



- ◆ 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)



GALICIA CLÍNICA

64/80

Año LII - Núm. 10

REVISTA CIENTÍFICA

Depósito legal: C-62-1958

La Coruña, Octubre de 1980

ACOTACIONES HISTÓRICAS EN TORNO AL CONCEPTO DE AUTISMO INFANTIL

Por el Dr. Aquilino M. Polaino-Lorente

Profesor Agregado de Psicopatología - Universidad Complutense - Madrid

El autismo infantil tiene un largo pasado y una breve historia. Su pasado conceptual se remonta al año 1911, en que Bleuler introduce el término de autismo en la literatura psiquiátrica. La historia reciente del autismo la dimensión propiamente histórica— se inicia a partir de un artículo de Leo Kanner, publicado en 1943. Los conceptos de los dos autores citados, no traducen, sin embargo, la realidad clínica contemporánea. El primero, Bleuler, porque empleó este término para designar la conducta de huida y/o evasión, observada en los enfermos esquizofrénicos, frente a los estímulos sociales.

Lo acertado de este término no permite, sin embargo, aplicarlo al autismo infantil, propiamente dicho. Y ello porque el autismo y la esquizofrenia no son cuadros psicopatológicos que puedan superponerse. Además, en el niño autista no había tal huida o evasión de todo lo que pudiera significar interacción personal; en el autismo infantil acontece, como veremos más adelante, otra cosa muy distinta: una dificultad extrema

para desarrollar hábitos que sirvan al buen contacto interpersonal.

No obstante estas objeciones, el término hizo fortuna entre los especialistas. Desde que fue empleado por Kanner para referirse a este síndrome infantil, su uso se ha ido restringiendo, reservándose exclusivamente, en la actualidad, para designar el cuadro clínico de que me estoy ocupando.

La descripción pionera de Kanner (1943), se basaba en la observación minuciosa y atinada de once niños que padecían extrañas alteraciones, hasta entonces no incluidas en la sistemática de la nosología psiquiátrica.

Reformulaciones posteriores de este cuadro, mucho más precisas, fueron realizadas por su desvelador (Kanner, 1946; Kanner y Eisenberg, 1956) y por otros muchos autores (Despert, 1951; Darr y Worden, 1951; Van Krevelen, 1952; Bosc 1953; Bakwin, 1954.

Con estas aportaciones, la naturaleza del autismo iba haciéndose más compleja a la vez que su concepto aumenta-

ba en precisión. En la medida en que se alzaprimitaban unos u otros de los síntomas (considerados entonces como más relevantes) variaba también el perfil psicopatológico y los criterios de inclusión en esta entidad clínica.

Hasta la década de los sesenta, dos son los síntomas principales que sirven como criterios para la inclusión o no de un sujeto en el diagnóstico de autismo: La soledad extrema o dificultad para desarrollar conductas de interacción personal y la insistencia de estos niños por mantener rigidamente invariables los estímulos ambientales, hasta el punto de que cualquier modificación del flujo estimular en el entorno que les es familiar, se sigue de respuestas de protesta y desadaptación (respuestas de contrariedad y pena intensas, rabietas, movimientos estereotipados, etc.).

De 1960 a 1970 se inicia un fecundo período de observación, decantándose posteriormente la sintomatología autista. Tinbergen (1962), enfatizará la falta de contacto ocular (sostenimiento y fijez de la mirada) de estos niños; Lovaas (1965), hará hincapié en el retraso intelectual; Makista (1966), se detendrá en la observación de la edad en que comienzan estas alteraciones; Rutter (1966) y Rutter y Lockyer (1967), sintetizan los síntomas criteriosales del autismo en tres grandes núcleos: A los dos apuntados en la década anterior, añaden el retraso del lenguaje, caracterizado sobre todo por: disminución de la comprensión, ecolalia e inversión pronominal; Ornitz y Ritvo (1968), sistematizan las alteraciones de la percepción y de la psicomotricidad autistas; Rendle-Short (1969), al filo de la década siguiente, reelaboran los aspectos criteriosales que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico del autismo infantil, resumiéndolos en los siete siguientes: Elevación del umbral de sensibilidad ante las situaciones peligrosas, muecas abundantes, hiperactividad, risas estereotipadas sin conexión con la situación, dificultades para jugar con

otros niños de la misma edad, irresponsividad ante estímulos familiares (por ej. llamarles por su nombre) y gran resistencia a cualquier tarea de aprendizaje.

Por último, la década de 1970 a 1980 constituye, sin duda alguna, una década prodigiosa en la investigación del autismo infantil. Durante este período se incorporan las investigaciones neurológicas pormenorizadas y sistemáticas (Corbett, 1977); se analiza la relevancia que puede tener la dimensión del desarrollo sobre la patología de esta enfermedad (Kanner, 1972; DeMyer, 1973); se estudian las posibles relaciones entre autismo y epilepsia (Lotter 1974); se incorporan con todo derecho las investigaciones metabólicas, psicofarmacológicas y bioquímicas (Campbell, 1974; Rimland, 1974; Yuwiler, 1975, entre otros muchos).

Sin embargo, lo más característico de esta década prodigiosa es la incorporación de las técnicas neurofisiológicas y de las técnicas de modificación de conducta, al diagnóstico y al tratamiento del autismo. Si el autor les ha dedicado otras publicaciones (Polaino-Lorente, 1980), es porque lo merecen con toda justicia. Gracias a ellas estos dos horizontes —sobre todo el terapéutico— se han dilatado con una eficacia que jamás se había soñado. La psicología del aprendizaje ha introducido —también aquí— su nuevo enfoque, suscitando el optimismo y creando nuevas expectativas que ya comienzan a ser algo más que fundadas.

Investigaciones neurofisiológicas sobre el autismo, como las de Hutt (1975); McQuaid (1975), Ornitz (1978) o Shagass (1979), trabajando, sobre todo, con potenciales evocados, han generado conclusiones que, además de indiscutibles, sitúan al autismo en otras cotas muy diferentes a las que estábamos familiarizados.

El autor de estas líneas confía en la benevolencia del lector, quien sabrá dis-

culpar la omisión de las hipótesis psicoanalíticas en este breve recorrido histórico. Dicha omisión ha sido hecha a propósito, habida cuenta de que el autor las considera irrelevantes y nada fructíferas para lo que aquí importa.

Por último, las técnicas de modificación de conducta (en lo sucesivo TMC) están demostrando la incoherencia de las actitudes de quienes sostenían que apenas si podía hacerse algo por la rehabilitación de los niños autistas.

Los trabajos de Shapiro (1978) y de Lovaas (1978) sobre modificación de conducta, o la extensión que otros autores han hecho de estas técnicas al ámbito familiar y al entrenamiento de padres (Hensley, 1978; Schopler, 1978; Polaino-Lorente, 1980), confirman las anteriores afirmaciones. La psicopatología y la rehabilitación del autismo están haciéndose adultas por la virtud de esta moderna psicología comportamental comunitaria que es, a todas luces, el mejor de los puentes tendidos hacia el futuro en el que todavía se puede esperar.

Las aportaciones de las TMC y de los registros neurofisiológicos no son, a pesar de las apariencias, nuevas vías de ataque ni reductos parciales donde refugiarse investigadores innovadores. Son, desde luego, modos nuevos de habérselas con viejos problemas, que ofrecen grandes posibilidades a la clínica y a la psicofarmacología contemporáneas. Por su virtud, estoy seguro, que unas y otras acabarán remodelando la clínica y la asistencia psicológica en beneficio de estos niños.

La revisión bibliográfica en relación con los estudios de seguimiento, realizada por Lotter (1978), así parece confirmarlo.

Con todo esto parece obvio la necesidad de una redefinición del autismo infantil que incorpore las consecuencias generadas por las nuevas tecnologías. Mientras tanto esto no suceda, pueden servirnos los criterios pertinentes diseñados por Rutter y Loker (1967), o los

más actualizados de Coleman (1978), para la inclusión o no de los supuestos pacientes en el diagnóstico de autismo infantil.

Rutter y Lockyer (1967) no señalan ningún síntoma patognomónico del autismo infantil, pero consideran como suficientemente específica la triada sintomatológica siguiente, hasta el punto de constituirse en criterio que discrimine la incorporación o no de un sujeto a esta entidad diagnóstica. Esta triada está constituida por: retraso en el lenguaje, fracaso en el desarrollo de destrezas para el contacto social y espontáneas conductas rituales. Sobre este triplete debe tenerse en cuenta otra tetrada sintomatológica que, aunque menos específica y selectiva del autismo infantil —puede estar ausente en el autismo y presente en otras muy variadas alteraciones psicopatológicas comportamentales—, muy frecuentemente va a él asociada y consiste en: conductas autolesivas, inatención, estereotipias sonoras y motoras distales y lentitud en la adquisición del control esfinteriano.

Más interesante parece —por más actualizado y por incorporar nuevos criterios etiológicos— los intentos de Coleman (1978) por construir una nosología del autismo infantil, eficaz y práctica. A continuación se sintetiza la propuesta de Coleman.

Se han hecho (por el autor de estas líneas) algunas modificaciones en las denominaciones de los agrupamientos, pero respetando, en cualquier caso, el texto original.

Clase I: Síndrome primario de autismo infantil (autismo infantil de Kanner o autismo propiamente dicho).

1. Criterios sintomatológicos esenciales:
 - 1.1. Aparición temprana (antes de los 30 meses).
 - 1.2. Profunda incapacidad para relacionarse con otras personas

(aislamiento autista de Kanner o carencia de contacto afectivo de Chess).

- 1.3. Retardo en la adquisición y alteraciones en el lenguaje (comprensión, ecolalia, inversión pronominal).
2. Criterios sintomatológicos accidentales:
 - 2.1. Conducta compulsiva ritual.
 - 2.2. Estereotipias y alteraciones de la motilidad.
 - 2.3. Respuestas anómalas a la percepción de estímulos auditivos, visuales, táctiles, etc.
 - 2.4. Persistencia de otras áreas y funciones completamente normales, a pesar de que el comportamiento infantil global se asemeja mucho al de los niños retrasados.

Para la inclusión en la Clase I, deben existir, al menos dos de los tres síntomas esenciales y algunos de los accidentales. La aparición de crisis convulsivas en estos niños al llegar a la adolescencia, es del todo irrelevante, en relación con su inclusión o no en este diagnóstico.

Clase II: Síndrome de esquizofrenia infantil al que se asocian síntomas autistas.

Se incluyen aquí a los sujetos que, además de las condiciones descritas en el epígrafe de más arriba, reúnen las características siguientes:

1. Evidencia de alteraciones cuya etiología se inscribe en cuadros como la fenilcetonuria (Friedman, 1969), la rubeola (Ches, 1971), etc.
2. Evidencia de un desarrollo evolutivo normal hasta los 30 meses de edad.
3. Evidencia del comienzo de los síntomas autistas en un periodo evolutivo posterior a los 30 meses de edad.

Clase III: Autismo asociado a lesiones neurológicas.

En este grupo se incluyen a los pa-

cientes en los que son evidentes las alteraciones neurológicas de cierta importancia, las anormalidades en los registros electroencefalográficos y las frecuentes crisis comiciales, antes o durante la adolescencia. La sintomatología autista es aquí más descolorida y suele estar vinculada a la lesión neurológica que está en la base de este proceso.

Como puede apreciarse la nosología propuesta por Coleman, tiene enormes ventajas para el estudio del autismo y/o la discriminación selectiva y diferencial entre dicha entidad y otras afines. En cualquier caso y aún cuando deba perfeccionarse en el futuro con nuevas aportaciones, se aconseja tenerla en cuenta, dada la frecuencia con que se incurre en diagnósticos erróneos sobre este particular. El punto de vista del autor citado podría servir —y muy valiosamente por cierto— para uniformar, por ahora, los criterios de inclusión diagnóstica entre investigadores de muy diversas procedencias disciplinares, de modo que resulten válidas las comparaciones y resultados pertinentes a que se lleguen.

Bibliografía a disposición de quien la necesite.

SE VENDEN

APARATO de RADIOTERAPIA
GENOVOL de la CASA A.E.G.

APARATO de RAYOS X de la
CASA COCHT de MESA
BASCULANTE

APARATO de ONDA CORTA y
APARATO ULTRASONIDO de
la CASA SIEMENS

Teléfono 63 54 64

LA CORUÑA