

FICHA CLÍNICA Nº 13. EL AUTISMO.



INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos más singulares de la psicopatología clínica, corresponde al capítulo de las Psicosis Infantiles, y en especial a un síndrome caracterizado por un conjunto de patrones conductuales poco usuales y similares entre sí, que aluden a "una soledad extrema desde el principio de la vida y un deseo obsesivo de conservar la monotonía", y que se ha denominado "Autismo".

El término "Autismo" fue ideado por Bleuler (1911), quien originalmente lo utilizó para designar un trastorno presente en los síndromes esquizofrenógenos, pero posteriormente fue Leo Kanner (1943) quien lo reutilizó para designar los trastornos autistas del contacto afectivo en niños pequeños, aludiendo con ello a una relación entre las psicosis infantiles y la esquizofrenia.

No obstante, el Autismo no es una entidad patológica simple, sino que más bien representa un diagnóstico global, como la parálisis cerebral, la epilepsia o las neurósis de carácter. Como consecuencia de ello su etiología resulta aún dudosa, su sintomatología variada, y su diagnóstico diferencial complejo, siendo por estas razones que en la actualidad aún existen serias dificultades para la realización de un modelo diagnóstico operacional.

AUTISMO Y ETIOLOGÍA

Uno de los aspectos más críticos en relación al Autismo resulta ser la polémica en relación a la etiología del mismo. Sinópticamente es posible hablar de tres aproximaciones: la psicógena, la orgánica y la mixta, que llamamos bioanalítica.

a) Psicógenas: Se acepta en el marco de las teorías psicodinámicas que causases medioambientales, en especial el papel que les corresponde a los padres: madres esquizofrenógenas (Fromm-Reichmann), madres sobreprotectoras (Levy); son las causases de este síndrome. Postulando que el menor era normal antes de nacer se atribuyen a deficiencias en la relación de cuidado, contacto físico, alimentación y protección del menor, las causas de una organización autista del organismo.

En este marco, se plantea que las características de personalidad de los padres (personalidades limítrofes, psicopatías, psicosis, etc.), serían un factor etiológico de primer orden, y se apoyan dichas afirmaciones en estudios etológicos de conducta de monos Rhesus sobre aislamiento social, y ruptura de lazos efectivos (Harlow y McKinney, 1971).

b) Biológicas: Refutan los factores ambientales (Rimland, 1962; Coleman, 1989; Gillberg, 1989), y postulan que la etiología del Autismo es de base orgánica, sustentada en una disyunción endógena del Sistema Nervioso Central, en especial los sistemas sensoriales táctiles, visuales y auditivos, que incapacitaría al organismo para procesar los estímulos sensoriales externos, y operar correctamente con dicha información.

c) Bioanalítica: El Autismo es entendido como un síndrome clínico, producto de intensos y anormales niveles de displacer experimentados en los primeros meses de vida, que revela las vicisitudes de un desarrollo anormal del Aparato Mental a partir de una temprana desviación defensiva y las consecuencias neurológicas, neuroquímicas y neurofisiológicas implicadas en ello.

A partir del proceso de configuración del Aparato Mental, un recién nacido debe pasar por una serie de

etapas (Desarrollo Psicosexual), de maduración biológica y psicológica en virtud de un cierto paralelismo psicosomático. En la primera fase: Fase Esquizoide, durante la gestación y primeros meses de vida, cualquier trastorno, sea de origen hereditario, congénito o ambiental - en especial la primitiva relación de objeto” madre-hijo-, que genere intensos montantes efectivos: dolor, rabia, privación, etc., redundará como consecuencia de los esfuerzos por evitar los altos montantes de displacer experimentados, en una perturbación de la organización neuronal cerebral, y de la consiguiente organización psíquica.

EL CUADRO CLÍNICO

A pesar de las dificultades existentes en la tipificación de la sintomatología Autista, varios de los criterios considerados como necesarios están universalmente aceptados, siendo reconocidos ellos también como características fundamentales de las Psicosis Infantiles.

- I. Inicio Temprano.
- II. Graves trastornos en el ámbito social.
- III. Graves anomalías en el lenguaje.
- IV. Rutinas repetitivas y elaboradas.
- V. Respuestas perceptivas anormales a estímulos sensoriales.

I. Inicio Temprano: La mayoría de los clínicos e investigadores coinciden en que el trastorno de la conducta parece iniciarse antes de los 30 meses de vida, ya sea debido a perturbaciones en las relaciones de objetos tempranas, debido a un supuesto carácter «congénito» (Wing, 1982) o como expresión de una disyunción orgánica.

II. Trastornos del Ámbito Social: Corresponde a una ausencia de reciprocidad en la relación social con los demás, a la incapacidad de reconocer la singularidad y las «características individuales» del resto de los seres humanos. Los menores muestran una extrema soledad autista, siendo algunos fáciles de tratar mientras se les deja solos, en tanto otros difíciles y terribles, gritando a toda hora. En ellos, la imitación y juegos de imitación están ausentes o son deficientes, y comúnmente presentan problemas de alimentación y de succión.

Tienden a evitar el contacto ocular, mirando por el rabillo del ojo y fijando la mirada por breves segundos. Se resisten a ser cogidos, tomados o tocados, y cuando ello ocurre no “ajustan” su cuerpo al abrazo o caricias. No presentan conductas de iniciativa, conducta exploratoria, ni de curiosidad, tampoco presentan conductas de apego con sus progenitores, ni de ayuda ni confort.

Por lo general el niño, trata a los humanos como si fueran “objetos no humanos”, siendo un rasgo típico que en la edad preescolar no llegan a mantener relaciones normales con sus pares.

III. Graves Anomalías en el Lenguaje: el autismo muestra problemas importantes de comprensión de la mímica humana, de los gestos y del habla, casi sin excepción existe un retraso en el desarrollo de la comprensión del lenguaje que puede variar desde una casi total falta de comprensión a desviaciones más sutiles que conducen a una interpretación concreta.

Ellos pueden seguir instrucciones simples dentro de un contexto determinado, pero parecen no captarlas si son dadas fuera de éste.

Aproximadamente uno de cada dos, no llega a desarrollar lenguaje, en cuyo caso se asocia a retraso mental, y los que lo hacen muestran grandes perturbaciones del mismo: ecolalia, frases sostenidas, evitación de pronombres personales, inversión de pronombres “yo” por “tú”, lenguaje repetitivo hablando a” más que “con” alguien. Pueden tener buena memoria y repetir las frases textuales de conversaciones enteras, pero con peculiaridades en el volumen y tono de voz, con una tendencia a usar lenguaje tipo staccato o habla direccional. Rara vez o nunca comunican sus experiencias emocionales o sus necesidades a otros.

IV. Rutinas Repetitivas Elaboradas: Una mayoría de los niños autistas exigen que se sigan ciertas rutinas patológicamente rígidas, tales como un modo de andar, una postura determinada o una cadena de conductas bizarras, por ej.: sólo querer comer si una pata de la silla del padre está a una pulgada de distancia

de una de las patas de la mesa y si la madre tiene un codo sobre la mesa, a este fenómeno se le llama «insistencia en la monotonía».

También se observan conductas de apego a objetos extraños: piedras, botones, clips, trozos de juguetes, que el menor siempre lleva consigo, que le provocan una especial fascinación y cuya pérdida desencadena una crisis emocional.

V. Respuesta Perceptiva Anómala a Estímulos Sensoriales: Estas respuestas que en la actualidad han empezado a ser consideradas «primarias» dentro de los criterios diagnósticos del síndrome autista aluden a un deterioro en las respuestas perceptuales. En este sentido las percepciones de estímulos auditivos y táctiles estarían más deterioradas que las visuales y olfatorias. Ellos pueden no reaccionar ante un gran ruido repentino, pero luego atender al ruido de un papel de una barra de chocolate, o puede observarse una sensibilidad disminuida anómala al dolor, en tanto que otros causan la impresión de tener dificultades para reconocer las cosas que ven, pudiendo de hecho confundirse con una ceguera.

A menudo sienten el deseo de oler a personas y objetos.

Un criterio de diagnóstico clínico, requieren de la existencia de los cinco puntos antes mencionados para diagnosticar un “síndrome autista completo”, y puede acompañarse de otros síntomas, si bien comunes no patognomónicos: hiperactividad, problemas del sueño, falta de iniciativa, cierta inapetencia por la comida y conductas autodestructivas: golpearse la cabeza, morderse las muñecas, golpearse la barbilla, tirarse el pelo, etc., y debe considerarse también que si, bien muchos niños autistas sufren retraso mental (67 al 81 %, según Lotter, 1966; Rutter, 1978; Wing, 1980; Bohman y cols, 1981; Gillberg, 1984) existe un perfil cognitivo propio del Autismo que los diferencia de este cuadro:

Algunos presentan “islotos de capacidades especiales”, sobre todo en el campo de la memorización, la música, el arte y las aptitudes espacio visuales (rompecabezas)

Otros presentan déficit de memoria a acontecimientos recientes, pero no pasados.

Y, finalmente, se observa una adecuada discriminación “concreta”, incluso mejor que la de muchos menores normales intelectualmente, aunque no ocurra así en la discriminación “formal”.

Este perfil cognitivo tan atípico que ha dado lugar numerosas confusiones en la determinación del real desarrollo intelectual del paciente autista, permite distinguir el Autismo de otros cuadros, y simultáneamente, parece apuntar a que estas habilidades serían compensaciones ‘funcionales de una compleja organización cerebral.

(Extraído de Archivos Indepsi. Publicado en el Correo de Psicoterapia nº 10, año 1992)

Volver a Fichas Clínicas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.