

TEMA 18- EL AUTISMO INFANTIL.

1.- INTRODUCCIÓN.

- ☞ "Autismo" proviene del griego "autos" y significa "sí mismo".
- ☞ Utilizado por primera vez por Bleuler (1911), para referirse a un trastorno del pensamiento (continua autorreferencia) que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos.
- ☞ Leo Kanner (1943) es el pionero en la literatura. Observó cómo 11 niños con alteraciones extrañas, eran coincidentes entre sí y diferentes del resto de los niños.
- ☞ Años 60: Una hipótesis explicativa del autismo, postula la existencia de una alteración del desarrollo del lenguaje.
- ☞ Existen divergencias y controversias que han estimulado el desarrollo teórico, metodológico y explicativo, de la literatura sobre el autismo.
- ☞ De forma alternativa, también surgen especulaciones teóricas que enfatizan una pretendidas habilidades específicas en éstos niños (idiots savants).

2.- EL CONCEPTO DE AUTISMO.

- ☞ Kanner: "Innata alteración autista del contacto afectivo". Lo patognomónico del trastorno es la incapacidad para relacionarse con la gente: el déficit interpersonal ó socioafectivo. También incluye los problemas lingüísticos y cognitivos, aunque considera que tienen menor peso etiopatogénico.
- ☞ Rutter (años 60): Autismo como un "síndrome conductual". Plantea un origen orgánico cerebral. Hincapié en las alteraciones lingüísticas como síntoma primario (incapacidad de al alteración emocional para explicar por sí sola el trastorno).

El síndrome se va considerando en la categoría de la "deficiencia" más que en la de los "trastornos mentales", cobrando mayor peso etiopatogénico, los problemas o déficits cognitivos por encima de los socioafectivos.

- ☞ La National Society for Autistic Children (NSAC) de EEUU, define el autismo como un déficit conductual cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulo sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y las capacidades de relacionarse con personas, sucesos y objetos.

- ☞ El DSM-III considera el autismo como un "trastorno generalizado del desarrollo" (alejado definitivamente de las psicosis). Son rasgos primarios, tanto los afectivos, como los cognitivos y conductuales.
- ☞ Actualmente, existe una tendencia a volver al término original del autismo, y a abandonar el término "trastorno generalizado del desarrollo" ⇒ El autismo constituye un trastorno específico del desarrollo (no generalizado).

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO INFANTIL.

3.1.- ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SOCIAL.

- ☞ El desarrollo de la conducta social del niño autista, va produciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Es más evidente en los primeros años de vida.
- ☞ Wing y Gould, establecieron 3 patrones distintos de relación social:
 - Aislado: Evita la interacción de forma activa.
 - Pasivo: Soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.
 - Activo pero extravagante: Interactúa de un modo extraño y excéntrico.
- ☞ No todos los autistas muestran el mismo tipo de interacción social, pero, existen conductas específicas de los niños autistas: ausencia de contacto con lo demás, carencia de vínculo con los padres (no gritan para llamar la atención, no buscan contacto afectivo, nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en brazos).
- ☞ Preocupación del niño autista por preservar la invariabilidad el medio. Muestran una gran hipersensibilidad al cambio, respondiendo con fuertes berrinches e incluso, autolesionándose.

3.2.- ALTERACIONES DEL LENGUAJE.

- ☞ La comunicación intencional, activa o espontánea, se ve muy perturbada o limitada en los niños autistas: falta de sonrisa social, de miradas a las personas, y de gesto y vocalizaciones comunicativas.

Los niños autistas que llegan a hablar, lo hacen de forma características, con patrones lingüísticos cualitativamente diferentes de los de los niños normales.

Alteraciones más frecuentes del lenguaje

- Expresivo:

Inversión pronominal: Cuando el niño se refiere a sí mismo utilizando "tú" o "él" ("Mamá, él quiere comer un bocadillo").

Ecolalia: Repetición de las palabras o frases dichas por los demás. Puede tener lugar, inmediatamente, o después de un tiempo de demora (ecolalia retardada). La ecolalia, no es específica de los niños autistas, ya que el desarrollo normal del lenguaje, incluye conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses. Cuando persiste más allá de los 3-4 años se considera patológica.

Otras alteraciones: Alteraciones fonológicas, semánticas, defectos de la articulación, monotonía y labilidad en el timbre y en el tono de voz, y reiteración obsesiva de las preguntas.

- Lenguaje receptivo

Dificultades para atender y/o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual. Además, cuando hablan, no lo hacen con propósitos comunicativos.

- Lenguaje expresivo no verbal (gestual)

Discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias. Incluso el habla de los que han alcanzado un lenguaje relativamente sofisticado, muestra carencia de emoción, imaginación, abstracción, y literalidad muy concreta.

3.3.- ALTERACIONES MOTORAS.

Conducta estereotipada ó autoestimuladora:

Comportamiento repetitivo, persistente y reiterado, cuya función aparente es la de proveer al niño de retroalimentación sensorial o cinestésica.

Balanceo rítmico del cuerpo, saltos, carreras cortas, giros de cabeza, aleteos de brazos y manos o posturas extravagantes.

También se observan estereotipias motoras con materiales: dar vueltas a una cuerda, observar insistentemente un objeto giratorio.

En todos éstos comportamientos el núcleo central lo integra la estimulación visual y auditiva.

Diversos autores piensan que, estas conductas interfieren en la responsividad del niño y en la adquisición de conductas normales.

☞ Conductas autolesivas:

Cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo (golpearse en la cabeza, morderse las manos, golpearse los codos, arrancarse el pelo).

Estas conductas conllevan otros perjuicios indirectos: Si la conducta es demasiado intensa habrá que constreñirles físicamente para prevenirla, y, si ésta constricción se prolonga demasiado, puede provocar otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño.

Esta conducta, además, condiciona y restringe el desarrollo psicológico y educativo del niño.

3.4.- ALTERACIONES COGNITIVAS.

☞ Existe un déficit generalizado en las diferentes áreas del desarrollo cognitivo.

3.4.1. – Capacidad intelectual.

☞ Aproximadamente un 60% de los niños autistas presentan un CI por debajo de 50, un 20% entre 50-70, y un 20% por encima de 70.

☞ Tienen mejores resultados en los tests que miden habilidades manipulativas o viso-espaciales y memoria automática.

☞ Rendimiento inferior en las tareas que requieren procesamiento secuencial.

☞ Los autistas procesan la información de forma diferente a los sujetos no autistas. Esto resulta evidente en el análisis de sus "habilidades especiales" o "islotas de habilidad" (memorizar listados).

☞ "Ceguera mental": Incapacidad para atribuir estados mentales a los demás.

3.4.2. – Activación y sensopercepción.

Respuesta anormal ante la estimulación.

No se trata de un problema perceptivo sino de atención (puede no responder a un ruido intenso y responder al oír el ruido producido al pasar la hoja de una revista).

Estas anomalías se dan también en otras modalidades sensoriales como el olfato o el tacto.

"Hipersensibilidad estimular"

Estudios han demostrado que los autistas responden solo a un componente de la información sensorial disponible, que es más una consecuencia de una presunta "rigidez atencional", y no una alteración específica de los procesos perceptivos.

4.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

- Los principales sistemas de clasificación nosológica, DSM-IV y CIE-10, han reagrupado los criterios diagnósticos en 3 comportamentales y uno cronológico.

Criterios diagnósticos del trastorno autista según el DSM-IV-TR.

A. Comportamentales Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son 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 y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos 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 idiosincrásico.
- (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 mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés 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 (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Cronológico: Retraso o funcionamiento anormal en por lo 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.

5.- EPIDEMIOLOGÍA.

La cifra estadística que más frecuentemente se ha hallado es de 4,5 por 10000 niños.

La mayor parte de los autores cifran la incidencia de 2-4 autistas por 10000 niños en a población de 8 a 10 años.

6.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ☞ Existe dificultad para establecer un "punto de corte" entre el autismo y otros trastornos que comparten ciertos síntomas.

6.1. – ESQUIZOFRENIA INFANTIL.

- ☞ Los niños desarrollan la psicosis según 2 modalidades:

- 1) Antes de los 3 años, con características autistas.
- 2) Entre los 5-15 años, similar a la esquizofrenia adulta.

- ☞ La esquizofrenia infantil es:

De inicio más tardío.

Con presencia de historia familiar de psicosis.

Alteraciones del pensamiento (delirios).

Alteraciones de la percepción (alucinaciones).

- Déficit psicomotrices y pobre salud física.
- Responde mayor al tratamiento farmacológico (el autismo responde mayor a las técnicas de modificación de la conducta).

6.2. – DISFASIA EVOLUTIVA.

☞ Consiste en un retraso en la adquisición del lenguaje y en la articulación.

☞ Características comunes:

Ecolalia.

Inversión pronominal.

Déficit de secuenciación.

Déficit en la comprensión del significado de las palabras.

☞ Características diferenciales:

Los déficits de los autistas son más graves y complejos.

Los niños difásicos conservan su capacidad comunicativa, manifiestan sus emociones y son capaces de llevar a cabo juegos simbólicos.

6.3. – SÍNDROME DE RETT.

Es un trastorno exclusivo del sexo femenino.

Aparece como categoría nosológica en la CIE-10 y el DSM-IV.

"Trastorno de deterioro progresivo asociado a una ausencia de expresión facial y de contacto interpersonal, con movimientos estereotipados, ataxia y pérdida del uso intencional de las manos".

Crterios diagnsticos del trastorno de Rett segn el DSM-IV-TR.

A. Todas las caractersticas siguientes:

1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses despus del nacimiento.
3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparicin de todas las caractersticas siguientes despus del perodo de desarrollo normal:

1. desaceleracin del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. prdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
3. prdida de implicacin social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interaccin social se desarrolla posteriormente).
4. mala coordinacin de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Comparacin entre sndrome de Rett y Autismo infantil:

| SNDROME DE RETT | AUTISMO INFANTIL |
|---|---|
| Desarrollo normal hasta los 6/8 meses. | Aparicin en la primera infancia. |
| Prdida progresiva del habla y de la funcin manual. | Las habilidades previamente adquiridas e mantienen. |
| Profundo retraso mental en todas las reas funcionales. | Las habilidades visoespaciales y manipulativas parecen conservarse mejor que las verbales. |
| Microcefalia adquirida, retraso en el crecimiento, prdida de peso. | Desarrollo fsico normal en la mayora. |
| Movimientos estereotipados siempre presentes. | Conductas estereotipadas variadas con manifestaciones complejas. |
| Dificultades progresivas en la deambulacin. Apraxia troncal y coordinacin corporal. | Funciones motoras gruesas normales en la primera dcada de la vida. |
| Ausencia de lenguaje. | En algunas ocasiones ausencia de lenguaje, si est presente patrones peculiares. Trastornos comunicativos no verbales. |
| Contacto ocular presente, a veces muy intenso. | Contacto ocular inadecuado. |
| Poco inters por la manipulacin de objetos. | Conductas ritualistas estereotipadas. Manipulacin de objetos o autoestimulaciones sensoriales. |
| Crisis durante la infancia en al menos el 70% de los casos. | Crisis en el 25% de los casos durante la adolescencia y la edad adulta. |
| Bruxismo, hiperventilacin con retencin/expulsin del aire | No es tpico el bruxismo ni la hiperventilacin. |
| Pueden presentarse movimientos coreiformes y distonias. | No existen movimientos coreiformes ni distonias. |

6.4. – RETRASO MENTAL.

Conservan su capacidad de comunicación y de interacción social.

Desarrollo físico afectado.

Pobre rendimiento en todas las áreas intelectuales (los autistas pueden tener conservadas y/o potenciadas habilidades no relacionadas con el lenguaje como la música, las matemáticas o las manualidades).

6.5. – PRIVACIÓN AMBIENTAL.

- ☞ La privación ambiental es un agente causante de problemas y déficit en el desarrollo infantil (privación maternal, abandono, malos tratos, institucionalización), pero cuando a éstos niños se les sitúa en un ambiente estimulante, recuperan las habilidades perdidas o inexistentes.

6.6. – SÍNDROME DE ASPERGER.

Criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger según el DSM-IV-TR.

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

- ☞ Parecen autistas de alto nivel, es decir, sin la afectación en el desarrollo del lenguaje.

6.7. – TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL.

- ☞ En el trastorno desintegrativo infantil el criterio esencial es la manifestación de una regresión profunda y una desintegración conductual tras 3 o 4 años de un aparente desarrollo normal, aunque las clasificaciones nosológicas adelantan la edad hasta los 2 años.
- ☞ Con frecuencia se observa un período prodrómico al que se asocia la presencia de irritabilidad, inquietud, ansiedad y una relativa hiperactividad; período al que sigue la pérdida del habla y del lenguaje, de las habilidades sociales, alteración de las relaciones personales, pérdida del interés por los objetos e instauración de estereotipias y manierismos

Crterios diagnósticos del Trastorno desintegrativo infantil según el DSM-IV-TR.

- A.** Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B.** Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. lenguaje expresivo o receptivo
 2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
 3. control intestinal o vesical
 4. juego
 5. habilidades motoras
- C.** Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
 2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
 3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos
- D.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

- ☞ Existen dos razones fundamentales para diferenciar el diagnóstico desintegrativo del autismo:

- El período de desarrollo normal es significativamente más largo de lo que usualmente se da en el autismo.

- El patrón de regresión es diferente, ya que habitualmente implica la pérdida de otras habilidades además de la comunicación y las relaciones sociales.
- ☞ Tanto el curso como la descripción clínica del trastorno desintegrativo difieren del Síndrome de Rett.

7.- ETIOLOGÍA.

- ☞ Existen gran número de teorías desde diferentes enfoques y modelos. Se pueden agrupar en 2 grandes áreas:

7.1. – HIPÓTESIS GENÉTICAS Y NEUROBIOLÓGICAS.

- ☞ Se estudian los factores genéticos desde 2 enfoques:
- Identificar una alteración genética conocida y estudiar el patrón comportamental anormal relacionado con ella.
 - Analizar e identificar un determinado patrón comportamental anormal e investigar la frecuencia con que aparece en la familia.
- ☞ Con respecto al autismo, se admite la presencia de una alteración genética en el 10-20% de los casos. Diversas anomalías en el cariotipo de los autistas, con alteraciones en la mayor parte de los cromosomas excepto en 7, 14, 19 y 20.
- ☞ Desde el primer enfoque, el síndrome del X frágil es la hipótesis que más interés ha suscitado (falta de sustancia en el extremo del brazo largo del cromosoma X), aunque los resultados no son concluyentes.
- ☞ Desde el segundo enfoque, los resultados demuestran responsabilidad de los genes al comparar la frecuencia de la población general (2-4 por 10000) con la frecuencia del trastorno entre hermano, en torno a 3-5%.
- ☞ Independientemente de su orientación teórica, actualmente los investigadores están de acuerdo en que el autismo infantil es un síndrome conductual con un origen claramente biológico:

- Procesos infecciosos: El virus de la rubéola es el que más se ha detectado en autistas, aunque también hay relación con infecciones intrauterinas y postnatales por diferentes virus ⇒ Parece que éstos niños presentan un deterioro de su inmunidad, posiblemente por alteración genética en sus linfocitos T.
- Alteraciones metabólicas: La más relacionada es la fenilcetonuria (Friedman encontró un 92%). Actualmente, hallazgo de hiperserotoninemia detectada en el 25% de los casos y su correlación con historia familiar de hiperserotoninemia. Sin embargo también se ha encontrado en otros trastornos y, la disminución del nivel de 5-HT no mejora al autista.
- Estudios desde la neuropsicología: Unos abogan por la disfunción cortical primaria como factor causante, y otros, por la disfunción primaria del tronco cerebral (dependiendo de la técnica exploradora).

7.2. – HIPÓTESIS PSICOLÓGICAS.

- 📖 Los estudios se han centrado en los problemas de comunicación, en las relaciones sociales y en los déficits cognitivos.

7.2.1. – Teoría socioafectiva según Hobson.

Postula que la alteración en la comunicación es primariamente afectiva.

El ser humano desde que nace está orientado hacia lo social y tienen capacidad para detectar las emociones de los demás a partir del lenguaje no verbal gestual ⇒ "Empatía inferencial" (proceso propugnado biológicamente para entender las emociones).

Su teoría se puede sintetizar en 4 axiomas:

Los autistas carecen de los componentes constitucionales para intereractuar emocionalmente con otras personas.

Esas reacciones son necesarias para la "configuración de un mundo propio y común" con los demás.

La carencia de participación social tiene en el autista 2 consecuencias importantes:

- Fallo para reconocer que los demás tienen sus propios sentimientos, deseo e intenciones.
- Alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente.

- La mayor parte de los déficits cognitivos y del lenguaje de los autistas, son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.

7.2.2. – Hipótesis cognitiva de leslie y frith y de leslie y happé.

Los problemas sociales y de comunicación de los autistas, se deben a un problema cognitivo específico ⇒ Alteración de la "capacidad metarepresentacional" (responsable de que los niños desarrollen el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales a los demás).

Sin embargo, la evidencia ha demostrado que existen otras habilidades que no implican metarrepresentaciones y que están alteradas en los autistas.

7.2.3. – Hipótesis cognitivo-afectiva.

Las dificultades comunicativas y sociales de los autistas, están originadas en un déficit afectivo primario, estrechamente relacionado a un déficit cognitivo, también primario ⇒ Dificultades en la apreciación de los estados mentales y emocionales de los demás.

Críticas centradas en el déficit afectivo y en el *déficit de percibir contingencias* (los autistas no son difíciles de condicionar).

En posteriores formulaciones, descartan la hipótesis del procesamiento de contingencias y postula como responsable de la alteración en la atención gestual conjunta, la existencia de un déficit en la regulación de la activación, que alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, y, por tanto, alteraría la atención gestual conjunta, así como la comprensión de estados mentales y afectivos.