

Autismo infantil

Luciane del Lama Cerdan

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de profundos cambios internos y externos en el organismo global, físico y mental. Además, es la mejor edad para el despunte de la mayoría de los disturbios emocionales. Entre los disturbios emocionales de la adolescencia, el más temido es la psicosis, tanto por su gravedad e impacto que produce en el entorno del paciente como por el pronóstico y necesidad de tratamiento inmediato.

De esta manera, en la adolescencia, más que en cualquier otro período de la vida, el médico debe esforzarse, sobremanera, para establecer diagnósticos y pronósticos, con especial celo para la Esquizofrenia, pues, como sabemos, esta es la edad preferida para el inicio de ese disturbio. No debemos dejar de sospechar de los Trastornos del Humor, los que también aparecen en esta edad y con características bastante engañosas.

La Clasificación Francesa de los Disturbios Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA) considera por separado el Trastorno Sicótico del Niño y del Adolescente, al contrario de las clasificaciones internacionales de enfermedades (CID.10 y DSM IV) que no tienen una categoría específica para esos trastornos.

La clasificación francesa considera que, debido al hecho de los síntomas sicóticos que aparecen en la niñez y en la adolescencia, presentar características específicas y distintas de los mismos cuadros en adultos, justificaría una consideración y una clasificación por separado.

Una de las principales preocupaciones de los psiquiatras de niños y adolescentes es, sin duda, la psicosis. El máximo cuidado para el diagnóstico se refuerza, primero, evidentemente, en la importancia del tratamiento precoz para alivio del paciente y de sus familiares y, segundo, debido al riesgo de evolución de la enfermedad, cuyo momento de mayor peligro para secuelas irreversibles se sitúa en los dos primeros años de la psicosis.

Además, considerando la gran especificidad actual de los medicamentos psiquiátricos, hay una imperiosa necesidad de buenos conocimientos sobre el cuadro del Trastorno del Humor Grave con Síntomas Sicóticos y sus diferencias con la Psicosis Esquizofrénica, ya

que existen significativas diferencias de pronóstico y de tratamiento entre esas dos patologías.

Por fin, todo ese cuidado es más que justo, si consideramos los efectos potencialmente yatrogénicos de un diagnóstico equivocado sobre algún trastorno psiquiátrico crónico, diagnóstico capaz de modificar profundamente la relación del paciente consigo mismo y con los demás, además de las actitudes negativas por parte de su entorno familiar y social.

Para que la palabra “autismo” no pierda su precisión médica, especialistas de todo el mundo están de acuerdo en utilizar algunos criterios de diagnóstico internacionalmente reconocidos. El más reciente esquema de diagnóstico es el que está descrito en el Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

De modo muy semejante e igualmente válido es la recomendación para diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10). Esas clasificaciones pasan a denominar el Autismo Infantil con el nombre de Trastorno Autista.

Trastorno del Desarrollo

En la clasificación del DSM.IV, el **Trastorno Autista** se encuentra dentro de los Trastornos Invasores del Desarrollo, por lo tanto, en esencial, el Autismo Infantil es un trastorno del desarrollo de la persona, en otras palabras, es un trastorno constitucional. La clasificación CID.10, de la misma manera, habla del **Trastorno Autista** como un trastorno global del desarrollo, caracterizado, de este modo, como un desarrollo anormal o alterado, que debe manifestarse antes de los tres años de vida y presentar una perturbación característica de las interacciones sociales, comunicación y comportamiento.

Para una mejor idea de lo que se quiere decir con “trastorno del desarrollo”, sería importante discurrir un poco más sobre lo que se podría entender por “desarrollo”. Una persona normal, por lo tanto, desarrollada y como se encuentra aquí y ahora, obedece invariablemente a la siguiente fórmula biosociológica:

Fenotipo = Genotipo + Entorno.

Esa fórmula significa que somos ahora (fenotipo), una sumatoria de lo que trajimos para el mundo por medio de nuestros genes (genotipo), con lo que el mundo nos dio (entorno). Así, debemos buscar en el cimiento del individuo, considerado en su totalidad única, la mezcla enigmática de lo innato con lo adquirido, de lo biológico con lo ambiental y/o, finalmente, de la persona con su cultura.

En resumen, debemos entender por “desarrollo” los cambios sufridos por la persona a lo largo de su vida, resultantes de su interacción con el entorno. El entorno es, para el

individuo, una fuente de estímulos de las más variadas naturalezas, estímulos que determinarán en el individuo una serie de interacciones y respuestas y éstas, finalmente, determinarán cambios significativos en el curso de su vida. Los estímulos, sean físicos, alimentares, sensoriales, cognitivos o emocionales, son necesarios para el cambio de la persona, cambio que se puede entender como “desarrollo”.

Como nuestro tema es el sistema psíquico, nos interesa aquí el desarrollo neuropsicológico. Sin estímulos sensoriales, cognitivos o emocionales no habrá cambios neuropsicológicos y, sin éstos, no habrá posibilidad de crecimiento o desarrollo neuropsicológico del individuo. Pero, para que esa secuencia evolutiva se dé a contento, existe la necesidad de un soporte biológico global suficiente y capaz de recibir, de modo adecuado, esos estímulos. Un sistema neuropsicológico alterado o funcionando de modo precario, sea por razones orgánicas o emocionales, no podrá aprovechar plenamente los estímulos recibidos.

Se deduce de eso que, para que haya desarrollo, debe haber cambios en el organismo y, para que haya cambios, debe haber estímulos y soporte biológico suficiente para recibirlos e integrarlos. Por lo tanto, habiendo alteración neuropsicológica significativa, el desarrollo podrá comprometerse seriamente. De la misma manera, podemos decir que faltando estímulos suficientes y en la época oportuna, tampoco habrá desarrollo satisfactorio.

No habiendo, pues, condiciones psiconeurológicas para un adecuado recibimiento de estímulos, no habrá adecuado desarrollo, no habiendo desarrollo adecuado, habrá perjuicio de varias áreas de la transformación humana. En el Trastorno Autista, hay perjuicio severo de las interacciones interpersonales, de la comunicación y del comportamiento global.

Histórico del Concepto de Autismo

En 1943, Kanner estudió y describió la condición de 11 niños considerados especiales. En esa época, el término Esquizofrenia Infantil se consideraba sinónimo de Psicosis Infantil pero, los niños observados por Kanner tenían características especiales y distintas de los niños esquizofrénicos. Ellos exhibían una incapacidad poco común de relacionarse con otras personas y con los objetos. Concomitantemente, presentaban desórdenes graves en el desarrollo del lenguaje.

La mayoría de ellos no hablaba y, cuando hablaban, era común la ecolalia, inversión pronominal y concretismo. Sus comportamientos resaltaban por actos repetitivos y estereotipados; no soportaban cambios de ambiente y preferían el contexto inanimado. El

término autismo hacía referencia a las características de aislamiento y auto concentración de esos niños, pero también sugería alguna asociación con la esquizofrenia.

En el final de la década de los 70, Rutter describió el Trastorno Autista como un síndrome caracterizado por la precocidad de inicio y, principalmente, por las perturbaciones de las relaciones afectivas con el entorno. Decía que el autista poseía una incapacidad innata para establecer cualquier relación afectiva, como para responder a los estímulos del entorno. De ahí en adelante, varios investigadores han revelado una distinción cada vez más evidente entre el autismo y la esquizofrenia.

El propio Kanner reconocería que el término autismo no debería referirse, en estos casos, a un aislamiento de la realidad con predominancia del mundo interior, como se decía ocurrir en la esquizofrenia. Por lo tanto, incluso para él, no había en el autismo infantil un cierre del paciente en sí mismo, sino, un tipo particular y específico de contacto del paciente con el mundo exterior.

En la década de los 50, los autores norteamericanos, por mero pudor de la palabra psicosis, denominaban a esos niños como niños atípicos o poseedores de un desarrollo atípico o excepcional. A partir de la década de los 60, se definió las psicosis infantiles en dos tipos, las psicosis de la primera niñez y las psicosis de la segunda niñez. Entre las psicosis de la primera niñez se ha colocado el Autismo Infantil Precoz. Por lo tanto, se entendió como un trastorno primario, diferente de las otras formas de trastornos infantiles secundarios a las lesiones cerebrales o retardo mental.

En Europa, notablemente en Francia, el concepto de Esquizofrenia Infantil se ha sustituido por el concepto de Psicosis Infantil, donde se encuadra el Autismo. Por lo tanto, también para los franceses, el Autismo Infantil es una psicosis. Más precisamente, el término psicosis infantil precoz se aplica a las psicosis que empiezan en la primera niñez, mientras la Esquizofrenia Infantil, propiamente dicha, ha quedado reservada a los cuadros con inicio más tardío, pero que surgen tras el niño haber pasado por un desarrollo relativamente normal.

Incidencia

Los datos de incidencia del Autismo Infantil, divulgados por diversos autores, son muy variados, a medida que cada autor obedece y/o acepta diversos criterios de diagnóstico, de tal forma que lo que para unos es Autismo Infantil, para otros no lo es. De cualquier manera, los índices actualmente más aceptados y divulgados varían dentro de una franja de 5 a 15 casos en cada 10.000 individuos, dependiendo de la flexibilidad del autor en cuanto al diagnóstico.

Algunos autores han alegado una mayor incidencia de hasta 21 casos por 10.000, por medio del perfeccionamiento de los medios de investigación psiconeurológicas más recientes y de la mayor flexibilidad para el diagnóstico, entretanto, cuando el autismo es clasificado y diagnosticado con mayor rigor, en general, se relatan tasas de predominancia de 2 casos para cada 10.000 habitantes.

Pero, independiente de criterios de diagnóstico, es cierto que el síndrome alcanza principalmente a niños del sexo masculino. Las tasas para el trastorno son cuatro a cinco veces superiores para el sexo masculino, entretanto, los niños del sexo femenino con ese trastorno están más propensas a presentar un Retardo Mental más severo que en los niños del sexo masculino.

Causas

Hasta hoy en día, el Trastorno Autista carece de mayores explicaciones médicas para su aparición. Algunos autores intentaron establecer una relación de la frigididad emocional de las madres y de los padres con el desarrollo autista. El propio Kanner juzgaba que la actitud y comportamiento de los padres podrían influir en la aparición del síndrome. Él había observado en sus 11 pacientes iniciales que sus padres eran intelectualizados y emocionalmente fríos, en la gran mayoría de los casos.

Ha sido evidente que, aunque sea muy importante en el desarrollo del trastorno la dinámica emocional familiar, ese elemento no es suficiente en sí mismo para justificar la aparición. Por lo tanto, el autismo no parece ser, en su esencia, un trastorno adquirido y, en la actualidad, el autismo ha sido definido como un síndrome del comportamiento, resultante de un cuadro orgánico.

Trabajos en todo el mundo ya plantearon teorías psicológicas y psicodinámicas para explicar el autismo y las psicosis infantiles, principalmente en una época donde la investigación funcional y bioquímica del sistema nervioso central era todavía muy tímida.

Síntomas

Si es necesario señalar un síntoma esencial, básico y primario para el Autismo Infantil, ese síntoma sería el severo déficit cognitivo, la más importante desventaja de esos niños con relación a los otros. Incluso si las profundas alteraciones en la interrelación social, típicas del autismo fueran secundarias al déficit cognitivo básico. La predominancia sintomatológica empieza a darse en déficit cognitivos con relación al social. Existe la hipótesis del autismo que se constituye en un específico perjuicio del mecanismo cognitivo de representación de la realidad.

Además, se reconoce universalmente la gran dificultad que los autistas tienen con relación a la expresión de las emociones. Haría parte de esa anomalía específica una incapacidad de reconocer la emoción en el rostro de los otros, una falla constitucional que implique los afectos, una ausencia de coordinación sensorio-afectiva y déficit afectivos que comprometen las habilidades cognitivas y del lenguaje.

La incapacidad innata para la relación personal en el Trastorno Autista se reconoce como uno de los síntomas principales desde la observación inicial de Kanner. Según él, "podemos suponer que estos niños vinieron al mundo con la incapacidad innata de constituir biológicamente el contacto afectivo habitual con las personas, así como otros niños vienen al mundo con deficiencias físicas o intelectuales innatas".

Diagnóstico

Para un diagnóstico médico preciso del Trastorno Autista, se debe examinar muy bien al niño, tanto físicamente como psiconeurológicamente. La evaluación debe incluir entrevistas con los padres y otros parientes interesados, observación y examen psico-mental y, algunas veces, exámenes complementarios para enfermedades genéticas y o hereditarias.

Hoy en día, se pueden proceder algunos estudios bioquímicos, genéticos y cromosómicos, electroencefalográficos, de imágenes cerebrales anatómicas y funcionales y otros que se hicieron necesarios para la aclaración del cuadro. No obstante, el diagnóstico del Autismo sigue siendo predominantemente clínico y, por lo tanto, no podrá hacerse puramente con base a pruebas y/o algunas escalas de evaluación.

Según el DSM.IV, los Trastornos Invasores del Desarrollo, donde se incluye el Autismo Infantil, se caracterizan por perjuicio severo e invasor en diversas áreas del desarrollo, como: en las habilidades de la interacción social, en las habilidades de comunicación, en los comportamientos, en los intereses y actividades. Los perjuicios cualitativos que definen esas condiciones representan un desvío acentuado con relación al nivel de desarrollo o edad mental del individuo. Esa sección del DSM.IV incluye el Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Niñez y el Trastorno de Asperger.

De manera más o menos común, esos Trastornos se manifiestan en los primeros años de vida y, con frecuencia, están asociados a algún grado de Retardo Mental. Los Trastornos Invasores del Desarrollo se observan, por veces, juntamente con un grupo de varias otras condiciones médicas generales, como por ejemplo, con otras anomalías cromosómicas, con infecciones congénitas y con anomalías estructurales del sistema nervioso central.

Aunque términos como "psicosis" y "esquizofrenia de la niñez" ya hayan sido usados en el pasado con referencia a individuos con esas condiciones, evidencias considerables sugieren que los Trastornos Invasores del Desarrollo son distintos de la Esquizofrenia, entretanto, un individuo con Trastorno Invasor del Desarrollo ocasionalmente puede, más tarde, desarrollar también la Esquizofrenia.

CONCLUSIÓN

Esta enfermedad es, por excelencia, la enfermedad del contacto y de la comunicación. Es el ejemplo más significativo de la relación neurológica que existe entre afectividad, contacto corporal y comunicación. Esta función bloqueada en el portador de autismo, no es una anomalía del córtex, como ocurre en el caso de un niño deficiente mental. Es una típica disfunción de las estructuras límbico hipotalámicas, que son las fuentes biológicas de las emociones.

El autista es capaz de entender sólo emociones "sencillas, fuertes y universales", como las de un niño, pero se queda confuso con las más complejas. "La Principal emoción de un autista es el miedo, el más primitivo de los sentimientos humanos".

La enfermedad está constituida por la repulsa al contacto, la caricia, a todo lo que está relacionado con la demostración de afectividad humana. La buena salud representa la recuperación de la necesidad de contacto y no sólo, un proceso formal de socialización. El autismo es un síndrome que concentra las más profundas reflexiones sobre el valor terapéutico de las caricias.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCMATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1995 (International Version).
- ARAUJO, C..A. Teorias cognitivas e afetivas. In: Schwartzman, J.S., Assumpção Jr. Autismo Infantil. São Paulo: Memnon, 1995.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10; Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1.993.

JGILLBERG, C. The neurobiology of infantile autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry. n 29, 1988.

KANNER, L. Autistic disturbance of affective contact. Nerv. Child, v2, p.217-250, 1943.

KANNER, L. Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism J Am. Orthopsychit., v.19, 1949.

KANNER, L., EISENBERG L. Notes on the follow-up studies of autistic children. Psychopathology of Childhood, 1.955.

LEBOVICI, S., KESTEMBERG, E. A evolução da Psicose Infantil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

LEWIS, M. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

LIPPI, J.R.S., TORRES, V.M. O perfil multidimensional do bebê Autista. In: LIPPI, J.R.S., CRUZ, A.R. Psiquiatria Infantil: Estudo Multidisciplinar. Brasília: Disam 1987.

MAZET, P., LEBOVICI, S. Autismo e psicoses da criança. Porto Alegre: Artes Médicas. 1991.