

CAPÍTULO I



BREVE RECUERDO HISTÓRICO SOBRE EL AUTISMO

Si intentásemos analizar el origen del trastorno autista a través de la literatura psicopatológica, descubriríamos amplias referencias a este problema en las protodescripciones de las “psicosis infantiles” publicadas durante la pasada centuria (Volkmar, 1996). Las originarias publicaciones sobre la insania (“insanity”) (Maudsley, 1867) se continuaron en los trabajos sobre la esquizofrenia infantil (DeSantis, 1906), término que se empleó para designar a los trastornos mentales infantiles más graves, hasta que apareció la primera descripción del autismo infantil realizada por Leo Kanner en la década de los cuarenta.

A lo largo de los últimos 150 años la discusión se centró, no obstante, en la continuidad o discontinuidad desde los trastornos psiquiátricos severos de la infancia a los trastornos psicóticos en la vida adulta (Volkmar & Lord, 1998). Así, por ejemplo, el psiquiatra británico H. Maudsley sugirió que los niños, al igual que los adultos, pueden sufrir de insania (Maudsley, 1867).

Kraepelin no dudó en extrapolar el término de “dementia praecox” – precursor del actual concepto de esquizofrenia- al ámbito de la infancia, bajo la denominación de “dementia praecocísima” (DeSantis, 1906). Con algunas excepciones, como la de Potter (1933), que reclamó una definición más concreta de las psicosis infantiles, la tendencia de los especialistas, hasta la publicación de Leo Kanner, fue la de establecer una solución de continuidad entre las psicosis de la infancia y de la vida adulta (Volkmar & Lord, 1998).

Durante el primer tercio del presente siglo, abundan los trabajos refe-

rentes a este problema, de forma más o menos explícita. Autores de la talla de De Sanctis (1906, 1908), Earl (1934), Heller (1930), Kanner (1943), Bender (1947), Mahler (1953), etc., figuran entre los pioneros a la hora de encuadrar y describir este trastorno (Wing, 1996). Sin duda, de todos estos acercamientos, la definición de Kanner (1943) fue la más incisiva y acertada, pues permitió el aislamiento de un conjunto de síntomas propios de este trastorno, tal y como él los observaba, que no tenían semejanza alguna con la sintomatología de la esquizofrenia infantil.

Al margen de la mejor o peor suerte que hayan corrido históricamente las diversas concepciones de este trastorno, el autismo en la actualidad, se podría definir como un síndrome comportamental con notorias alteraciones neurobiológicas asociadas en muchos casos a enfermedades de diversa naturaleza (Bailey et al., 1996; Rutter, 1996; Lord, 1996)

Aunque su etiología parece ser de carácter múltiple, no obstante, se desconfía en la actualidad de la existencia de unos mecanismos etiopatogénicos específicos, implicados en la disfunción de particulares grupos de neuronas del sistema nervioso central (Dawson, 1996; Voeller, 1996; Smaley & Collins, 1996; Bauman, 1996; Minshew, 1996; Bachevalier, 1996; Bailey et al., 1996; Rutter, 1996; Courchenes, 1996; Gillberg et al., 1985; Polaino-Lorente, 1982).

LA PRIMERA DEFINICIÓN DEL SÍNDROME

Si nos remontamos a los orígenes, hay que señalar que fueron Leo Kanner y Hans Asperger los pioneros en tratar el tema del autismo y en publicar las primeras descripciones de este trastorno. La publicación de Kanner se realizó en 1943, y la de Asperger al año siguiente en 1944. Ambas contenían detalladas descripciones de estudios de casos y presentaban los primeros esfuerzos teóricos por explicar esta alteración. Tanto Kanner como Asperger pensaban que, desde el nacimiento, se producía un trastorno fundamental que daría lugar a una sintomatología muy específica. No obstante, la claridad, precisión y el impacto de la definición de Leo Kanner fueron muy superiores a la acogida que tuvo

el trabajo de Asperger, cuya validez clínica no fue reconocida hasta muchos años más tarde.

Kanner publicó un artículo, titulado «Alteraciones autistas del contacto afectivo», en una revista ya extinguida, «Nervous Child», donde hizo unas descripciones minuciosas acerca de 11 casos (8 niños y 3 niñas) que no encajaban en los síndromes y descripciones clínicas admitidos hasta el momento:

«Desde 1938 -decía- nos han llamado la atención varios niños cuyos cuadros difieren, de forma tan notable y única de todos los que se conocían hasta ahora, que cada caso merece -y espero que recibirá con el tiempo- una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades.» (Kanner, 1943, p. 217).

Leo Kanner (1946) tendrá la oportunidad de observar a más niños (hasta 23); quienes todos ellos presentaban una incapacidad para establecer relaciones con las personas, denominando a tal condición «autismo infantil precoz».

Tanto Asperger como Kanner coincidieron al elegir la misma palabra, «autista», para caracterizar la naturaleza de ese trastorno.

Sin embargo, no fueron ellos quienes acuñaron el término, ya que un psiquiatra eminente, Eugen Bleuler, lo había introducido en 1911. Bleuler lo refirió, originalmente, a un trastorno básico de la esquizofrenia (otro término acuñado por él), que consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea el propio «yo» de la persona. Esta limitación podría describirse como una retirada por parte del paciente del mundo social, para sumergirse en sí mismo. Lo acertado de este término no permite, sin embargo, su aplicación al autismo infantil propiamente dicho, porque el autismo y la esquizofrenia no son cuadros psicopatológicos que puedan superponerse; además, en el autismo no hay tal huida o evasión de todo lo que pueda significar interacción personal.

Los términos «autismo» y «autista», provienen del término griego **autos**, que significa «sí mismo». Hoy esas palabras se emplean, casi exclusivamente, para designar el trastorno del desarrollo al que llama-

mos autismo. El término autismo se prefiere a otros como «autismo infantil precoz» o «autismo infantil», ya que éstos parecen introducir algún contraste con el de «autismo adulto», y puede sugerir la idea errónea de que es posible superar este trastorno

Tanto Kanner, que trabajaba en Baltimore, como Asperger, que lo hacía en Viena, observaron ciertos casos extraños de niños que tenían en común algunas «fascinantes peculiaridades». Sobre todo, esos niños parecían incapaces de mantener normales relaciones afectivas con las personas. Al contrario que la Esquizofrenia de Bleuler, el trastorno parecía producirse desde el principio de la vida.

Hasta la década de los sesenta, la soledad autista constituía, junto con la insistencia de estos niños en mantener rígidamente invariables frente a los estímulos ambientales, dos de los rasgos principales que servían como criterios para la inclusión o no de un sujeto en el diagnóstico del Autismo.

A las características de soledad autista y el deseo de preservar la invarianza, se añaden ciertos «islotos» de capacidades bien conocidas. Estas tres características pueden discernirse en todos los casos verdaderos de Autismo. Las dos primeras se mantienen como criterios de diagnóstico en la actualidad; la tercera es sólo tenida en cuenta.

Respecto a esta última, disponemos de la oportuna ilustración en las incisivas observaciones de Kanner:

«El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, la excelente memoria de episodios que han sucedido varios años antes, la fenomenal memoria mecánica de poemas y nombres, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas, indican la existencia de una buena inteligencia.»

Puede que la creencia de que algunos niños poseyeran una «buena inteligencia», llevó a algunos autores a intentar encontrar una nueva denominación para este cuadro. Surgió así el término de «idiotas sabios», con el que se les quiso denominar aunque, felizmente, el término no tuvo fortuna.

Tanto se magnificó el carácter de lo «extraordinario» en el comportamiento de estos niños, que se hizo de ellos un fácil mito, sobre el que se

podía opinar cuanto se deseara.

Alguna de estas habilidades especiales, que contrastaban con el retraso manifiesto en otras áreas comportamentales, fue lo que llevó a los autores a creer que podía existir una esperanza futura de curación para esos niños, llegando a desarrollar tal habilidad al máximo. Así, por ejemplo, Cain (1969) los describió con una gran memoria visual y musical, y con geniales habilidades para el cálculo y las tareas mecánicas; Goodman (1972) maximizó su capacidad mnésica, de tipo -decía- «enciclopédico». O'Connell (1974) subrayó su talento para la música; Morishima et al. (1977), su talento artístico, y sus especiales capacidades para el dibujo.

Pero, simultáneamente, se informaba de su incapacidad para el lenguaje, de su retraso intelectual, de su aislamiento y rechazo social, etc. Es cierto que en algunos de estos niños hay islotes de habilidades -«islots of ability»- que están conservados e incluso acrecidos, y que desde luego se destacan mucho más en el contexto de sus numerosas alteraciones psicopatológicas. Pero no es menos cierto que estas habilidades especiales ni suelen ser la regla, ni tan siquiera son tan frecuentes, desgraciadamente, como todos deseamos (Polaino, 1982).

La descripción de Leo Kanner del Autismo infantil precoz, como una forma diferente de psicosis infantil, constituye un hito histórico en la psicopatología infantil. Tras ello se procede a la diferenciación del retraso mental y de la psicosis, y a elaborar criterios y síntomas nucleares (Kanner y Lesser, 1958), así como a profundizar en sus características, posibles causas, y tratamientos.

Que hasta 1943 no se procediera al estudio sistemático del Autismo infantil precoz, no quiere decir que antes no existieran niños autistas; por el contrario, es probable que hayan existido siempre. En los registros médicos a lo largo de la historia, hay casos que provocan inevitablemente la sospecha de Autismo.

Uno de estos casos es el descrito por el boticario del Hospital Bethlem, el asilo mental de Londres. Se ha citado frecuentemente, sin cuestionarse nunca, como una prueba temprana de Autismo. Se trata del caso de un niño de cinco años que fue admitido en 1799. En particular, se señalaba

que ese niño nunca participó en los juegos de otros niños, ni llegó a vincularse con ningún compañero: jugaba de forma aislada, absorto, con soldaditos de juguete.

Hay otros casos intrigantes que proporcionan pruebas históricas; las leyendas acerca de los niños que eran robados por hadas y cambiados por hijos de ellas, hijos bellos pero no humanos, extraños, «aculturales» (Richer, 1984), y que no eran sino niños autistas.

Lo mismo ocurre con los mitos acerca de los «niños ferales» (Bettelheim, 1959) o niños perdidos o abandonados, que según la leyenda fueron alimentados por animales y, sobre todo, por lobos. Bettelheim en 1959 afirma que:

«Por haber vivido muchos años con niños autistas, unos muy salvajes, otros extremadamente retirados, pienso desde hace bastante tiempo que los llamados niños ferales no han sido otra cosa que niños con la forma más grave de Autismo infantil, independientemente de que algunos fuesen débiles mentales, como Pinel creyó del Niño Salvaje de Aveyron» (p. 431).

Los llamados «niños salvajes» son niños que crecieron en el bosque, sin contacto humano de ningún tipo, sin lenguaje, y tan diferentes de las personas, que se denominaron con el término de “Homo Ferus”.

Hay dos casos bien documentados de finales del siglo XVIII y principios del XIX: el «niño salvaje de Aveyron», y el «misterioso caso de Kaspar Hauser». Ambos nos permitirán examinar dos causas posibles de Autismo (se discutieron en la época), y que hoy siguen tomándose en consideración: las causas biológicas y las causas socioambientales.

En apretada síntesis, el breve recorrido histórico del autismo se puede resumir en las siguientes fases:

A) Los orígenes. La época de Kanner.

- Especulación teórica sobre las causas del autismo, atribuyendo éstas a factores emocionales y afectivos.
- Responsabilidad de la familia, particularmente de la madre, en la aparición del trastorno.

- Aparición de algunos mitos o enigmas tales como el de la «inteligencia secreta» la «competencia intacta» y la «actuación inhibida».
- El enfoque terapéutico es de corte psicodinámico, haciendo énfasis más bien en los cuidados hospitalarios que en la atención educativa.

B) Implantación de las teorías biológicas, conductistas y cognitivistas.

- Inversión de las tendencias apuntadas en la fase anterior ya que se pasó de la especulación teórica a la aparición de nuevas teorías y técnicas de tratamiento, basadas en los hallazgos de la investigación empírica.

- Los datos procedentes de la biología y de la neurología apoyan la tesis de que el autismo tienen un origen biológico y no ambiental o afectivo-emocional, como se suponía en la época anterior.

- Se repusieron las técnicas de intervención de corte psicodinámico por otras formas de intervención de naturaleza comportamental, dando paso a que la modificación de conducta se convirtiera en esta época en la fórmula de elección para tratar el autismo.

- Se reubica también el ámbito del tratamiento. Si en la época anterior, los autistas recibían el tratamiento en un hospital, ahora, gracias a las nuevas técnicas de modificación de conducta, el lugar del tratamiento se desplaza a la propia escuela y a la familia.

- Con todo, a pesar de las grandes esperanzas que con respecto al tratamiento del autismo se forjaron durante esta fase el volumen de conocimientos resultó, sin embargo, ser muy desigual y aparece muy fragmentado, con grandes discontinuidades y numerosas incógnitas todavía por desvelar.

C) El afianzamiento de la cognición y de la biología, y la reposición de la emoción y de afecto.

- Durante los diez últimos años los avances teóricos sobre la naturaleza clínica del autismo se apoyan en dos pilares fundamentales de conocimientos: los biológicos y los cognitivos.

- En la vertiente biológica, destacan los estudios sobre los aspectos

clínicos genéticos, neuropsicológicos y neurobiológicos (Cfr., Bayley et al., 1996; Bristol & Wolkmar, 1996; Ruter, 1996).

- En la vertiente psicológica, son muy diversos y variados los temas en torno a los cuales se polariza la investigación. Pero, sin duda, el que goza de más popularidad, aunque por el momento, de escaso acierto explicativo es lo que se conoce como “teoría de la mente”.

- Reposición soterrada de las viejas teorías de corte afectivo-emocional, revistiéndolas de los espectaculares avances operados en estos campos tanto en el ámbito médico como psicológico.

- Perfeccionamiento de los criterios diagnósticos
- Optimización y mejora de las técnicas de intervención.
- Preocupación por la inserción sociolaboral de los autistas adultos.

A pesar de los avances y de los grandes esfuerzos desarrollados, el estudio del Autismo permanece como un complicado rompecabezas pendiente de resolver, que continúa produciendo una gran fascinación en todos aquellos que intentan profundizar en el diagnóstico e intervención, y cuyos intereses son tanto teóricos como aplicados (Schreibman, 1988; Wing, 1996).