Trastornos del Desarrollo.

a) *Indiferencia*: falta de contacto visual; ausencia de movimiento anticipatorios; respuestas afectivas abolidas o incongruentes aislamiento innato o cuando menos evidente durante los primeros meses de vida.

b) *Trastornos de lenguaje*: incapacidad para hacer uso pragmático de la comunicación oral que puede manifestarse como ausencia de lenguaje con emisión de chillidos sin propósito, o como una serie de deficiencias que oscilan y que pueden presentar la inversión de los pronombres personales, ecolalia y entonación estereotipada matizada con sonnetes.

c) *Movimientos estereotipados y tics*: modificaciones en la marcha, deambulación de puntitas; «aleteo»

en los miembros superiores; balanceos, movimientos repetitivos de los dedos; posiciones y actitudes raras.

d) *Incapacidad para aceptar los cambios*: juegos estereotipados y aparentemente faltos de imaginación; dificultad para aceptar variaciones o cambios en las rutinas de la vida cotidiana.

e) *Crisis emocionales*: presencia repentina y explosiva de estados de malestar severos acompañados de gritos y llanto, que desorganizan la conducta habitual del niño, y que aparentemente no tienen desencadenante externo.

Todos estos síntomas se presentan con cierta variabilidad: unos sí, otros no. En algunos casos figura el síndrome completo, con una vigencia relacionada con la edad y evolución del padecimiento.

Actualmente la descripción de Kanner sigue siendo de gran utilidad para reconocer el problema. Sin embargo, la consideración etiológica de tipo psicodinámico es ya insostenible. Ahora se piensa que se trata de una alteración orgánica, probablemente multifactorial² que inversamente de como se creyó en un inicio, desquicia y afecta a los padres y la familia por todas las implicaciones que tiene una condición así.

Consideraciones sobre los métodos de diagnóstico

En el presente el autismo está clasificado como un trastorno global o difuso del desarrollo.³ Figura dentro del grupo de las psicosis infantiles, aunque este concepto no es siempre bien ubicado y reconocido en la infancia.

De acuerdo con el ICD-10 y el DSM-III, según los criterios de Kanner (1943) el diagnóstico se debe hacer en consideración de tres aspectos:⁴

- I. Dificultades cualitativas en la interacción social recíproca.
- II. Dificultades cualitativas en la comunicación (verbal y para verbal).
- III. Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados, así como también en los intereses y actividades.

No obstante lo anterior, se debe tener muy en cuenta que el uso de criterios de diagnóstico como los mencionados, deben acatarse con cautela, ya que son insuficientes y deben complementarse con cuestionarios específicos para los padres de estos niños; debe haber una observación clínica directa y en la medida posible realizar pruebas de ejecución y habilidades.

Todo esto es fundamental ya que tanto en ICD-

10 como el DSM-III R proporcionan datos poco precisos, que no hacen diferencias con otras alteraciones como el síndrome de Rett⁵ y el de Asperger^{6,7} que se parecen al autismo pero tienen otro pronóstico.

Por otra parte, debe decirse que están ya ubicados⁸ los instrumentos de valoración para el autismo, los que se enfocan hacia desviaciones cualitativas del desarrollo, asociadas al trastorno y que no consideran únicamente la presencia o ausencia de ciertas habilidades y particularidades conductuales.

Semejanza y relación con otras alteraciones del desarrollo

El autismo ha sido estudiado en la actualidad desde múltiples enfoques; además, recientemente se han aclarado y reconocido algunos trastornos que anteriormente se confundían y mezclaban entre sí. Esta diferenciación ha sido importante y ahora se debe reconocer al autismo como un síndrome orgánico devastador con anomalías idiosincrásicas en las emociones y en la relación y comunicación con los demás, que se presenta muy precozmente.

Diffiere cualitativamente de la esquizofrenia, entre otras cosas por la presencia variable de epilepsia y crisis psicomotoras en la adolescencia.⁹ Otros aspectos relevantes son la disarmonía entre ciertas áreas del desarrollo que parecen afectar más el pensamiento y menos la inteligencia. Esto lo distingue del retardo mental que además, presenta anormalidades neuropatológicas; esto no es así en los pocos estudios *post mortem* que se han realizado en autistas.⁴

Uno de los rasgos más conspicuos y propios del autismo es la dificultad para reconocer y compartir afectos y la indiferencia. Este elemento ha sido estudiado^{10,11} y relacionado clínicamente con la presencia de malestar emocional o de trastornos afectivos endógenos.¹⁰

Los resultados obtenidos en estudios realizados en autistas y su liga con la población general arrojan datos, que aunque algunos se presentan a controversia,⁴ otros tienen presencia consistente en los diversos países estudiados.^{9,12} Los aspectos más importantes pueden resumirse así: no hay diferencia entre la población rural y la urbana en cuanto a la presencia del trastorno y este es de 4.0-6.7 autistas por cada 10.000 niños sanos; los hombres sobrepasan a las mujeres en relación de 1.4 a 4.8; en la gran mayoría de los casos los autistas funcionan como si fueran retrasados mentales,¹³ con un C.I. menor a 70, aunque en muchos casos existan

«isletas» de habilidades especiales; el retardo más severo es igual para hombres y mujeres, aunque las mejores posibilidades son para los hombres.

Algunos estudios han sugerido la relación del autismo con factores hereditarios, hasta ahora desconocidos.^{14,15} También se ha mencionado la evidencia de pequeñas dificultades, que sin ser específicas, reducen las condiciones óptimas de los períodos intrauterinos y perinatal.¹⁶

Otros autores han considerado la existencia de varias anomalías cromosómicas de distinta índole en un buen número de autistas. Entre los más comunes son los que asocian el autismo con la anomalía de cromosoma X frágil (AFRAX)^{17,18} y la estiman en 8 %¹⁹ de los casos. Sin embargo, otros mencionan que el porcentaje verdadero debe ser muy inferior a esa cifra.⁴

En otras muestras se ha visto que el AFRAX se presenta no sólo en autistas sino también en niños y niñas con retardo mental.¹⁵ Otros investigadores, por el contrario, no han encontrado ningún X frágil entre la población de autistas.²⁰

La esclerosis tuberosa, como desorden genético, también podría asociarse a 5 % de la población con autismo,²¹ y los estudios neurofisiológicos han soslayado la disfunción tanto en lóbulo temporal como en tallo cerebral.²¹ También hay hipótesis que señalan aumento de la serotonina en ciertos subgrupos de pacientes. En otros casos la dopamina se ha considerado disfuncional.²²

Hay otros aspectos que asemejan al autismo con otros trastornos: el síndrome de Rett, el de Asperger y la psicosis simbiótica, que se suelen confundir.

La confusión más grave sería con el síndrome de Rett.²³ Sin embargo, actualmente se ha podido diferenciar. Se trata, brevemente, de un cuadro que hasta ahora sólo afecta a las mujeres; no es una psicosis en el sentido más estricto; produce incapacidades para realizar movimientos propositivos con las manos y también hay en éstas movimientos estereotipados; hay frecuentemente hiperventilación. Con el paso del tiempo se presenta deterioro neurológico que afecta ortopédicamente a todos los casos.²⁴ Este síndrome proporciona una muestra de como muchas veces puede haber un mal diagnóstico que encubre otras anomalías.

El síndrome de Asperger y la psicosis simbiótica podrían ser versiones atenuadas del autismo, explicadas por una edad de inicio del trastorno más tardía.¹⁰ Representan ambas un pronóstico distinto.

Como se aprecia, con los elementos disponibles puede preguntarse si el autismo es uno o varios trastor-

nos uniformados por un desarrollo alterado muy semejante.

Las nuevas clasificaciones ya no hablan de la aparición inicial de un autismo primario, tipo Kanner, sin irregularidades biológicas, y un autismo secundario, consecutivo a una enfermedad o perturbación encefálica que dejaría un síndrome semi-autístico como secuela. Parece que con el avance de los métodos de investigación en la mayoría de las veces hay alteraciones de uno y otro tipo. Se ha avanzado, sin embargo debe reconocerse que existen limitaciones diversas al interpretar todos estos hallazgos, sobre todo por su presencia heterogénea y por otro lado la falta de uniformidad en la selección de los casos. Todo esto impide establecer correlatos adecuados con las manifestaciones clínicas. Algunas de las investigaciones son muy inespecíficas porque no cuentan con un buen diagnóstico, además de que incluyen pacientes de todas las edades y no consideran el nivel, ni tiempo de evolución del trastorno. Es muy posible que esto facilite datos imprecisos, además de confusos, por incluir y conjuntar ciertas patologías distintas.

Debe reconocerse que las futuras investigaciones tendrán que reconsiderar el concepto y la definición del autismo, y contemplar su agrupación en varios tipos determinados clínicamente, así como también la edad del inicio y el curso del cuadro psicopatológico.

El concepto de psicosis infantil y su tratamiento

Cuando se habla de psicosis se suele pensar en una enfermedad del mismo tipo para los adultos y los niños. Aunque esto es parcialmente cierto, existen criterios que la muestran radicalmente distinta en cada etapa de la vida.

En un adulto el término de psicosis alude a una modificación anormal del pensamiento mediante la cual se juzgan los hechos con proposiciones mayoritariamente falsas (delirios) y pueden percibirse también falsamente objetos inexistentes o desfigurados (alucinaciones, ilusiones). Según otras variantes el pensamiento se «identifica discursivamente» o se «ausenta»; otras veces se pierde, pero siempre se habla de un pensamiento establecido y posteriormente deformado en relación a una organización previamente instalada.

Enfocado a la infancia el concepto de psicosis también se aplica a una alteración del pensamiento pero, y esto es importante, se trata de una entidad en evolución, distinta al pensamiento del adulto.

En cada etapa del desarrollo infantil la inteligencia y el pensamiento varían cualitativa y cuantitativamente; para cada área, dentro de un mismo proceso, se logran trasmutaciones en una estructura orgánica que da configuración y significado al mundo; se construye una realidad, que dentro de los parámetros de la especie, mejora, se enriquece y especializa paulatinamente.

Por lo tanto, una psicosis infantil es una afección que incide en el pensamiento, pero en su desarrollo más temprano, cuando escasamente comienza a presentarse. De esta manera aunque la inteligencia trabaje en actividades de ejecución, el resto de la actividad mental se muestra como si estuviera vacía o muy precaria en representaciones sensoriales y emocionales, semánticamente hablando. Entre mayor edad al inicio del trastorno menor daño; en otros términos: inteligencia y pensamiento, parte de un todo, no son sinónimos y su labor, aunque mutuamente relacionada, no es la misma.

La inteligencia, entendida como principio regulador propio de la organización de cada especie, es la característica principal de todos los seres vivos. Es, en resumen, una conciencia permanente y continua que norma y forma todas las percepciones y los cambios que se producen en el comportamiento del sujeto como consecuencia de la interacción de éste con el mundo interior y exterior. Es también la percepción inteligible; todo se aprecia siempre «como algo».

El pensamiento humano es, en este caso, una actividad regulada también por la inteligencia, que entre otros aspectos da significado a los hechos. Estos significados son todas las emociones y la gama de afectos unidos a una historia individual que se inicia poco a poco desde el nacimiento y que produce gradualmente miseria e identidad. En síntesis el pensamiento es autoconciencia.

De acuerdo con este breve resumen los síndromes autísticos, considerados dentro del grupo de las psicosis infantiles, trastornan el pensamiento precozmente; esto es, en estados incipientes de desarrollo y dejan como resultado grados diversos de limitación en la autoconciencia que clínicamente se traduce como indiferencia, síntoma cardinal del autismo. Esto debe recordarse ya que cada una de las variantes del cuadro está relacionada con esta condición.

El tratamiento, limitado por el desconocimiento actual de la etiología, debe dirigirse integralmente a modificar la indiferencia. Generalmente las personas que padecen autismo tienen respuestas emocionales muy pobres o en muchos casos muestran malestares

repentinos fuera de contexto. En cambio la inteligencia, como coordinación motora y capacidad para obedecer y seguir instrucciones sencillas, así como la memoria, se mantienen adecuadas, aunque su desempeño sea relativamente ajeno y con cierta independencia debida a la organización tan insuficiente.

Estas observaciones son producto de la experiencia del autor y otros colaboradores en el Programa de Terapia Ambiental²⁶ iniciado hace diez años en el Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro», y que tiene por objetivo el diagnóstico y tratamiento e investigación de los casos de autismo y otros trastornos semejantes. Durante una década y después de tratar a ciento seis menores en un grupo terapéutico abierto, se puede afirmar que las características de los pacientes mexicanos en términos generales son iguales a los de la población reportada en otros países.

El modelo de atención se abrió para la población que no contaba con una protección de este tipo, sobre todo de manera institucional. Como el costo de un plan de esta naturaleza es elevado y superaba las posibilidades existentes, se creó en 1984 la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, institución de asistencia privada, cuyo fin es ayudar a los que sufren estos problemas y orientar a sus familiares. Desde su inicio el manejo de los menores se ha apegado a las necesidades de cada momento.

Actualmente se cuenta con la creación de un Hospital de Día que ofrece varias clases de atención, desde las ocho treinta de la mañana hasta las cinco de la tarde, de lunes a viernes. Esta fórmula permite recibir en un mismo lugar a una buena cantidad de personas para brindarles el auxilio de una serie de profesionales que dan terapias tales como ambiental, de lenguaje, de pareja, psicomotricidad; juego dirigido y libre, actividades de la vida diaria y socialización; cuidados de enfermería y alimentación; psicología educación especial, pediatría y trabajo social.

Todos los servicios se adaptan a las necesidades de cada caso y se dosifican individualmente según la severidad, pero se intenta siempre que reciban el mayor número de elementos estructuradores. Es muy importante la detección temprana del síndrome, ya que ello facilita la oportuna aplicación del programa terapéutico. La falta de éste o la inconstancia pueden dejar defectos peores que el trastorno en sí.

Está implícito que por el momento el tratamiento no es farmacológico en esencia; los medicamentos sólo se deben usar durante un tiempo determinado y muy

controladamente para corregir ciertos síntomas que van y vienen. Los resultados no son siempre satisfactorios. Mientras no se aclaren y distingan los factores etiológicos sólo se contará con la educación psicopedagógica y la orientación familiar como remedios principales, en virtud de la imposibilidad actual de una cura total.

Referencias

- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child* 1943; 2: 217-250.
- Gillberg C. The Neurobiology of infantile autism. *J. child Psychol Psychiat* 1988; 29: 257-266.
- American Medical association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised DSM-III-R Washington D.C. 1987.
- Rutter M. Diagnostic and Description of autism: current concepts and approaches. Autism today tomorrow congress-report International association autism-europe, Hamburg 1988.
- Hagberg B, Ricarde J. A progressive syndrome of autism Dementia ataxia and loss of purposeful hand use in girls: Rett syndrome Report of 35 cases. *Annals of Neurology* 1983; 14: 471-479.
- Asperger H. Autistischen Psychopathen im Kindesalter; *Archiv Fur Psychiatrie und Nerven Krankheiten* 1944; 117: 76-136.
- Tantam O. Asperger's Syndrome. *J. Child Psychol Psychiat* 1988; Vol. 29 No. 3; 245-255.
- Lord C, Rutter M. Autism Diagnostic Observation schedule Standardized observation of communicative and social behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1989; Vol. 19 No. 2: 185-212.
- Hausser S, de Long G. Pneumographic finding in the infantile autism syndrome; a correlation with temporal lobe disease. *Brain* 1988; 667-668.
- Escotto-Morett J. Autism: an Early Affective disorder? International Association for child and adolescents Psychiatry and allied professions 11th International congress Abstracts. Paris 1986.
- Souza M, Escotto-Morett J. Controversias en torno a la privación afectiva en la infancia, sus causas, efectos y prevención. *Salud Mental* 1986; 8 (1) 39 México.
- Wing L. Autism possible clues to the underlying pathology; Clinical Facts and aspects of autism: biological Research Ed. Lorna Wing. Gaskell the National Autistic Society Oxford 1988.
- Wing L. Lenguaje, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1981; 11: 31-44.
- Folstein S, Rutter M. Infantile Autism: Genetic Study of 21 pairs. *J. L. of child psychol and Psychiat* 1977; 18: 222-231.
- Folstein S, Rutter M. Autism: Familial Aggregation and genetic implications J.L. of Autism and Developmental Disorders 1988; 18: No. 1: 3-30.
- Gillberg C. & Gillberg IC. Infantile autism: a total population, of reduced optimality in the pre-peri and neonatal period J. L. of Autism and Developmental disorders 1983; 13: 153-166.
- Brown WT, Jenkins EC, Friedman E y cols. Autism associated with the Fragile X Syndrome. *J. L. of Autism and Developmental Disorders* 1983; 12: 303-308.
- Meryash L, Szymanski LS & Gera P. S. Infantile autism associated with the fragile x syndrome. *Journal of autism and developmental disorders* 1982; 12: 259-301.
- Watson MS, Leckmann JL, Annex B y cols. Fragile x in a survey of 75 autistic males. *New England J. L. of Medicine* 1984; 310: 1462-1476.
- Goffine PE, Mc Pherson PM, Heath GA & Cols Association of fragile X syndrome with autism, *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 108-110.
- Coleman M, Gillberg C. The Biology of the Autistic Syndromes 2nd Edition. New York Praeger 1987.
- Kohler J. The role of serotonin in autism. Aspects of autism: biological Research ed. L. Wing. Gaskell; The National Autistic Society Oxford 1988.
- Burd L, Gascon G. Rett Syndrome: Review and discussion of current Diagnostic Criteria. *J. Child Neurol* 1988; 3: 263-268.
- Hagberg B. Rett Syndrome. Clinical peculiarities diagnostic approach, and possible cause. *Pediatr. Neurol* 1989; 5: 75-83.
- Piaget J. La construcción de lo real en el niño, Buenos Aires, Ed. Paidós, 2a. ed., 1989.
- Escotto-Morett J. Murga E. Programa de Terapia Ambiental para el Tratamiento de las psicosis infantiles. (En preparación).





ROBERT BARANY
(1876-1936)

Robert Barany nació el 22 de abril de 1876 en Viena, Austria, estudió medicina en la misma ciudad y se graduó en el año 1900, frecuentando después diversas clínicas alemanas de medicina interna y psiquiatría. De retorno a Viena fue ayudante del profesor Politzer en la clínica de otología de la Universidad desde 1905 hasta 1911, siendo nombrado «Privat-dozent» de otología en 1909. Ya en 1905 había comprobado que, al lavar el oído, la temperatura del líquido utilizado era decisiva para el nistagmo y que este fenómeno se desencadena por los canales semicirculares. Lo importante es el calentamiento o enfriamiento del laberinto y la posición de la cabeza cuando esto se realiza. Más tarde publicó sus estudios sobre la prueba del índice y estableció que en la corteza del cerebelo hay cuatro centros para cada articulación del cuerpo, es decir, uno para cada una de las cuatro direcciones de los movimientos, lo que permitió establecer una nosología topográfica del cerebelo. En 1914 recibió el Premio Nobel por sus trabajos *sobre la fisiología y patología del aparato vestibular*. Durante la guerra de 1914-1918 halló un tratamiento satisfactorio para las heridas craneales por arma de fuego, protegiendo a los heridos de la infección exógena mediante suturas primarias. Terminada la guerra fue profesor en la Universidad de Upsala, donde dirigió la Clínica y Policlínica de Otorrinolaringología. Murió el 8 de abril de 1936, poco antes de su sexagésimo aniversario.

J. S. P.

Premio Nobel en Medicina 1914