



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Criterios clínicos y/o comportamentales en el diagnóstico del autismo infantil

Clinical and/or behaviorial diagnosis criterious in infantile autism

Por

A. POLAINO LORENTE

Profesor agregado de Psicopatología, Universidad Complutense, Madrid.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico clínico. Diagnóstico comportamental. *Tests* de inteligencia en el autismo. Trastornos del lenguaje. Estereotipias. Conducta social.

INTRODUCCION

El diagnóstico del autismo infantil, que siempre ha sido problemático, lo es hoy mucho más. A pesar de los avances que se han logrado en este campo, o precisamente por ellos, el autismo continúa siendo una realidad difícil de diagnosticar y cuya definición es muy imprecisa.

No obstante estas dificultades, el psicopatólogo de hoy puede mirar con esperanza hacia el futuro: todavía es mayor lo que queda por hacer que lo realizado hasta aquí.

La historia de las investigaciones sobre el autismo infantil es un eje medular que sirve para conocer cuál ha sido el pasado y hacia dónde tiende la actual psiquiatría infantil. Desde las primeras posiciones, meramente descriptivas, de LEO KANNER—a quien le cabe el merecimiento de haber sido el pionero en el descubrimiento de este síndrome—hasta las recientes investigaciones neurofisiológicas y comportamentales se ha seguido un largo recorrido.

El autor de estas líneas no se detendrá, a pesar de su interés, en revisar las distintas etapas por las que atravesó la investigación del autismo infantil (cfr. A. POLAINO LORENTE, 1980).

Recibido el 6-VII-1980.

Las líneas que siguen tienen sólo la pretensión de sintetizar las investigaciones más recientes en torno a este problema.

Para atacar el problema del diagnóstico me limitaré a señalar tres diferentes niveles de análisis que, aunque epistemológicamente diversos, se necesitan y se complementan entre sí y que pueden sistematizarse en los criterios siguientes:

1. Clínico.
2. Neurofisiológico.
3. Bioquímico.

Se ha distinguido entre investigación clínica y comportamental. Las razones son obvias. A la primera se entiende aquí como el modo de hacer de «siempre» del psiquiatra de formación tradicional. A la segunda se da otra significación: la que la psicología del aprendizaje ha introducido en esta última década; un modo éste de afrontar los problemas, mucho más preciso, riguroso y científico y que suele caracterizar el talante de algunos psicólogos de hoy.

Ambas modalidades ni son incompatibles ni se excluyen; antes al contrario, la segunda puede y debe entenderse como una prolongación de la primera; es decir, como la reposición innovadora del quehacer clínico tradicional, que garantizará el acierto en los resultados de las futuras investigaciones.

El estudio comportamental del síndrome autista se patentiza hoy como la vía regia para remodelar las investigaciones clínicas. Su incorporación a la clínica es, desde luego, un hecho irrefutable si nos atenemos a las actuales investigaciones (confrontar, por ejemplo, revistas especializadas dedicadas a estos problemas, como el *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*).

Con todo ello se pretende llegar a una definición operativa del autismo infantil, de manera que en lo sucesivo se eviten posibles confusiones diagnósticas.

1. ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS

Hay bastantes contradicciones en los resultados obtenidos tras la investigación de las alteraciones sensoperceptivas en el autismo infantil. Los investigadores coinciden al afirmar que en estos pacientes no acontecen alucinaciones. En cambio, es frecuente observar otras alteraciones, como la ausencia de respuestas a estímulos auditivos (familiares o no), la conducta de evitación a estímulos visuales o la alta emisión de respuestas táctiles y olfativas ante la presentación de estímulos no específicos para estos receptores (HERMELIN y O'CONNOR, 1970).

Ante los estímulos auditivos internos, el autista responde con una conducta de agresividad e irritabilidad (ORNITZ, 1977).

En otras ocasiones, la percepción de un objeto giratorio atrae su atención

de modo inexplicable, mientras que se desentiende completamente al presentarle otros objetos, como juguetes, que atraen la atención de cualquier niño sano.

Es frecuente la autopercepción sostenida, exploración casi, de sus extremidades distales o de detalles irrelevantes, simultáneamente que dejan caer los objetos de sus manos como si no fueran reales.

La pluralidad receptorial en el autismo está desequilibrada. Si se obtiene la *ratio* entre las respuestas sensorceptivas a los distintos estímulos sensoriales, se observa que el cociente está a favor de los estímulos táctiles, olfativos y gustativos, siendo menor la tasa de respuestas (R.R.) frente a los estímulos auditivos y/o visuales.

La emisión de R.R. adaptativas varía en función del canal sensorial usado para el estímulo (predominio de los sensorreceptores proximales sobre los distales).

Las excepciones a lo anteriormente expuesto se refieren a la percepción visual de ciertos objetos (agua, arena, etc.) que atraen su atención y a la percepción auditiva de sonidos musicales muy animados y rítmicos (SHERWIN, 1953; NORDOFF y colabs., 1968; SAPERSTON, 1973; SCHMIDT y colabs., 1976).

En el autismo parece estar aumentado el umbral de sensibilidad dolorosa (HERMELIN y O'CONNOR, 1970). De probarse esta peculiaridad obtendríamos un punto en común con lo que sucede en algunos adultos esquizofrénicos.

Hay también emisión de R.R. de autoestimulación (producción de ruidos que refuerzan su audición, como chasquidos dentales, arañado de superficies, etc.).

Otras veces parecen huir o evitar el flujo estimular (no toleran la innovación de alimentos en la dieta, se tapan los oídos o los ojos, rechazan las situaciones estimulares innovadoras y protestan ante ellas).

La inatención—salvo las excepciones apuntadas—suele ser constante.

Por último, la percepción interpersonal es la más deteriorada de todas. Pero de ello me ocuparé en detalle más adelante.

2. ALTERACIONES MOTORAS

Entre las alteraciones motoras más frecuentes conviene destacar las que siguen:

- Retraso en el control de esfínteres.
- Autolesiones (golpearse la cabeza). Muecas.
- Aleteo reiterativo de brazos y manos.
- Volteretas, balanceo de la cabeza y del cuerpo, saltos sobre sí mismo.
- Caminar de puntillas.
- Dar vueltas sobre sí mismos.
- Hiperactividad, pataletas.
- Estereotipias.

Un estudio en profundidad de las estereotipias—una de las alteraciones motoras más frecuentes e importantes—exige, sin duda alguna, un programa observacional pormenorizado y sistemático (POLAINO-LORENTE, 1980). Se sintetizan a continuación algunos de los criterios que deben tenerse presentes en la investigación de las R.R. estereotipadas:

- a) *Catálogo y clasificación de las distintas estereotipias*
 - Estereotipias motoras:
 - Simples y complejas.
 - Con material y sin material.
 - Estereotipias verbales:
 - Ecolalia simple y retardada.
 - Preguntas repetitivas. Muletillas.
 - Fijación verbal tópica («instalación»).
 - Rituales:
 - Simples.
 - Elaborados.
 - Juego:
 - Estereotipado.
 - Elaborado: real, espontáneo, estructurado, dirigido, solitario/acompañado.
- b) *Evaluación de la frecuencia e intensidad de las mismas en distintas situaciones temporales (tiempo lleno, tiempo lúdico y tiempo vacío).*
- c) *Evaluación de las destrezas y de las tareas implicadas*
 - Nivel de las destrezas manuales implicadas.
 - Nivel de organización del material implicado.
 - Grado de dificultad de la tarea estereotipada realizada.
 - Tipos de tareas desarrolladas: espontáneas/estructuradas.
- d) *Evaluación de la competitividad, discriminación y alternancia entre las respuestas estereotipadas y la situación estimular (cualidad y cantidad estímulares, incentivos, refuerzos, castigos, etc.).*

La presencia de estos criterios puede servir para el establecimiento de la situación inicial de partida (línea base), del nivel del desarrollo psicomotor, de la variabilidad de esas respuestas, del diseño de los programas de modificación de conducta y de la remodelación de otras destrezas motoras bienadaptativas a partir de las respuestas estereotipadas.

3. ALTERACIONES DE LA INTELIGENCIA

También este aspecto del autismo resulta controvertido. En los niños autistas se dan todas las posibilidades intelectuales, tal y como sucede en la población infantil normal (AIPEN y colabs., 1970). El interés de la exploración de la inteligencia en el autismo se fundamenta en el acierto de las predicciones educativas y terapéuticas en función del C.I. de que se parta (MITTLER y colaboradores, 1966), en su utilidad para realizar un diagnóstico diferencial con el retraso mental (RUTTER, 1970) y con los cuadros por privación de cuidados maternos (COLEMAN, 1957) y en el diseño de estrategias tendentes a su rehabilitación.

Hay, sin embargo, algunas paradojas. Así, por ejemplo, las mejorías de los síntomas autistas no correlacionan con el incremento que sería de esperar en el C.I. (LOCKYER y colabs., 1969). A lo que parece, las técnicas operantes no han resultado demasiado eficaces en este punto (HINGTGEN y colabs., 1971).

De otra parte, hay autistas cuyo C.I. está por encima del que corresponde a su edad. La profundidad de la sintomatología autista no suele estar relacionada con el nivel intelectual.

A las dificultades para explorar la inteligencia de estos niños se suman las alteraciones verbales (las veremos a continuación), que, como se sabe, introducen un sesgo enorme en los resultados exploratorios terminales.

4. CONDUCTA SOCIAL Y ECOLOGÍA ESTIMULAR

Se ha descrito por muchos autores, desde KANNER (1956), una característica específica de la conducta autista: su insistencia por mantener lo que podríamos denominar como la invarianza o el fijismo estimular (*preoccupation with the preservation of sameness*).

Dicho en otras palabras: el autista intenta reificar las circunstancias estimulares y ecológicas que le rodean. Un cambio en estas circunstancias hace que desarrolle de inmediato una conducta de protesta, caracterizada por:

- Interrupción instantánea de la conducta manipulativa que estaba realizando.
- Respuestas de contrariedad, rabietas y enfados.
- Incremento de las respuestas estereotipadas y de los rituales.
- Autolesiones y autocastigos.
- Irritabilidad e hiperactividad motoras.

Este repertorio conductual ante el cambio ecológico es tanto más intenso, frecuente y duradero cuanto menor es la edad del niño, atenuándose a partir de los cinco años. Dicha actividad respondente está postulando, junto con la

resistencia al cambio, su intolerancia a la ambigüedad estimular, lo que pudiera traducirse como cierta hipersensibilidad que le hace muy vulnerable frente a la redundancia estimular.

Partiendo de este síntoma—recuérdese que en la revisión de KANNER este síntoma fue elevado a la categoría del mayor rango específico—puede ofrecerse una hipótesis explicativa acerca de lo que acontece con los hábitos—o, mejor, con la ausencia de hábitos—de interacción social en el autismo infantil.

Parece evidente la consideración de que la interacción social supone un continuo cambio en los procesos informativos que constituyen el mismo tejido de esta interacción (sea a nivel de lenguaje verbal o de comunicación gestual no verbal).

Según las hipótesis desarrolladas en otro lugar (POLAINO-LORENTE, 1979), existen ciertas conexiones entre las tendencias a la invarianza estimular y la ausencia de hábitos para la interacción social en el niño autista. Muy probablemente en la base de estos dos procesos se encuentra una lesión neurológica o bioquímica, que tal vez no sea del todo irreversible, pero sí es suficiente para obstaculizar los procesos madurativos y del desarrollo, de los que dependerán, en última instancia, los hábitos anteriormente expuestos.

Dichas alteraciones, al menos desde un punto de vista funcional, podrían explicarse según las tres etapas que a continuación se especifican:

Primera etapa.—La obsesión por conservar la invarianza estimular traduce el afán del niño autista por refugiarse en un mundo en el que los elementos del entorno le sean familiares y entrañables. El autista se «instalaría» en un mundo privatizado construido con estímulos rutinarios. El hecho de que se instale en este refugio o «nicho ecológico» tan particular no responde, por el momento, a una causa conocida. Quizá pudiera aquí hipotetizarse, como en el caso de la esquizofrenia, acerca de la existencia de un precario equilibrio entre el colectivo de los estímulos internos del organismo y el *input* sensorial procedente de los estímulos exteriores. Sin embargo, sobre esta hipótesis no existen todavía las suficientes evidencias.

En cualquier caso, la perseverancia en conservar invariable el medio externo supone una incapacidad para tolerar la normal ambigüedad generada por el vasto flujo estimular. De esa intolerancia a la ambigüedad estimular dependerá la activación ansiosa (sobreexcitación) que acontece cuando se modifica la situación ecológica. La activación podría explicar las numerosas conductas de evitación que tan frecuentemente aparecen en el autismo.

En definitiva, el autista resulta incapacitado para hacer frente a las novedades estimulares que aparecen en su entorno. Este replegamiento sobre sí mismo supone, entre otras cosas, la renuncia a enriquecerse con nuevos estímulos, a la vez que la negación de cualquier percepción y, consecuentemente, el atrincheramiento en el hermetismo individual; en una palabra, la incapacidad

para todo aprendizaje y la negación de la posibilidad de desarrollar hábitos bien-adaptativos, lo que acaba por situarle en un mundo extraordinariamente pobre, en que de ordinario está instalado.

Segunda etapa.—La anterior hipótesis puede servir para explicar las R.R. de evitación social en el niño autista. La cuestión a responder es la siguiente: ¿Qué es lo que desencadena, mantiene y hace que se perpetúen las R.R. de evitación social en el autismo infantil? La respuesta a la anterior pregunta puede alcanzarse desde un modelo de interacción social. La aproximación al niño autista de un familiar o de un observador cualquiera—con lo que supone de novedad estimular a través de los gestos, timbre de la voz, órdenes, caricias, etc.—supondría un aumento estimular para él insufrible, que iría seguido de R.R. de evitación. Sucesivos y repetidos intentos condicionarían todavía más estas R.R. de evitación social. Por otra parte, las consecuencias que generan estas R.R. de evitación—fundamentalmente la permanencia de la invariabilidad estimular—actuarían funcionalmente como refuerzos que sostienen y hacen que se perpetúen dichas R.R.

Tercera etapa.—La generalización de los procesos de aprendizaje hipotetizados en las etapas anteriores sería una de las principales consecuencias terminales que pueden dar razón de la aparente «incomprensibilidad» de la conducta autista. Hay además otros factores que colaboran en el sostenimiento del comportamiento autista de evitación social.

En primer lugar, las alteraciones perceptivas y atencionales a las que anteriormente me referí.

En segundo lugar, las alteraciones del lenguaje, a las que me referiré posteriormente, que son de vital importancia, puesto que median casi todas las relaciones interpersonales.

En tercer lugar, la incompetencia misma de la significación lingüística, que, al ser incomprendida por el autista, más que servir como elemento facilitador de la interacción social desempeña la función de un estímulo sobreañadido que viene a modificar el ambiente invariable que el autista desea sostener.

En cuarto lugar, la pobreza de los autistas en el inicio y sostenimiento de los contactos oculares supondría la incapacidad de enriquecerse con el aprendizaje observacional, que tan vital importancia tiene en estos primeros períodos evolutivos.

En quinto lugar, el bajo desarrollo cognitivo—al menos en lo que se refiere a la instrumentación verbal del mismo—, además de disminuir la importancia del lenguaje comprensivo y receptivo, colabora sosteniendo la imposibilidad del lenguaje expresivo (también por las razones apuntadas más arriba). De esta forma se cerraría el vicioso y perfecto círculo.

En sexto lugar, la emisión de R.R. estereotipadas entraría en competencia con la apertura de los canales sensoriales y de los procesos atencionales, a la

vez que tales estereotipias son reforzadas, en tanto que sirven para la conservación de la independencia estimular del entorno del niño autista. Estas secuencias estereotipadas, además de cerrar al sujeto al flujo estimular, le incapacitan, consecuentemente, para el aprendizaje motor y las conductas de imitación.

En séptimo y último lugar, la pobreza cualitativa y cuantitativa del sistema motivacional—son muy escasas las motivaciones en el niño autista, en parte por todo lo afirmado y en parte por su corta edad—asegura la perpetuación de este sistema de R.R. maladaptativas, contribuyendo a reasegurar las obstinadas actitudes hacia el sostenimiento de la invarianza estimular.

En consecuencia, el niño autista aprende a no aprender. La intolerancia estimular, los escasos recursos motivacionales, las alteraciones sensoperceptivas y del lenguaje, el bajo desarrollo cognitivo, la pobreza del contacto ocular y el complejo sistema de R.R. estereotipadas, contribuyen decisivamente al sostenimiento de las conductas de evitación social y, en consecuencia, a hacer realidad su obstinada insistencia en hacer funcionalmente inoperante los ordinarios y enriquecedores cambios estimulares ambientales.

Las consecuencias generadas por este proceso patológico son de una extraordinaria gravedad, difícil de ponderar. Mientras se perpetúa este proceso se están obstruyendo las posibilidades de la socialización infantil y, con ella, la capacidad de adquirir los hábitos motores, las destrezas y el aprendizaje observacional y de imitación que es previo—no se dude—, como soportes en los que poder sostenerse los hábitos que conforman la conducta verbal. Y, a su través, el despliegue procesual y emergentista del aprendizaje de otras tareas y conductas complejas.

Las conclusiones que pueden generarse, de verificarse las anteriores hipótesis, pueden desempeñar un papel importante en relación con el tratamiento y rehabilitación de la conducta autista. Hace falta, sin embargo, la construcción de diseños muy precisos, en los que, además de entrenar a los observadores en unas técnicas rigurosas y fiables, se atienda a definir operativamente cada uno de los segmentos conductuales con los que se vaya a trabajar.

Para ello puede ser útil la construcción de un catálogo de conductas de evitación social (POLAINO-LORENTE, 1980), en el que el experimentador se atenga a algunos de los criterios siguientes:

- a) Tipo de conducta: Conductas de aproximación, de evitación, gestuales, de aislamiento, de contacto corporal, de espera, etc.
- b) Catálogo de situaciones estimulares en el medio familiar, escolar y clínico.
- c) Especificación de los criterios en cada situación experimental: Número de ensayos, dificultades de las tareas (de imitación, de perseverancia en el contacto visual, de destrezas motoras, etc.), tipo de reforzadores,

- jerarquía de los mismos, programación en el modo de administrarlos, estudio de la saciación de los mismos, etc.
- d) Diseño de situaciones estimulares: De aproximación, de variabilidad estimular, de agresividad simulada, de aversión, de aprendizaje, etc.
 - e) Investigación de las posibles transferencias de los aprendizajes conseguidos a otras áreas conductuales no directamente afectadas por estos tratamientos.

5. ALTERACIONES MORFOLÓGICAS

Se dice con frecuencia que uno de los datos específicos del autismo es la normalidad morfológica y anatómica de estos chicos, e incluso se habla de cierta belleza física. Y de ordinario así ocurre.

Sin embargo, autores como QUINN y RAPAPORT (1974) y GOLDFARB (1967) parecen haber encontrado en los chicos autistas tres factores morfológicos que podrían ser considerados como «factores de riesgo» y, por consiguiente, presumibles indicadores en relación al diagnóstico. Los tres factores encontrados son: sindactilia *minor*, hipertelorismo y un descenso de la implantación de los pabellones auriculares.

Estos factores deben considerarse como meros indicadores, de un valor relativo para el diagnóstico, ya que aparecen también en chicos normales, como los hiperactivos y otros muchos.

La investigación dactilográfica de WALKER (1977) revela las siguientes conclusiones: reducción del número de espirales, aumento del número de arcos dactilares, bajo número de surcos y disminución en la formación de trirradios.

Entre nosotros, el equipo de RIVIÈRE (1979) ha ampliado estas investigaciones. En los niños autistas estudiados se encuentra una distribución de los bucles dactilares en menor proporción que en la población normal, disminución de las figuras palmares en el área hipotenar y en el tercer espacio interdígital y una frecuencia menor de las crestas palmares. «Su ángulo atd mínimo era significativamente mayor y mostraban rupturas de cresta dactilares y palmares, y pliegues similares a los de flexión repartidos por toda la palma de la mano.»

6. ESCALAS CONDUCTALES

Los criterios empleados hasta ahora, además de ser muy variados y diversos en función de la sintomatología clínica considerada más relevante, adolecen del necesario rigor respecto de los criterios de inclusión y, lo que es más importante, en los estudios de seguimiento terapéutico, donde precisamente se prueba la eficacia de aquéllos. Desde los trabajos de CREAK (1964) a los de GOLDFARB (1970), así como los de WING (1966) y RUTTER (1967), los criterios para el diagnóstico no han hecho otra cosa que diversificarse.

El *British Working Party* estableció un marco para el diagnóstico, aunque posteriormente ha sido abandonado (CRACKETAL, 1961).

RIMLAND (1964) diseñó un cuestionario para padres, cuya eficacia es dudosa. RITVO (1970) propuso una descripción sintomatológica de mayor eficacia.

Por otra parte, las escalas normalizadas para la exploración del desarrollo infantil normal (Gesell, Bailly y Griffiths, por ejemplo) apenas si nos aportan algún dato cuando las aplicamos en el autismo infantil. Las investigaciones realizadas con otros instrumentos (*test* para la evolución de los trastornos del pensamiento, como la batería de Bannister-Fransella, o el *test* de clasificación de objetos de Goldstein-Scheerer) tampoco han conseguido resolver definitivamente el problema.

Por último, la escala comportamental de Clacy (1969) o las escalas de Rimland (1964) no han rendido la eficacia esperada.

Todo esto ha suscitado enormes críticas en torno al uso de los instrumentos escalares en el diagnóstico del autismo (DE MYER, 1971), así como una buena dosis de escepticismo. En la actualidad, las técnicas de observación, a pesar de su simplicidad o precisamente por ella, continúan ocupando un lugar privilegiado en el diagnóstico clínico del autismo infantil (POLAINO-LORENTE, 1979).

7. ALTERACIONES DEL LENGUAJE

7.1. *Introducción*

El modo en que se han entendido en el autismo las alteraciones del lenguaje patentiza también el particular punto de vista que sobre este síndrome se tuvo.

En un principio se magnificó la incapacidad de comunicación social del niño autista, mientras se silenciaban los trastornos del lenguaje o no se le daban la relevancia que sí que tenían respecto del diagnóstico.

Y, sin embargo, era claro e incuestionable, desde un principio, la existencia de aquéllos (KANNER, 1943 y 1946; ORNITZ, 1973; RUTTER, 1977).

7.1.2. *Hipótesis explicativa*

1. Para algunos, los déficit cognitivo y lingüístico de los niños autistas serían consecuencia de su aislamiento social; éste sería la causa de aquéllos.
2. Para otros investigadores, las alteraciones del lenguaje y del aislamiento social son dos aspectos diferentes—aunque implicados—del mismo problema, que reobran entre sí y se potencian recíprocamente.
3. Para la mayor parte de los actuales investigadores, el déficit cognitivo y lingüístico es lo que está en la base de todas las alteraciones comportamentales del autismo infantil.

7.1.3. Alteraciones del lenguaje: descripción sistemática

3.1. Lenguaje receptivo (perceptivo)

- Dificultad para atender y/o percibir la información.
- Bajo nivel de comprensión gestual (BARTK, 1977).
- Incapacidad para discriminar estímulos parecidos, análogos o semejantes.
- Confusión entre las distintas modalidades sensoriales percibidas.
- Hipersensibilidad (cualitativa y/o cuantitativa) ante determinados sonidos.
- Predominio de unas modalidades receptoriales sobre otras.
- Déficit en la recogida, el procesamiento y la organización de la información. Dificultad para elaborar la codificación de las informaciones recibidas (HERMELIN, 1976).

3.2. Lenguaje expresivo-verbal

- Ecolalia.
- Inversión pronominal.
- Comentarios inapropiados.
- Retrasos en la adquisición del habla y del lenguaje.
- Alteraciones en la componente mnésica del lenguaje.
- Alteraciones fonológicas, sintácticas o semánticas.
- Monotonía y labilidad en el timbre y el tono de la voz.
- Aparición de preguntas reiterativas y obsesivas.

3.3. Lenguaje expresivo no-verbal (gestual)

- Discrepancias entre lenguaje verbal y lenguaje gestual.
- Muecas, tics, estereotipias.
- Utilización de gestos y prosodias inoportunas.
- Dificultad para las actividades de imitación.

8. EDAD DE COMIENZO

La edad en que comienza a manifestarse la sintomatología autista es de vital importancia para el diagnóstico. Las investigaciones de MAKITA (1966), en Japón, y de KOLVIN (1971), en Inglaterra, vienen a coincidir con las de VRONO (1974), en la U.R.S.S., y las de CORBETT (1977), en U.S.A.

Las conclusiones finales a que llegaron estos investigadores pueden sintetizarse así:

- a) Hay una distribución bipolar entre los cuadros autistas y las denominadas psicosis infantiles (si se toma como criterio la edad del niño) al comenzar a manifestarse las respectivas sintomatologías.

- b) El síndrome autista comienza siempre antes de los tres años de edad; las psicosis infantiles suelen aparecer antes de iniciarse la adolescencia. Entre una y otra etapa evolutiva es muy poco frecuente la aparición de un cuadro psicótico.
- c) La sintomatología del autismo y de las psicosis infantiles no son coincidentes.
- d) Este criterio—la edad de comienzo—acaso pueda servir también para la distinción entre dos tipos de autismo (COLEMAN piensa que hay muchos subtipos): los que se inician a partir de un desarrollo evolutivo normal y aquellos otros que surgen ya arraigados en una alteración madurativa previa.
- e) La O.M.S. aconseja encarecidamente la inclusión de este criterio en el diagnóstico del autismo infantil.

RESUMEN

El autor revisa en este artículo la bibliografía reciente sobre el diagnóstico del autismo.

Los criterios diagnósticos a los que se atiende especialmente son el clínico y el comportamental. El estudio de las estereotipias, de la conducta social y de las alteraciones del lenguaje (verbal y no verbal) son las áreas comportamentales a las que el autor dedica mayor atención. Se revisan también el alcance y la validez para el diagnóstico de las escalas conductuales.

Entre los criterios clínicos se concede un especial énfasis a las alteraciones motoras y de la inteligencia, además de considerar la edad de comienzo del autismo infantil como un factor muy importante para el diagnóstico.

SUMMARY

In this paper, the author reviews the recent bibliography about autism diagnosis.

The clinical and the behavioral diagnosis criterions are studied with a special care.

The stereotypes, social behavior and language (verbal and non verbal) disabilities' study are the behavioral areas to whom the author gives a larger attention.

The range and validity of the behavioral scales for diagnosis are also reviewed.

Among the clinical criterions, motor and intelligence disabilities, are given

special emphasis; besides the consideration of the childhood autism beginning age as a very important factor for the diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

- ALPERN, G. D., y colabs.: "Short intelligence test rating from infancy levels for use with the retarded", *American Journal of Mental Deficiency*, 75: 65-71, 1970.
- BARTAK, L. A.: "A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. III. Discriminant functions analysis", *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 77: 383-396, 1977.
- CLANCY, H.: "The diagnosis of infantile autism", *Developmental Medicine Childhood Neurology*, 11: 432, 1969.
- COLEMAN, R. W., y colabs.: "Environmental retardation (hospitalism) in infants living in families", *Pediatrics*, 89: 285-293, 1957.
- CORBETT, J., y colabs.: "Psychiatric aspects of the neurodegenerative disorders", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18: 211-220, 1977.
- CRAKETAL: Citado por RITVO, E. R., y colabs.: "Biochemical and hematologic studies: A critical review, 1964", en Rutter y Schopler (eds.): *Autism*, págs. 163-185. Plenum Press, Nueva York, 1978.
- CREAK, M.: "Schizophrenic syndrome in childhood: Further progress report of a working party", *Developmental Medicine and Child Neurology*, 4: 530-535, 1964.
- GOLDFARB, W.: En J. Roma (ed.): *The Origins of Schizophrenia*. Excerpta Medica, Amsterdam, 1967.
- GOLDFARB, W.: "Childhood psychosis", en P. H. Mussen (ed.): *Carmichael's Manual of Child Psychology*, 3.ª ed., vol. 2, págs. 765-830. John Wiley and Son, Nueva York, 1970.
- HERMELIN, B., y O'CONNOR, N.: *Psychological Experiments with Autistic Children*. Pergamon, Oxford, 1970.
- HINGTON, J. N., y colabs.: "Differential effects of behavior modification in four mute autistic boys", en D. W. Churchill y colabs. (eds.): *Infantile Autism*. Ch. C. Thomas, Springfield (Ill.), 1971.
- KANNER, L.: "Autistic disturbance of affective contact", *Nervous Child*, 2: 217-250, 1943.
- KANNER, L.: "Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism", *American Journal of Psychiatry*, 103: 242-246, 1946.
- KANNER, L.: "Early infantile autism, 1953-1955", *American Journal of Orthopsychiatry*, 26: 55-65, 1956.
- KOLVIN, I.: "Psychoses in childhood: a comparative study", en M. Rutter (ed.): *Infantile Autism: Concepts, Characteristics and Treatment*, págs. 7-26. Churchill-Livingstone, Londres, 1971.
- MAKITA, K.: "The age of onset of childhood schizophrenia", *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 20: 111-121, 1966.
- MITTLER, P., y colabs.: "Prognosis in psychotic children", *Journal of Mental Deficiency Research*, 10: 73-83, 1966.
- NORDOFF, P., y colabs.: "Clinical experiences with autistic children improvised music as

- therapy for autistic children", en E. T. Gaston (ed.): *Music Therapy*, 6: 98-104. Macmillan, 1969.
- ORNITZ, E.: "Childhood autism: a review of the clinical and experimental literature", *California Medicine*, 118: 31-47, 1973.
- ORNITZ, E.: "The syndrome of autism: a critical review", *American Journal of Psychiatry*, 153: 609-621, 1977.
- POLAINO-LORENTE, A.: "Posibles hipótesis explicativas de las respuestas de evitación social en el autismo infantil". Universidad de Madrid. Texto mimeografiado. Madrid, 1979.
- POLAINO-LORENTE, A.: "Aspectos criteriosales en el estudio sistemático de las estereotipias autistas". Texto mimeografiado. Universidad de Madrid, 1980.
- POLAINO-LORENTE, A.: "Construcción de un catálogo para la clasificación y seguimiento de las conductas de evitación social en el tratamiento del autismo infantil". Madrid, 1980.
- QUINN, P. O., y colabs.: "Minor physical anomalies and neurologic status in hyperactive boys", *Pediatrics*, 53: 742-747, 1974.
- RIMLAND, B.: *Infantile Autism*. Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1964.
- RITVO, E.: "Increased blood serotonin and platelets in early infantile autism", *Archives of General Psychiatry*, 23: 566-572, 1970.
- RIVIÈRE, A.: *Autismo infantil. Cuestiones actuales*, págs. 431-457. S.E.R.E.M., Madrid, 1979.
- RUTTER, M.: "Psychotic disorders in early childhood", en A. J. Coppen y A. Walk (eds.): *Recent Developments in Schizophrenia: A Symposium*, págs. 133-158. R.M.P.H., Londres, 1967.
- RUTTER, M.: "Autistic children: Infancy to adulthood", *Seminars in Psychiatry*, 2: 435-450, 1970.
- RUTTER, M.: "Infantile autism and other child psychosis", en Rutter y L. Hersoy (eds.): *Child Psychiatry. Modern Approached*, págs. 717-747. Blackwell Scientific, Oxford, 1977.
- SAPERSTON, B.: "The use of music in establishing communication with an autistic mentally retarded child", *Journal of Music Therapy*, 10: 184-188, 1973.
- SCHMIDT, D. C., y colabs.: "Reinforcement of autistic children's responses to music", *Psychological Reports*, 39: 571-577, 1976.
- SITTERWIN, A. C.: "Reactions to music of autistic children", *American Journal of Psychiatry*, 109: 823-831, 1953.
- VRONO, M.: "Schizophrenia in childhood and adolescence", *International Journal of Mental*, 2: 71-116, 1974.
- WALKER, H. A.: "Dermatoglyphic study of autism patients", *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 7: 11-19, 1977.
- WING, J. K.: "Diagnosis, epidemiology, aetiology", en P. H. Mingen (ed.): *Early Childhood Autism*, págs. 3-49. Pergamon Press, Oxford, 1966.

Dirección del autor:
Ponzano, 69.
Madrid-3.