

APROXIMACIÓN AL
CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO AUTISTA

Dra. MARÍA ALEJANDRA GUTIÉRREZ

Resumen

Esta recopilación de las características clínicas presentes en los niños autistas es fruto de la lectura de numerosos autores sobre el tema y de la comprobación clínica en la práctica de la psiquiatría infantil.

Tiene como fin aproximar a aquellos médicos psiquiatras y no psiquiatras o no legos en la materia, una realidad clínica que puede ayudar a sospechar un diagnóstico. La precocidad de este último se encuentra justificada por una intervención precoz y un mejor pronóstico para el niño en cuestión.

Palabras claves: autismo, clínica, desarrollo social, infancia, conductas atípicas

Abstracts

This report of different characteristics of autism is a review of the different books and articles about that disorder as well as the habitual findings in the practice in Child psychiatry.

The aim is to help not only child psychiatry, but also medical professionals and common people to recognize some autistic symptoms which could indicate an autistic disorder. An early identification allow a sooner intervention and an improved outcome.

INTRODUCCIÓN

Fue en el año 1943, que un pediatra norteamericano, llamado Leo Kanner describió un grupo de 11 niños con un trastorno desconocido hasta ese entonces. Kanner observó en estos niños una serie de características a saber, no ser capaces de desarrollar relaciones con la gente, distanciamiento extremo, retraso en el desarrollo del lenguaje y un uso no comunicativo de este. A ello se agregaba la existencia de patrones de actividades de juego y capacidades muy restringidas. A partir de estas observaciones, Kanner afirmó que estos niños estaban *incapacitados desde el comienzo de la vida para desarrollar un contacto normal con las personas*. En esta primera observación publicada Kanner denominó a este síndrome *trastornos autísticos del contacto afectivo*. La palabra que Kanner usó como un adjetivo (autístico), pasó a ser lo que posteriormente se conoció como Autismo infantil temprano.

Kanner consideró que los síntomas principales de los niños que padecían este síndrome eran **el distanciamiento autista y la insistencia obsesiva de la monotonía**.

El autismo, hoy en día, pertenece a un grupo de trastornos denominados **TGD** (trastornos generalizados del desarrollo): este grupo o espectro clínico muestra una evolución y severidad variable, es heterogéneo en su etiología y se caracteriza **por retraso y alteraciones cualitativas en el desarrollo de las áreas sociales, cognitivas y de comunicación con aparición en los primeros años de la vida**.

El autismo infantil temprano, por sus características peculiares, se destaca como la forma clínica central y de referencia de los TGD.

El autismo descrito por Leo Kanner fue considerado en un primer momento como de origen psicológico. Estudios posteriores señalaron numerosas evidencias relacionadas con factores de tipo biológico en este grupo de niños, lo que ha dado lugar a investigaciones de todo tipo. Tal es así, que a la hora de calificar el origen de dicho trastorno, recibe según los diferentes autores la denominación de trastorno mental, trastorno neurológico o como se lo considera en los últimos tiempos formando parte del espectro de los trastornos cognitivos.

Existía una gran controversia en cuanto al término de autismo empleado por Kanner, quien lo había tomado de un psiquiatra suizo, Bleuler. Este último había empleado el término Autismo treinta años antes (en 1906) para definir uno de los síntomas principales de la esquizofrenia. Al hablar de autismo, Bleuler se refería al predominio de la vida interior sobre la realidad externa y la tendencia al retraimiento propios del cuadro esquizofrénico. Bleuler consideraba que los 4 síntomas principales de la Esquizofrenia eran: Asociaciones anormales, **autismo**, afectividad inadecuada y ambivalencia-.

A partir de esta cuestión y de múltiples descripciones y estudios sobre pacientes con características similares se usaron distintos denominaciones: psicopatía autística, psicosis simbiótica, psicosis infantil, esquizofrenia infantil, desarrollo atípico de la personalidad, psicosis borderline, etc. Si bien se empleaban como diagnósticos intercambiables, cada uno de estos nombres tenía su origen y su definición en una visión distinta de la naturaleza y de las causas del autismo.

Hoy en día estos términos han caído en desuso y el autismo no se considera dentro el amplio espectro de las psicosis. La realidad clínica del autismo, la historia de la patología familiar y los estudios de seguimiento a largo plazo no parecen tener relación de continuidad con las psicosis esquizofrénicas del adulto.

En 1956 Eisenberg y Kanner con el fin de aclarar confusiones redujeron los síntomas esenciales del autismo a dos: **autoaislamiento extremo** y **preocupación por preservar la monotonía**. La alteración del lenguaje en los niños autistas se considero secundaria con respecto a la alteración de las relaciones humanas y la edad del inicio se extendió a los 2 años de vida.

En 1968, **Rutter**, realizó un análisis crítico de la evidencia empírica existente y propuso estas cuatro características como distintivas del trastorno autista, ya que las mismas estaban presentes en casi todos los niños autistas:

- **Falta de interés y respuesta social**
- **Lenguaje disminuido: desde la ausencia de habla hasta la existencia de patrones de habla peculiares**
- **Conducta motora extraña que abarca desde patrones de juego rígidos y limitados hasta comportamientos compulsivos y rituales más complejos**
- **Inicio temprano antes de los 30 meses de edad.**

Para llegar a ello tuvo que dejar de lado otras muchas características que se daban en los niños afectados por autismo pero cuya distribución en frecuencia era muy desigual.

En 1978 el Comité profesional asesor de la “Sociedad Nacional Pro niños y adultos con autismo” formuló una nueva definición del síndrome:

- *Manifestación antes de los 30 meses*, con la presentación de las siguientes características:

- *Alteraciones del ritmo y secuencia del desarrollo*
- *Alteraciones de las respuestas a cualquier estímulo sensorial*
- *Alteraciones del habla, lenguaje, cognición y comunicación no verbal*
- *Alteraciones de la capacidad para relacionarse con personas, acontecimientos y objetos.*

Estos hitos en la definición del síndrome autista sumadas a las atribuidas por Kanner prepararon el camino para los grupos de criterios diagnósticos que se elaboraron para las clasificaciones de trastorno mentales usados por los clínicos de todo el mundo el CIE9-CM y DSM III en 1980, ya en esta edición, el DSM consideraba al trastorno autista como un trastorno generalizado del desarrollo.

El último DSM (IV-R) conserva dicha concepción y en esta clasificación engloba las siguientes variantes:

- Trastorno autista
- Trastorno de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno de Asperger
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado que incluye el autismo atípico.

De todas estas variantes, se considera al Trastorno autista como referente principal de este tipo de trastorno, compartiendo los demás trastornos los mismos rasgos esenciales. La diferencia entre ellos y el trastorno autista la dan ciertas características que le otorgan al trastorno una identidad propia y también un abordaje y pronóstico diferentes.

Cuadro clínico del Trastorno Autista

Aproximación al cuadro clínico del Trastorno Autista
Dra. María Alejandra Gutiérrez

1. Edad de inicio

El trastorno puede identificarse en niños menores de tres años. En general se inicia luego de un desarrollo normal hasta los dos años, aunque en realidad es difícil establecer si estos niños habrían sido normales en todos los aspectos.

Antes de la constitución del síndrome característico a la edad de dos o tres años existen manifestaciones precoces, alteraciones de la comunicación y del desarrollo psíquico de los niños que muchas veces se obtienen a partir de las entrevistas mantenidas con los padres, de la observación cuidadosa de videos caseros, etc., en los que se pueden detectar:

a. Actitud de docilidad particular: desde los primeros años de vida. El niño presenta indiferencia al mundo exterior, tanto frente a las personas (por ejemplo, no llora cuando el cuidador habitual se retira de su presencia) como a los juguetes (por ejemplo, usa elementos no convencionales como juguete y los juguetes que habitualmente atraen la atención a niños de su edad, no producen en él ningún interés o dan lugar a juegos repetitivos o estereotipados).

b. Trastornos tónicos posturales o psicomotores: presentan ausencia o retraso de la capacidad anticipatoria del bebe ante el acercamiento de la madre, insuficiencia del ajuste corporal, incluso hipotonía cuando se toma el bebé en brazos. Se puede observar también que el niño realiza juegos estereotipados con las manos en forma repetitiva.

c. Anomalías de la mirada: conducta de evitación de la mirada, ausencia de seguimiento ocular, mirada periférica o miradas furtivas.

d. Ausencia de la aparición de los organizadores de Spitz (estas conductas se dan durante el desarrollo de los bebes en el primer año de vida y su ausencia es signo de alguna alteración grave del desarrollo): ausencia de sonrisa-respuesta a rostros humanos, ausencia de angustia ante los desconocidos hacia el octavo mes.

e. Fobias masivas y mal organizadas (más frecuentemente alrededor de los dos años de edad): a los ruidos, en general producidos por electrodomésticos.

f. Trastornos somáticos funcionales:

-Trastornos oroalimentarios: ausencia o mala coordinación la succión o deglución, regurgitaciones postprandiales, anorexia precoz, diversificación alimentaria difícil, rechazo de la alimentación o alimentación selectiva.

-Trastornos esfinterianos: constipación precoz con retención fecal.

-Trastornos del sueño: insomnio precoz, insomnio agitado con despertar gritando y manifestaciones autoagresivas)

Estos trastornos se manifiestan y se asocian de manera variable en función de la edad del niño, pero es preciso subrayar la prudencia al momento de interpretar estas alteraciones en el niño muy pequeño. Estas manifestaciones no son constantes ni necesariamente evolucionarán hacia un trastorno autista.

2. Déficits del comportamiento social

Estos déficits van variando a medida que el niño crece, producto de la estimulación y del proceso de desarrollo.

Los bebés autistas tienden a evitar el contacto visual y a prestar escaso interés a la voz humana. No adoptan una postura anticipatoria ni alargan los brazos para hacer tomados en brazos. A veces, los padres piensan que el niño es sordo (ya que suelen no responder a su nombre). En aquellos niños autistas de mayor inteligencia, la falta de respuesta social puede no hacerse evidente hasta bien entrado el segundo año de vida. En la primera niñez, los autistas siguen evitando el contacto visual, pero pueden disfrutar de las cosquillas o aceptar contactos pasivos como que se lo siente en la falda. No desarrollan una relación de vínculo con los padres. No suelen seguir a los padres por la casa. Existe falta de la conducta imitativa de los padres (saludos, despedida). Las personas son tratadas como objetos, no existiendo reciprocidad social. Tienden a carecer de referencias sociales y no miran hacia los adultos cuando reciben estímulos poco familiares. La mayoría no muestra la normal ansiedad de separación ni ansiedad ante extraños. Tratan a los adultos como seres intercambiables o sea que pueden acercarse a un extraño como a sus padres. No tiene interés en general con la compañía de los otros niños ni en jugar con ellos e incluso pueden evitar activamente a los demás.

En la mitad de la niñez puede desarrollarse una mayor conciencia del vínculo con los padres y otros referentes familiares. Estos niños no muestran interés por los juegos grupales y no son capaces de crear relaciones con sus compañeros. Sólo algunos logran participar de manera pasiva en los entretenimientos de otros niños o en juegos de actividad física, sin embargo esta aparente sociabilidad suele ser superficial.

Cuando crecen pueden volverse afectuosos y amistosos con sus padres y familiares. Pero en general no inician contacto social y muestra falta de interés positivo por otras personas. Algunos pocos pueden desear tener amigos pero tienen dificultad ante su falta de respuesta a intereses y emociones de los demás así como incapacidad para apreciar el humor.

3. Problemas en la comunicación

a) Dificultades en la comunicación no verbal

Los bebés autistas manifiestan sus necesidades mediante el llanto y gritos. En la primera niñez pueden desarrollar el gesto de tirar de los adultos de la mano en dirección del objeto que necesitan o desean, al hacerlo raramente lo acompañan de una adecuada expresión facial.

No es frecuente que asientan con la cabeza o la sacudan para acompañar o sustituir el habla. En general no participan de juegos de imitación y no es común que sigan o copien las actividades de sus padres como hacen los niños no autistas.

En la mitad y final de la niñez utilizan los gestos con poca frecuencia, aunque entiendan bastante bien los gestos de los demás. Algunos adoptan capacidades imitativas de juego pero en general se trata de movimientos estereotipados repetitivos.

En términos generales podemos decir que los niños autistas son capaces de mostrar expresiones de alegría, miedo, enfado pero solo las más extremas.

Las expresiones faciales que se emplean para reforzar el significado de lo que se dice suele estar ausente.

Algunos niños autistas pueden permanecer pétreos e inexpresivos la mayor parte del tiempo.

b. Dificultades en la comprensión del lenguaje

La comprensión del lenguaje se ve limitada en diversos grados. Los autistas con retraso mental grave pueden no alcanzar nunca conciencia del significado del lenguaje. En cambio los niños con limitaciones menores pueden seguir instrucciones simples dadas en un contexto inmediato o con la ayuda de gestos. Cuando la limitación es leve puede que se encuentren afectados solo la comprensión de significados sutiles o abstractos. El humor y las expresiones idiomáticas suelen provocar confusión aún en los niños autistas más brillantes.

c. Dificultades en el desarrollo del lenguaje hablado

Muchos niños autistas sufren dificultades en los balbuceos del primer año y un porcentaje de ellos permanecen mudos durante toda la vida. Cerca de la mitad de los pacientes estudiados por Kanner eran mudos todavía a la edad de 5 años.

Cuando el habla se desarrolla suele mostrar anomalías varias:

Puede ser un habla carente de significado inmediato o ecolalia. En estos casos el niño reproduce en forma bastante exacta lo que escucha ya sea en el hogar, en la radio o en la televisión, pero suele tener escasa o nula comprensión del significado de lo que dice. Si la ecolalia es muy severa, se producen sintaxis distorsionada y patrones de habla fragmentados.

En otros casos, los niños autistas llegan a desarrollar un uso adecuado de frases copiadas de los demás, esto suele ir acompañado de inversión en los pronombres en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje.

A menudo existen dificultades para la articulación de palabras.

Otra característica habitual del habla de estos niños es una entonación particular, semejante a la de un robot, ya que es una forma de emisión monótona, plana, poco modulada y con escasos cambios de énfasis o expresión emocional.

Algunos niños autistas usan el lenguaje sobre todo con fines de autoestimulación. En estos casos, el habla es repetitiva por naturaleza, con palabras, frases o sonidos que el niño emite una y otra vez sin ninguna relación aparente con el entorno o con los acontecimientos presentes.

En los niños autistas pequeños son frecuentes problemas de pronunciación que tienden a disminuir con la edad. A veces puede darse un marcado contraste entre el habla ecolálica, emitida con claridad y el habla espontánea mal pronunciada.

También puede observarse el habla canturreada, con prolongación extraña de sonidos, sílabas y palabras. Es posible que expresen una frase afirmativa pero con entonación interrogativa.

En el habla espontánea a las personas, a menudo presentan construcciones gramaticales anormales o inmaduras; palabras o frases se emplean en forma rara o particular o frases telegráficas o distorsionadas. También pueden murmurar palabras de sonido parecido o significado relacionado. Algunos denominan los objetos a su manera o inventan palabras propias.

Es frecuente también que supriman preposiciones, conjunciones y se utilicen los pronombres en tercera persona.

En los casos que desarrollan habla funcional no suelen utilizarla de la manera habitual para la comunicación social. En general se sirven de frases estereotipadas y repeticiones. Otra característica del habla de los niños autista es que casi nunca da muestras de imaginación, abstracción o emociones sutiles.

Además su capacidad de lenguaje suele ser escasa cuando se trata de cosas fuera del contexto inmediato. Suelen hablar de intereses particulares y la información se repite cada vez que surge el mismo tema. Los más capacitados pueden llegar a intercambiar información que les interese, pero cuando la conversación se aparta de esta modalidad, se pierden y es probable que se aparten del contacto social. “Los autistas dan la impresión de estar hablando a alguien no con alguien”.

4. Patrones de conducta inusuales

Las respuestas inusuales de los niños autistas a su entorno pueden adoptar distintas formas. A continuación se mencionan las más frecuentes, pero es necesario aclarar que no es habitual que un niño autista presente todas las características a la vez:

- Resistencia al cambio

Los cambios en el entorno familiar alteran a los niños autistas y el menor cambio en la rutina diaria puede provocarles rabietas. Muchos niños autistas alinean objetos o juguetes y pueden alterarse mucho si alguien cambia la disposición de los mismos. También es frecuente en estos niños que se resistan a aprender o practicar nuevas actividades.

- Comportamientos compulsivos o rituales

Estos comportamientos suelen conllevar rutinas rígidas (por ejemplo, insistencia en comer determinadas comidas). También la presencia de fenómenos compulsivos como andar en puntas de pie, girar sobre sí mismos, ejecutar movimientos de batir alas.

Algunos presentan actos motores repetitivos y estereotipados como palmadas con las manos o hábitos de movimientos peculiares con los dedos (sacudidas y giros cerca de la cara).

En algunos casos, estos niños desarrollan ocupaciones como dedicar mucho tiempo a memorizar la información meteorológica, capitales de países, apellidos de una guía telefónica o fechas de nacimiento.

En la adolescencia algunos de estos comportamientos pueden derivar en síntomas obsesivos (hacer repetidamente la misma pregunta que debe ser contestada de una manera específica o compulsiones (por e. tocar determinados objetos en forma incontrolada). Estos comportamientos compulsivos o rituales son más frecuentes en niños autistas no retrasados.-

- Vínculos anormales

Muchos de los niños autistas desarrollan un vínculo intenso con objetos extraños (piedras, clips, trozos de tela que seleccionan por su color o textura o pequeños juguetes de plástico), llevan el objeto consigo a todas partes y protestan o hacen rabietas si se les quita, o si alguien trata de alterar el uso repetitivo de los mismos.

- Respuesta inusual a experiencias sensoriales.

Los niños autistas pueden quedar fascinados por luces, sonidos (sonido de relojes), objetos giratorios y sensaciones táctiles. Generalmente manipulan los objetos con independencia de la finalidad práctica específica del objeto. Algunos niños pequeños alinean, apilan o hacen girar los objetos. También puede abrir o cerrar canillas en forma persistente o accionar las llaves de luz para prender y apagar la luz una y otra vez. Es común que presenten preocupación continua por ciertas cualidades de los objetos: textura, sabor, color o forma. A veces se manifiestan muy interesados por ciertos ruidos y muy agitados e inquietos por otros.

En otras ocasiones muestran poca respuesta a ciertos estímulos sensoriales (.ser llamados por su nombre) y mucha a otros estímulos (algunos sutiles, o otros como ruidos de aparatos domésticos).

Por eso en ocasiones se ha sostenido que son sordos, miopes o ciegos, y en algunos casos se ha detectado algunos autistas con pérdida de audición de distinta severidad así también como hipersensibilidad auditiva.

En otro orden de cosas, se ha visto la mayoría de los niños autistas que evitan de manera activa el contacto, aunque otros buscan verse implicados los juegos rudos. También pueden tener caprichos extravagantes en la alimentación (por la textura, el sabor).

-Alteraciones de la motilidad

Puede ocurrir que las etapas habituales de desarrollo motor se retrasen pero con frecuencia siguen su curso normal.

Los niños pequeños suelen tener dificultad para imitar movimientos, en particular cuando deben aprenderlos de manera visual o cuando es preciso invertir la dirección.

Algunos pueden mostrar un actividad excesiva que disminuye hacia a la adolescencia.

Es frecuente que haga muecas, sacudan o hagan girar las manos, caminen en puntitas de pie, se mezan y balanceen su cuerpo y giran la cabeza o golpeen con ella. Algunos de estos movimientos parecen ser involuntarios. A veces se presentan en forma intermitente mientras que otros son continuos.

A menudo, estos niños se interrumpen, quedan inmóviles y con postura extraña con la cabeza agachada y los brazos flexionados por los codos.

Algunos niños realizan movimientos de tensión del cuerpo cuando están excitados o absortos ante alguna experiencia sensorial, por ejemplo la visión de un juguete que gira.

-Déficits cognitivos e intelectuales

Se consideran que una gran mayoría de los niños autistas sufren retraso mental, en su gran porcentaje de grado moderado y en un menor porcentaje leve.

Debido a que gran número de niños autistas no habla, se ha desconfiado de la validez de las pruebas de inteligencia. Sin embargo, investigaciones posteriores han demostrado que aún con el uso de técnicas especiales en muchos niños autistas, el rendimiento intelectual permanecía muy por debajo de lo normal.

Una prueba más al respecto, lo constituye que muchos niños han hecho grandes progresos en su cuadro autista pero ningún cambio en su cociente intelectual(C.I).

Los niños con CI bajo muestran mayores dificultades a nivel del desarrollo social y es frecuente que tengan respuestas sociales anormales como oler o tocar a las personas, estereotipias y presencia de autolesiones.

También es más frecuente que los sufran mayor incidencia de convulsiones lo que hace el pronóstico peor.

La cognición de los niños autistas está limitada en particular a nivel de su capacidad de imitación, comprensión verbal y gestual, flexibilidad inventativa, formulación y aplicación de reglas y uso de información.

Los autistas presentan una elevada capacidad par resolver puzzles correspondientes a su edad y más, lo que se relacionaría con una buena capacidad perceptiva y buena habilidad visomotriz.

También pueden presentar un interés temprano y habilidad para reconocer y expresar los signos de la lectoescritura, a este fenómeno se lo denomina hiperlexia, aunque en realidad sería una pseudo hiperlexia porque tienen capacidad para decodificar el signo escrito pero no su significado. En la hiperlexia hay decodificación del signo y de su significado.

-Otras características asociadas

Las expresiones afectivas de los NA pueden ser más bien planas o bien excesivas o inadecuadas para la situación.

Con frecuencia su estado de ánimo es lábil y pasan de llanto, gritan sin explicación ni consuelo o pasan a risas inapropiadas sin razones evidentes.

Un niño autista puede no darse cuenta de peligros reales como los vehículos en movimiento pero en cambio sentir terror por objetos o situaciones inofensivas, un objeto de peluche, la visita a la casa de un pariente.

Pueden mostrar hábitos como tirarse de los pelos o morder determinadas partes del cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Agüero Juan; Capítulo 35: Trastornos generalizados del desarrollo, págs.635-640 en Tratado de Psiquiatría de Barcia Salorio D. Ed. Aran, 2000.
- American Psychiatric Association: DSM –IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition, Text Revision. Washington, DC, American psychiatric Association, 2000
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Chile 1943;2:217-50
- Luke Y. Tsai; Capítulo 20: Trastorno Autista, págs.250-266 en Tratado de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de Wiener J.M.-Dulcan M.K. Masson, 2006.

DATOS DE LA AUTORA

MARÍA ALEJANDRA GUTIÉRREZ.

TÍTULO DE MÉDICO EXPEDIDO POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA PLATA (UNLP).

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA PEDIÁTRICA. COLEGIO DE MÉDICOS, DISTRITO I DE LA PCIA DE BS.AS.

Domicilio: 22 N°: 1415 LA PLATA (1900)

PCIA. DE BUENOS AIRES.

Teléfono: (0221) 451-0318

E-MAIL: matagut@yahoo.com.ar