

11241
2 y 10

SINDROME
DE
AUTISMO INFANTIL

PRESENTACION DE 4 CASOS CLINICOS
(Hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro)

*V. B.
Indice*

Dr. Leonardo Maza Bermúdez
Residente de III de la espec. de psiquiatría
Adscrito a la D. G. S. M. , S. S. A.
U. N. A. M.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVOLUCION DEL CONCEPTO Y CLASIFICACION:

El término de autismo fué introducido por E. Bleuler desde 1911, designando — con el mismo la pérdida de contacto con la realidad, misma que trae como consecuencia, la imposibilidad o gran dificultad para comunicarse con los demás (1). Cuando L. Kanner, describe en forma sistemática el síndrome en 11 de sus pacientes en 1943 y lo nombra Autismo infantil precoz, involucrando en el mismo 2 de las características fundamentales (el trastorno en la relación con el medio ambiente, como síntoma propiamente y la característica inherente a su temprana aparición), no imaginaba el revuelo que actualmente prevalece, tanto en la denominación del síndrome (que utiliza "autismo", palabra que fué acuñada inicialmente para denominar un síntoma), (9); como en la descripción del cuadro en sí, al grado de separar el descrito por Kanner que circunscribe a un grupo reducido y "selecto", de otro Autismo precoz en un sentido más amplio. Distinguiéndose un Autismo primario de uno secundario; considerándose el autismo secundario, o la conducta referida como tal, como consecuencia de un daño cerebral o una debilidad mental, o una regresión al estado autista, cuando aparentemente se había superado en forma satisfactoria y normal tal etapa.

Mahler señala una etapa de desarrollo autista normal, que precede a la de simbiosis y la describe como "Reminiscentes de ese estado original de la distribución de la libido que prevalecía en la vida intrauterina, que se asemeja al modelo de un sistema monádico cerrado, autosuficiente en la satisfacción alucinatoria de sus deseos" (8). Etapa en la que no discrimina de los cuidados maternos y sus funciones vegetativas o reflejas como mecanismos fenecedores de la tensión.

Freud (1911), comparó el huevo de un pájaro, a un sistema psicológico cerrado, señalando que es un modelo autosuficiente, aislado de los estímulos del mundo

exterior y capaz de procurarse en modo autístico sus necesidades de alimento, (8).

Trás el volcar las catexias al exterior (la madre es la receptora primaria), luego de haber permanecido imbuidas en sensaciones enteroceptivas-propioceptivas, se marca un gran paso hacia la fase simbiótica, abandonando el mundo autístico.

La fijación o regresión a esta etapa (un tipo arcaico de indiferenciación perceptual) parecería explicar el trastorno particular del autismo, en el cual la madre, como representante primordial del mundo externo, no es capatada por el niño.

Es discutible, el que la indiferencia hacia la madre y al mundo externo sea o no una defensa adquirida; de serlo sería tan rudimentaria y desarrollada tan tempranamente, que podría decirse que "nace" con el niño, o como menciona Greenacre: "Quizá existan incompatibilidades fisiológicas intrauterinas severas entre el feto y la madre". (8).

Weber señala que el autismo infantil precoz se origina de una perturbación sensorial central, que se manifiesta de modo primario bajo la forma de "agnosia visual" para el rostro humano; de "apraxia" y de "disfasia", mientras otros autores refutan el que disfásicos y sordomudos no muestran trastornos frecuentes en la personalidad. Rutter, considera que el defecto principal o de base en el trastorno autístico infantil se encuentra en el área del lenguaje (1).

Dado que no se conoce con precisión la etiología y los rasgos fundamentales que se deben considerar para llamar o no con tal diagnóstico a un paciente infantil, se ha intentado por varios autores el ampliar el término de autismo infantil, empleado por Kanner en un sentido estricto; dando cabida a una gran cantidad de entidades nosológicas, que únicamente ha dificultado esclarecer y

establecer un criterio diagnóstico confiable y universal para tal entidad (1).

En 1961, en una reunión británica de trabajo presidida por Creak, se definieron cierto número de criterios, que deberían de considerarse al realizar el diagnóstico de psicosis infantil. (1).

Los 9 criterios mencionados, se encuentran muy relacionados con el esquema utilizado para hacer el diagnóstico de autismo infantil, y los mencionaré:

- 1.- Alteración importante y sostenida de las relaciones con los demás.
- 2.- Desconocimiento de la propia identidad, acorde con la edad del sujeto.
- 3.- Preocupaciones patológicas por objetos particulares.
- 4.- Resistencia encarnizada a cualquier variación del entorno.
- 5.- Experiencia perceptiva anormal (en ausencia de alteración orgánica demostrable)
- 6.- Ansiedad frecuente, aguda, excesiva e ilógica aparentemente.
- 7.- Lenguaje nulo, perdido o desarrollado a un nivel inferior.
- 8.- Deformación de los comportamientos motores.
- 9.- Fondo de retraso en el que suelen aparecer islotes de funciones intelectuales o habilidades manuales cercanas a la normalidad e incluso excepcionales.

Paralelamente a la inclusión de diversas condiciones, bajo una misma categoría, se ha desarrollado una tendencia a subdividir al autismo y a la esquizofrenia de la niñez en diversas categorías, con iguales resultados que generan mayor confusión.

Para fines de clasificación cabe mencionar que pese a la discrepancia en la aceptación, cuadro clínico, etiopatología, el diagnóstico de autismo infantil es aceptado con sus consideraciones propias por diversos organismos internacionales: G.A.P., D.S.M. III, O.M.S, al mismo tiempo que es utilizada por diversos

autores.

Más adelante se comentarán el cuadro clínico, los factores etiopatogénicos enunciados y la epidemiología, que básicamente comparten estos organismos.

ETIOPATOGENIA:

Dado que no se conoce la causa del padecimiento, han sido involucrados una gran cantidad de factores "predisponentes", e incluso algunos han sido defendidos y postulados con una mayor probabilidad de ser la verdadera causa.

No obstante hasta el momento ninguno de estos factores sobresale del resto, y se continúa la búsqueda de nuevas causas. Pocos casos resultan contener los requisitos para diagnosticar un autismo infantil, según Kanner; pero ampliando el concepto se podría finalmente pensar que se trata de un síndrome pluricausal o en el que se ven involucrados diversos factores en la génesis de tal padecimiento.

Factores genéticos.- Kanner en su descripción mencionó sobre la naturaleza innata del defecto; Rimland asegura que existe un defecto congénito como responsable del padecimiento. El estudio de los cromosomas de los niños con autismo por lo pronto es negativo; no obstante dada la diferencia en la incidencia del padecimiento entre la población general y los familiares de niños autistas (2-5 X 10,000 hab. y 2 por 100 respectivamente), apoya la existencia de un factor genético involucrado. Sin embargo aún en los familiares la incidencia es muy baja para hablar de un padecimiento hereditario; por lo que se habla de genes de baja penetración, de que únicamente un grupo de pacientes autistas presenta este defecto, haciendo un subgrupo aparte o de que hay factores no genéticos que permiten o no que se expresen fenotípicamente los genotipos (9).

Factores psicológicos.- Se sostiene la hipótesis de que la personalidad de los padres, los cuales son descritos como fríos, pocos dados a demostrar afecto,

obsesivos, exigentes; sin que estas características hayan sido encontradas por varios autores. También se menciona que con gran frecuencia se encuentra el padecimiento en familias inteligentes y con un nivel económico alto, lo cual tanpoco ha sido demostrado (10).

Contrario a estas teorías se argumenta el que si son los padres generadores de la enfermedad por el tipo de relación, el resto de los hijos presentaría el mismo problema o por lo menos presentaría algún trastorno psiquiátrico, lo cual no ocurre. Aunque además es bien reconocido que el trato que los padres dan a los hijos no es el mismo; por lo que podría suceder que al enfermo se le dé un trato especial, aunque lo mejor por el momento es pensar que; si los padres tienen una función en la génesis de la enfermedad éste no es el único involu—crado, ni probablemente el más importante (9).

Existen 3 objeciones básicas para esta hipótesis:

- a) El autismo es una entidad que se manifiesta desde tempranas fases del desarrollo por lo que los trastornos de los padres en la relación para con el hijo , deb.n de ser muy severas, lo cual no ocurre; b) es probable que el comportamiento de los padres sea una respuesta a la conducta y anomalía presentadas por el niño; c) finalmente, considerando que existe una forma "orgánica" del autismo no cabría la posibilidad de involucrar este factor causal psicogénico. (9).

Algunos clínicos han considerado factible que el padecimiento se desarrolle secundariamente a la presentación de un factor "stress", como la hospitalización, el nacimiento de un nuevo hermano. Las reacciones de stress pueden compartir algunas características con el síndrome, pero frecuentemente es necesario, que en estos casos exista una alteración orgánica subyacente y severa. De cualquier forma los niños diagnosticados como autistas, frecuentemente los son desde edades tempranas. En algunos casos la edad de inicio del padecimiento parecería -

retardada, pero probablemente se deba a que se reporta como edad de inicio del padecimiento, la edad en que los padres descubrieron o "quisieron" darse cuenta de la enfermedad del infante; por lo que una buena anamnesis es importante, para reseñar la edad de inicio en el justo momento en que empezaron a observar se "actitudes anormales" en el niño, tratando de ser incisivo en la búsqueda de síntomas o actitudes que pudieran pasar desapercibidos por lo padres.

Que el autismo pueda desarrollarse en base a situaciones adversas sostenidas, prolongadas e intensas es creíble, dado que algunas alteraciones en el lenguaje y en las relaciones interpersonales son encontradas en niños que conviven en medios hospitalarios, instituciones de protección, casas de cuna o deprivaciones intensas en el propio hogar. Sin embargo esto no es suficiente, pues se ha visto que niños que han sido deprivados afectivamente o que viven en condiciones poco favorables para su desarrollo normal, conservan aspectos normales que lo ayudan a superar esta etapa, cuando más tarde son estimulados en forma adecuada y son capaces de responder con grandes potencialidades afectivas a estímulos mínimos de afecto y atención (8).

Finalmente la evidencia psicogénica presentada por diversos autores y en formas diferentes, notiene fundamento de suficiente validez, para considerarlas por sí solas como factores causales del síndrome, ya que algunos autores aportan datos en el sentido de su validez y otros estudios invalidan lo dicho por estos.

Factores orgánicos.— Se piensa que algún tipo de lesión cerebral específica pueda ser responsable del autismo, pero también de un determinado "subgrupo" de autistas.

Se menciona una gran variedad de causas de "daño" orgánico, desde las prenatales: infecciones de la madre durante el embarazo (rubéola, sarampión) (2); perinatales: traumatismos durante el parto, hipoxia neonatal; trastornos tan diversos como la fenilcetonuria, encefalitis, meningitis, esclerosis tuberosa,

traumatismos craneoencefálicos, etc.

La evidencia principal que apoya estas teorías son: a) cuadros clínicos indistinguibles del autismo se pueden desarrollar posterior a un cuadro encefálico; b) niños autistas que no tienen una alteración orgánica detectable a temprana edad posteriormente desarrollan alguna, tan manifiesta como las crisis convulsivas (según algunos autores una 6ta. parte de los pacientes y según otros hasta en un 25% o más), presentadas o manifestadas en la adolescencia o en la edad adulta temprana (1,2,9).

Aproximadamente uno de cada 4 niños autistas presentan algún tipo de desorden orgánico cerebral. Otro factor mencionado como apoyando el daño orgánico cerebral subyacente es el trastorno en el lenguaje y en la percepción, que aunque no se encuentran evidencias de alteración orgánica, hacen suponer que tal alteración existe (1).

Los argumentos usados en contra del daño orgánico cerebral como trastorno de base son: a) no hay evidencia de tal daño en más de la mitad de los casos; b) los tipos de daño orgánico cerebral encontrados que se asocian con el autismo, se encuentran también en otros pacientes que no presentan ningún trastorno semejante al síndrome, por lo que sugiere la interrogante de el porqué algunos niños dañados cerebrales desarrollan un cuadro autístico y otros no. (9).

Es importante señalar que no se han realizado estudios concluyentes al respecto; pues faltan estudios histopatológicos que serían de gran valor para mostrar si existe alguna alteración específica cerebral que determine la presencia de autismo; las evidencias electroencefalográficas tampoco ayudan, pues o son estudios inadecuados o poco satisfactorios, además de que gran número de niños llegan a presentar alguna alteración electroencefalográfica a edades tempranas y más tarde estas desaparecen, por lo mismo se menciona que algunos niños considerados normales llegan a presentar en alguna etapa de su desarrollo altera-

ciones electroencefalográficas inespecíficas, que lo único que pueden estar señalando serían alteraciones o retrasos en la maduración; las alteraciones metabólicas aún se están investigando, por lo que, por el momento no son tampoco determinantes.

Queda claro entonces que los métodos con que contamos en la actualidad son aún insuficientes para concluir en forma contundente que el autismo es o no una alteración secundaria a un daño cerebral. No obstante se debe considerar que un buen número de pacientes autistas presentan claras alteraciones orgánicas y otros no las presentan.

Factores fisiológicos.- Esta hipótesis sugiere que el fracaso del enfermo descansa en que existe una alteración en sus funciones de mantener un estado de alerta normal; más tarde Rimland sugiere que la formación reticular en los mismos puede no estar actuando en forma adecuada, por lo que los paciente presentan una sobreexcitación; más recientemente Hutts ha reportado que el EEG del niño autista presenta un patrón de voltaje irregular, sin un ritmo dominante, lo que hace pensar en un estado de elevada excitación cerebral; otra evidencia que apoya esta hipótesis, es el descubrimiento de que las estereotipias del paciente se hacen más manifiestas en estados de tensión que en situaciones simples; otra más es el hallazgo reportado por Connell de que los niños con este cuadro requieren de dosis mayores de sedantes que los niños normales.

Finalmente se piensa si esta sobreestimulación, más que causa del síndrome, no será una respuesta secundaria del organismo a las alteraciones propias del padecimiento. (9)

No existen tampoco en esta rama, datos suficientes que avalen tal o cual tendencia, por lo que únicamente nos quedaremos con lo enunciado para considerarlos como componentes diversos encontrados en las investigaciones.

EPIDEMIOLOGIA:

Varios estudios británicos realizados en la década de los 60 (Rutter y Lotter) y de Bh. Brask (1967), obtuvieron porcentajes del orden de 4 casos en 10,000 para el autismo infantil en el sentido amplio del término, o para las psicosis del niño; el de W. Lotter precisaba un 2.1 en 10,000 para niños que muestran un comportamiento más próximo al síndrome descrito por Kanner. Treffert en USA (1970), obtiene el 0.7 sobre 10,000 para el autismo infantil (clásico). En México no existen estadísticas al respecto, pero se mencionan algunas cifras de pacientes que han sido atendidos en el servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría en el año de 1971 al de 1980, sumando un total de 12,477 pacientes atendidos, incluyendo diferentes tipos de desórdenes psiquiátricos y en tal estudio los desórdenes psicóticos, únicamente representaron un .38 del porcentaje, con un número de 48 pacientes, en el reporte mencionado, no se menciona el diagnóstico de autismo, reconociéndose que son cifras bastante bajas, considerando que el mencionado hospital es de concentración (6).

En los servicios de Salud Mental de los Centros de Salud y Hospitales Generales de la S.S.A. que cuentan con tales servicios, únicamente se menciona que el 40% de la población que asiste a estos servicios son niños y que los problemas psiquiátricos que causan sufrimiento y daño social, con los que hay que contender son los siguientes, por el orden de prevalencia: 1.- El retraso mental en grados diversos; 2.- Los desórdenes del lenguaje y otros desórdenes específicos de aprendizaje como los de la lectura y escritura; 3.- Los desórdenes de la conducta; 4.- Desórdenes de la afectividad; 5.- Perturbación de los hábitos del sueño, la ingestión y la eliminación; 6.- Los tics y otras formas de movimientos anormales y 7.- El autismo infantil y otras psicosis, ambas condiciones relativamente infrecuentes. Desafortunadamente no encontramos estadísticas para determinar el número de casos que se encuentran en nuestra población, en base proba

blemente a la dificultad para realizar tal diagnóstico y en base también en las limitaciones en cuanto a personal calificado con que cuentan las instituciones del país (5).

Revisión de casos en el Hospital Psiqu. Infantil.- En una revisión del archivo clínico del Hospital Psiquiátrico Infantil "DR. Juan M. Navarro", encontré que 2,362 pacientes habían sido atendidos (la población atendida en tal institución va de los 17 años a preescolares y raramente a niños más pequeños, y es una población generalmente de clases sociales media y baja) del 5 de enero de 1981 al 30 de diciembre del mismo año; de esta población atendida; se descartaron 90 expedientes clínicos que no mencionaban ningún diagnóstico (en las hojas de estadística del hospital) y se sumaron 7 pacientes que fueron derivados desde su ingreso a otro servicio dentro del mismo hospital; quedándonos finalmente un total de 2,279 casos, de los cuales únicamente se reportaron 73 cuadros de psicosis (principalmente adolescentes y escolares), que vienen a ser un 3.2% del total de pacientes atendidos; de esta población únicamente se encontraron 4 pacientes con diagnóstico probable de autismo infantil, los cuales han sido estudiados en forma integral y cuyas características clínicas hacen que se les considere como autistas, aunque utilizando un criterio más amplio que el enunciado inicialmente por Kanner.

Estos pacientes pasan a ser un .17% del total de número de pacientes valorados en "un año", es decir 1.7 en mil pacientes atendidos en un hospital psiquiátrico infantil. Del mismo archivo clínico, revisé al azar expedientes de los meses de febrero y marzo (209 y 252 pacientes valorados en esos meses respectivamente) y encontré 55 y 85 también respectivamente con diagnósticos de Debilidad mental en diversos grados. Siendo cifras altas y que alcanzaban un 26 y un 33% de los pacientes atendidos en esos meses, me pareció significativo, dada la confusión que se puede presentar al hacer el diagnóstico diferencial entre

autismo infantil y debilidad mental.

La revisión del archivo clínico consistió primero en checar el registro estadístico que se lleva en tal hospital, en el que se toma generalmente el diagnóstico realizado en la segunda entrevista, misma en la que se efectúa una historia clínica completa y habiéndolo pasado previamente a una preconsulta, cuya finalidad es actuar como "filtro" de la población susceptible de ser atendida en el mencionado hospital. Posteriormente me dirigí a los casos detectados como con probable diagnóstico de Autismo infantil, revisando el expediente clínico completo y comparé los mismos con los reportes existentes en la literatura. También en forma somera tuve contacto con los pacientes, observando sobre todo su actuación con sus terapeutas.

CUADRO CLINICO:

Se menciona como edad de inicio del padecimiento hasta antes de los 30 meses de edad (2) y según Rutter es padecimiento que puede llegar excepcionalmente a presentarse hasta los 3 años, siendo más frecuente en el primer año de la vida (9).

En cuanto al sexo, la enfermedad es alrededor de 3 veces más frecuente en niños que en niñas, sin que hasta el momento se conozca alguna explicación al respecto (2).

El niño de apariencia normal en el momento del nacimiento, es a veces despierto y de gran vitalidad, otras veces apático y llorón. Sólo hasta el 4to. y 8avo. mes se observa que estos niños no muestran los movimientos o conductas anticipatorias habituales al ser levantados en brazos y las aproximaciones al cuerpo para adaptarse a la persona que los sostiene. Progresivamente se manifiestan hábitos motores importantes sobre un fondo de apatía y de desinterés hacia los demás, principalmente hacia la madre, que también es progresivo, refugiándose finalmente en su autismo y tendiendo a efectuar juegos ritualizados y estereotipados (1,3).

El retraimiento es tal que los padres frecuentemente en estas etapas se dan cuenta del trastorno que presenta su hijo, o este darse cuenta puede aparecer también cuando observan a sus niños jugar con otros niños, viéndolo que el comportamiento no es el mismo y observando que no participan en los juegos colectivos (2). Sin embargo su retraimiento en un mundo interior, no significa desconocimiento de una determinada realidad (interna o externa), sino que está polarizada y cargada afectivamente o simbolizada fuera del campo de las múltiples posibilidades de utilización social (1). Presentan una forma especial de conducta con las cosas y con las personas, se ha dicho que viven en un mundo de objetos, a los que utilizan en forma estereotipada, es capaz de buscarlos, de elegirlos y se relaciona afectivamente con los mismos, predomina su gusto por los objetos mecánicos, los que giran o los musicales (1,26).

El niño permanece indiferente mostrando aparentemente poca conciencia del contacto humano y se preocupa obsesivamente por objetos inanimados. El desarrollo del habla se retrasa o no existe, cuando aparece el lenguaje no es empleado en forma adecuada o con el propósito de comunicarse. El lenguaje tiene características especiales como: estructura gramatical inmadura, ecolalia diferida o inmediata, inversión pronominal (refiriéndose a él mismo utilizando tú o hablando de él en 3era. persona), afasia nominal (incapacidad para nombrar a los objetos) inhabilidad para el uso de términos abstractos, lenguaje metafórico (expresiones de uso idiosincrático y cuyo significado no se entiende), discurso melódico anormal, como la elevación de la voz al final de la expresión. Igualmente la comunicación no verbal se encuentra afectada (las expresiones faciales o los gestos) (2).

Puede haber reacciones catastróficas cuando observa alteración de su medio ambiente (el que cambien su mesa de comer o le muevan los juguetes de la posición escogida por él) (1,2,6,7).

Puede tener una relación de apego hacia un objeto particular y traerlo siempre con él. Su conducta ritualista puede involucrar actos motores tales como el aleteo de las manos, o movimientos repetitivos como mecerse constantemente o ritualizando mediante algunas conductas antes de dormirse. La música de todo tipo tiene un interés especial para estos niños (2,7,9).

Tienen una característica peculiar en cuanto a la memoria, pues pueden aprender listas de un catálogo, nombrar la secuencia de presiones o recordar letras o tonadas de canciones escuchadas con un gran espacio de tiempo de por medio.

El talante puede ser lábil, presentando llanto que puede parecer inexplicable e inmotivado, igualmente puede reír sin causa aparente (2). Existe frecuentemente una disminución de la sensibilidad o un aumento de la misma ante los estímulos sensoriales (luz, dolor, sonido). Algunos hábitos tales como jalarse los cabellos o morderse diferentes partes del cuerpo pueden ser observados (algunos autores mencionan que probablemente para lograr establecer los límites de su corporalidad y sentirse "ellos mismos") ((8).

Alrededor de un 40% de niños con éste síndrome tienen un IQ por debajo de 50, solamente un 30% tienen un IQ de 70 o más (2,4,9). Estos niños muestran una gran variabilidad de las funciones intelectuales, con altibajos, teniendo dificultades en las pruebas verbales que requieren algún tipo de comunicación, en las de abstracción; pero son capaces en las de ordenamiento, las que requieren de una habilidad manual, visual, espacial o memoria, realizándolas en forma adecuada (2). En estos niños es frecuente que se piense que padecen un trastorno de la audición, pues al ser requeridos, o cuando se hacen ruidos fuertes no responden a los estímulos, pero se descarta esta posibilidad, porque es capaz de escuchar música y llevar el compás de la misma con movimientos rítmicos o es capaz de voltear al sitio de que proviene dicha manifestación acústica (2).

CURSO Y PRONOSTICO:

El padecimiento es crónico, muy pocos de estos pacientes son capaces de llevar una vida independiente, aunque continúan persistiendo alteraciones básicas como su trastorno de relación (2,3,7,9); se menciona que la alteración de la inversión pronominal tiende a desaparecer a los 6-7 años (2,9); comúnmente van aparejados los trastornos del lenguaje y el aislamiento, pero se menciona que si el lenguaje se enriquece en la edad escolar (pre..) el pronóstico es mejor (2,9). Otros no observan mejorías importantes y se muestran escépticos de que algún tipo de tratamiento sea eficaz en estos casos.

Lo cierto es que se puede lograr cierto grado de socialización en algunos pacientes, además de lograr adelantos en el área del lenguaje, por lo que las expectativas de estos pacientes no deben ser prejugadas negativamente. Casi siempre necesitan de escuelas especiales (2) y el padecimiento es enormemente incapacitante. Si se confinan a sitios en que les proveen de pobre estimulación, casi siempre evolucionarían hacia el deterioro (3). Pueden "complicarse" como ya se mencionó con la aparición de desórdenes epilépticos hacia la adolescencia o en la edad adulta temprana. El IQ no es modificable, persistiendo casi siempre el detectado desde un comienzo; el mismo IQ puede servir para pronosticar favorablemente, en caso de que sea normal o alto, tanto en la evolución del padecimiento, como en la aparición de crisis convulsivas (2,4,9).

Diagnóstico diferencial:

Se debe hacer con el retardo mental, con la esquizofrenia (en esta se observan delirios, alucinaciones y otras condiciones) (2); con niños con trastornos en la audición; con desórdenes en el desarrollo del lenguaje de tipo receptivo (estos niños tienen contacto visual y pueden frecuentemente intentar comunicarse por medio de gestos en forma adecuada). Para hacer el diagnóstico de Autismo infantil se deben cubrir finalmente los siguientes criterios diagnósticos, que ayudarán a sí mismo a diferenciarla de los padecimientos enunciados:

a).- Inicio antes de los 30 meses de edad; b).- profunda incapacidad para comunicarse o responder a estímulos externos; c).- deficiencia importante en el lenguaje; d).- si el lenguaje se desarrolla tiene un modelo peculiar: ecolalia inmediata o diferida, lenguaje metafórico e inversión pronominal; e).- respuestas bizarras a variados aspectos del medio ambiente, por ejemplo: resistencia al cambio, interés particular por vincularse a objetos animados e inanimados; f).- ausencia de delirios, alucinaciones, como sucede en la esquizofrenia.

(2).

C A S O # 1

Vienen a consulta solicitando ayuda "porque no saben que hacer", vieron un programa de TV y piensan que su niño es un autista. Al nacer el paciente los padres cuentan con 27 y 26 años (padre y madre respectivamente); el padre es Ing. mecánico electricista y fisicomatemática y la madre estudió hasta bachiller; tienen un nivel socioeconómico medio-alto. El paciente cuenta actualmente con 13 años, es el segundo de 3 hijos, el embarazo fué deseado y controlado por médico. El parto atendido en medio hospitalario, previa administración de anestesia endovenosa, sin mencionarse complicaciones en el mismo. Al salir del hospital presentaba moniliasis oral. Alimentado al seno materno hasta el mes y medio de edad, suspendiéndolo por trastornos en la madre (mastitis); la conducta del niño al amamantarlo era adecuada, la ablactación ocurre al mes de edad, sin presentar ningún trastorno. El desarrollo psicobiológico con cierto retraso se sienta hasta los 15 meses y camina al año y medio ayudado y sólo hasta el año y 8 meses, argumentando al respecto que era muy miedoso y buscaba siempre ayuda; controló esfínteres hasta los 7 años, no obstante que le empezaron a "entrenar" desde el año de edad; empieza a utilizar sílabas a los 7 meses de edad, sin embargo no ha desarrollado un lenguaje, a los 4-5 años dice únicamente "mama, papa y agua", mencionándolas incluso sin relación a lo solicitado, actualmente su acervo es de 10 palabras. Lo observan raro desde los 6 meses de edad, pues era tranquilo, nunca lloraba, rechazaba que lo abrazaran. A los 12 meses se cae probablemente de una altura de 1 m., sin que presente alteraciones inmediatas, más que llanto persistente y conducta en la que parece no escuchar cuando se le habla, por lo que se lleva con médico para descartar alteración en la audición, se le observa más ensimismado, juega sólo por periodos de tiempo prolongado, se interesa por juegos monótonos (girar un plato, columpiarse, botar la pelota), tiende a aislarse, al llegar visitantes se esconde; a los 2 años empieza a golpearse la cabeza, muerde sus objetos y se irrita cuando cam-

bian el órden de sus juguetes; desde los 4 años observan actitudes de "aletaar" con las manos, no le gusta que lo saquen a la calle y manifiesta su disgusto llorando hasta que lo devuelve a su casa; frecuentemente se tapa los oídos pues parecen molestarle los "ruidos"; hasta los 7 años "vé" la cara de las personas en este tiempo ya sabía su nombre; no puede estar tranquilo en ninguna parte y es difícil mantener su atención; cuando se le habla parece no escuchar; le interesan los juegos musicales.

Actualmente realiza tareas como lavarse los dientes, las manos, se viste sólo, vá al baño sólo, pone la mesa, riega las plantas y gusta de ir a montar.

Ha sido manejado por médicos, psiquiatras, neurólogos, psicólogos, terapéutas desde los 20 meses de edad, descartándose alteraciones en la audición. Al principio se reportan EEG con alteraciones (se desconocen el tipo de las mismas) y actualmente previo a otros estudios EEG, se han presentado crisis convulsivas parciales, en las que el paciente hace ruidos con la boca y presenta nistagmus con desviación de la mirada hacia el lado derecho, detectándose entonces alteraciones EEG con paroxismos en región parieto-temporal izq. Se le han realizado Tomografías axiales computadas, reportándose normales. Con reporte por parte de psicología de Vineland Social Maturity Scale, en que colabora poco y obtiene un puntaje de 48 que lo ubica dentro de un rango social de 3 años 8 meses y un cociente de desarrollo de 32, concluyéndose que funciona como débil mental profundo. Ha recibido Difenilhidantoina, Carbamazepina, Trifluoperazina y Metilfenidato. Al observarlo interactuar con su terapeuta se le vé inquieto, va de un lado a otro, no se percata de mi presencia (al menos no me observa), grita, juega con sus manos, realiza tareas de imitación pero por períodos muy cortos, se distrae frecuentemente, fija ocasionalmente la atención en su terapeuta, presenta movimientos de balanceo al sentarse, da vueltas en forma casi rutinaria, siguiendo un "itinerario" establecido.

Acuden a consulta referidos por un médico psiquiatra, pues desean recibir ayuda para su paciente. Al nacer el paciente los padres contaban con 27 y 24 años (el padre y la madre respectivamente). El padre es arquitecto y la madre estudió primaria completa. El nivel socioeconómico de la familia se considera medio-alto. El paciente es un sujeto masculino de 7 años de edad, el primero de 2 hijos, procede de embarazo deseado, con suspensión previa 3 meses de los abortivos, controlado durante su transcurso por médico. Previo al parto que fué normal y se refiere sin complicaciones se le administró a la madre anestesia general endovenosa. Durante el embarazo la madre presentó náuseas y vómitos casi en todo el transcurso, por lo que ingirió medicamentos propios. Al final del embarazo presentó hipertensión arterial, edema importante y un sobrepeso de 24 kg. Presentó también cuadros gripales frecuentes. No fué amamantado por la madre. Se le describe como muy enfermizo (cuadros faringoamigdalinos frecuentes, fiebres, reacciones postvacunales) y ha sido hospitalizado en varias ocasiones. Su desarrollo psicobiológico se describe como normal, camina a los 9 meses y a esta misma edad dice "papa y mama", repetía palabras escuchadas en la TV. Al año y 2 meses observan que se golpea la cabeza contra la pared, no prestán atención; al año y 5 meses se le practica circuncisión, relacionándose en forma adecuada con los niños también hospitalizados, aunque rehuía el contacto físico y le prestaba mayor atención a los juegos; era muy inquieto y llegó a "tragarse" una calcomanía, que produjo hipoxia manifestada por cianosis sin presentar mayores complicaciones inmediatas; a los 2 años y 6 meses presenta posterior a hipertermia de 40°C crisis convulsivas, que se controlan al disminuir la temperatura, presentando más tarde aislamiento y manifestando temor escondiéndose bajo los asientos; a los 2 años y 8 meses se le practica amigdalectomía, pues continuaba con cuadros de faringoamigdalitis severa, además

que frecuentemente presentaba epistaxis. Más tarde observan claras manifestaciones de actitudes manipulatorias, pues llega a golpearse la nariz para producirse epistaxis delante de los padres, ameritando o requiriendo con estas actitudes de atención y sobreprotección que siempre obtenía de los padres. Es el primer hijo, el primer nieto y primer sobrino de la familia, por lo que es sobreprotegido por todos. Se le interna por 15 días en un hospital, donde se le mantiene aislado (sala de infectología), al salir del hospital por solicitud familiar lo observan extraño, rechaza a los padres, se esconde de ellos, busca aislarse, no se comporta como los demás niños, su lenguaje se empobrece repite todo lo que le dicen, se muestra irritable, rompe objetos en la casa, se agregan trastornos en el sueño, en la alimentación (rechaza frutas y verduras), pasa el tiempo acariciando objetos, prefiere algunos en particular en lugar de juguetes más vistosos que le compran, juega sólo por tiempo indefinido al grado de tener que retirarlo, pues al dejarlo se estaría todo el día. Lo meten al Jardín de niños y tiende a aislarse, es inquieto, raya las paredes, se sube a la azotea, por lo que piden lo retire del Jardín. Repite conductas en forma estereotipada, hace girar objetos; al llegar visitas se esconde; tiene buena memoria, pues recuerda calles y personas que viven en esas calles, aunque no las haya visto con frecuencia, reconocía sus útiles escolares aunque estuvieran revueltos con los de los demás niños, no se equivocaba de pupitre en la escuela. Se le han realizado diversos estudios resultando normales, ha sido manejado por neurólogos, piquiatras y psicólogos y se ha canalizado a los padres a terapia familiar, dado el caos que produjo el niño al enfrentar a los padres por sus conductas manipulatorias. Existen en la familia antecedentes importantes de depresión por la rama materna y el abuelo materno falleció a consecuencia del alcoholismo.

Finalmente se menciona que este último mes de evolución ha presentado crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas, por lo que nuevamente se han solicitado estudios electroencefalográficos más específicos.

CASO # 3

Es traída por la madre, pues menciona que su hija ha sido diagnosticada como autista. La paciente es femenina de 11 años de edad, es la 4ta. de 5 hijos y la única que presenta trastornos. El padre es médico y al nacer la niña contaba con 33 años de edad y la madre estudió hasta carrera comercial y al nacer la paciente contaba con 28 años. El nivel socioeconómico de la familia se considera medio-alto.

El embarazo fué inesperado pero aceptado y controlado durante su transcurso; en el 4to mes del mismo la madre presentó un cuadro de mastitis que ameritó tratamiento con antibióticos, presentándose entonces reacción alérgica al mismo que consistió en dolor epigástrico y cefalea; al 8vo. mes del embarazo 2 hermanos de la paciente presentaron varicela y más tarde hepatitis. Finalmente llega el embarazo a término y es atendido parto eutócico en medio hospitalario. Fué alimentada al seno materno hasta los 5 meses, en que se suspende por nuevo embarazo de la madre, hasta ese momento la niña respondía bien a las caricias de la madre, pero posteriormente, no aceptaba el hiberón, parecía que se desesperaba, presentaba movimientos estereotipados de manos y piés en forma alternada, de tal forma que llamaba la atención de los padres, no respondía a estímulos externos, diagnosticándosele entonces como con hipotiroidismo, mismo diagnóstico que se descarta más tarde. A los 6 meses se le practica EEG y otros estudios sin llegar a ningún diagnóstico. Al año y medio llora frecuentemente sin causa aparente y se autoagrede. Posterior a entrenamiento especializado inicia la deambulaci3n a los 3 años; su lenguaje es rudimentario por medio de gritos, gestos y sonidos guturales; a los 5 años y medio presenta nuevo período de autoagresi3n, se mordía, azotaba su cabeza contra lo que estuviera a su alcance,

aumenta su actividad motriz moviendo constantemente los piés monotónamente y en vaivén; a los 7 años empieza a unir sílabas y dice "mamá", también observan que presta más atención a su medio ambiente. A esta edad establece relación afectuosa con una doméstica, con la que llegaba a jugar y a bailar, al irse esta la observan triste y la llama por su nombre a gritos. Actualmente con pobreza en su relación con su medio, lenguaje casi nulo, enuresis diurna y nocturna y con trolando irregularmente esfinter anal.

La paciente ha sido estudiada ampliamente y ha recibido diversidad de manejos farmacológicos y estimulación constante, con lo que ha logrado "mejorar", aunque son bien ostensibles sus retrasos, ha evolucionado con respecto a adquirir marcha y a responder aunque en forma mínima a su medio ambiente. Se le ha descartado organicidad mediante TAC, EEG y se le han practicado audiometrías y estudios oftalmológicos pues se llegó a pensar en algún momento que no veía ni oía, pero estos se han reportado normales.

C A S O # 4

Traído a la consulta por la madre, pues es muy introvertido, ecológico, ineeberente, aislacionista, utiliza frecuentemente inversión pronominal. Se trata de masculino de 8 años de edad, hijo único, procede de embarazo deseado, cursando el mismo con amenaza de parto prematuro a los 7 meses y llegando a término a los 8 y medio meses, el parto fué normal previo bloqueo peridural. El período neonatal se describe también sin alteraciones.

Al nacer el paciente los padres cuentan con 23 y 22 años (el padre y la madre respectivamente), el padre es médico internista y la madre médico general, el nivel socioeconómico de la familia se considera medio-alto.

El paciente fué alimentado al seno materno únicamente por 5 días, suspendiéndose la misma por "producir dolor a la madre", desde ese momento hasta los 5 meses se hace cargo del paciente la abuela materna, pues la madre sale a realizar su internado de pregrado a provincia. Desde temprana edad la madre únicamente le aporta alimento y cuidados propios para su edad, sin que llegue a comprometerse afectivamente con su hijo. Es desarrollo psicobiológico se describe normal; su lateralidad indefinida, aunque tiende a utilizar más la mano derecha. Inicia su padecimiento a los 2 años de edad, al observarlo berrinchudo, jugaba por horas con su pelota y sus coches, estreteniéndose en girar las ruedas de estos, se aísla, es introvertido, en el Jardín de niños no juega con los demás niños, en ocasiones parece no oír, pero al dictarle órdenes precisas y en forma demandante obedece, también es capaz de tararear canciones que escucha en ocasiones. Presenta trastornos en el lenguaje, este es muy limitado pronuncia frases sencillas, articula correctamente lo que dice, por momentos incoherente e incongruente, presentando además ecolalia e inversión pronominal (habla refiriéndose a él en 3era. o en 2da. persona), repite lo que escucha en

la T.V. o frases que mencionan los padres, aunque complejas las repite en forma mecánica (estreptomocina, cardiología); es muy inquieto en ocasiones, pero al hablarle en tono de voz alto responde y obedece órdenes; presenta labilidad emocional, dado que llora sin motivo aparente, en ocasiones llora solo y ríe sólo y llega a hablar en forma ininteligible, llora constantemente cuando lo llevan al Jardín de niños. Se le ha manejado por varios médicos y se le han instituido terapias diversas, por lo que ha llegado a mejorar discretamente en cuanto a socialización y lenguaje. Ha recibido melleril (tioridazina) y Metilfenidato. Se le han practicado estudios para descartar sordera. Se le han efectuado estudios psicométricos en que califica en forma irregular (Ter-mar-Merrill, Borel-Maisonny), EEG que se reportan normales y a la exploración física y neurológica no se encuentran alteraciones. Los padres han sido canalizados a terapia individual, dado que tienen serios problemas caracterológicos (padre irritable, madre inestable, insegura, obsesiva). Existen además antecedentes en la familia materna de S. de Down y en familiares del padre antecedentes de trastornos en el aprendizaje y dislexia.

COMENTARIO:

El síndrome de autismo infantil es un trastorno poco frecuente, del que se de conoce la etiología y por lo mismo se conjugan y enumeran diversos factores co mo causales de tal padecimiento. La tendencia de algunos autores a la cual me adhiero es a la de nombrar como tal síndrome a una serie de aspectos afines en el padecimiento, no se ha esclarecido respecto a que pacientes pueden ser mane g ados con este diagnóstico y cuales deben ser excluidos. Para fines prácticos es conveniente que se estandaricen métodos de diagnóstico para saber en un mo m ento dado que se está hablando del mismo trastorno y por añadidura obtener metodológicamente datos más puros y ciertos respecto al comportamiento de tal s índrome estadísticamente.

Teniendo tales parámetros que indudablemente como en todas las valoraciones del comportamiento humano no pueden ser estrictos, se ayudaría grandmente para d e limitar tal síndrome y para hacer un diagnóstico diferencial entre otro tipo de entidades, evitándonos con esto de "maletiquetar" o diagnosticar a la lige r a, ante padecimientos incipientes presentados en la niñez, con las repercusio ne s individuales, familiares y sociales que esto implicaría.

Considero conveniente no ser tan estrictos en el diagnóstico de Autismo infantil según planteaba Kanner, dado que muchos niños que presentan esta patología, su mada o acompañada a algún trastorno orgánico de fondo, son susceptibles también de ser favorecidos con un manejo especializado, que de otra forma les sería im posible o difícil este acceso.

Los datos recabados en las historias o "viñetas", únicamente apoyarían el diagnós t ico de Autismo infantil según Kanner en uno de los pacientes (caso 4), el reg to pasarían a ser cuadros de Autismo infantil secundario a un trastorno orgáni co subyacente y uno de los casos (caso 3) pensaría seriamente en descartar una

Debilidad mental profunda.

Es importante señalar también, que al llegar estos pacientes al hospital ya habían recibido manejo especializado, incluso desde edades tempranas, por lo que la pureza del cuadro ya estaría contaminada por este aprendizaje previo.

La incidencia del padecimiento mostrada en esta prueba resulta muy alta comparada con la encontrada en la población general, pero es importante señalar que este es un hospital de concentración, al cual llegan gran número de casos psiquiátricos con trastornos específicos (psicosis, neurósis, trast. del lenguaje, del aprendizaje, etc.), por este hecho encontraríamos en esta población atendida un caso de "autismo infantil" por cada 569 pacientes atendidos; es decir 17 casos se encontrarían en 10,000 pacientes de éste hospital.

Me llamó mucho la atención el encontrar cifras tan altas de Debilidad mental en diversos grados en los meses tomados al azar, por lo que sería conveniente una revisión más cuidadosa de tales expedientes y tales casos, para descartar entre estos algún otro tipo de patología, que hubiera pasado desapercibida. No obstante cabe señalar que la revisión únicamente se centró en los casos localizados y manejados con el diagnóstico de probable autismo infantil y no segui revisando los expedientes con el diagnóstico de Debilidad mental, el cual apareció según el archivo del hospital hasta la segunda entrevista, por lo que tal consideración diagnóstica pudo haber cambiado en la consultas subsecuentes.

Finalmente invitaría a los médicos del mencionado hospital, a que unifiquen sus criterios diagnósticos y que aprovechen positivamente el enorme material humano que manejan en dicho hospital, para realizar estudios sobre los problemas y sus características especiales que se presentan en nuestra población.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ajuriaguerra J. de. "Psicosis infantiles". Cap. XX Manual de Psiquiatria infantil. 4ta. ed. Toray-Mason 1980. México.
- 2.- American Psychiatric Association. "Childhood autism". Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Ed. 3a. APA, Washington, D.C. 1980.USA
- 3.- Bender L. M.D. "A longitudinal Study of Schizophrenic Children with Autism" Hospital & Community Psychiatry. New. York. USA
- 4.- Chambers Charles. "Leo Kanner's concept of Early Infantile Autism". Br. J. Med. Psychol. 42, pag. 51-54. 1969. G. B.
- 5.- De la Fuente R. "La prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales en los niños, en los programas de Salud Mental". Salud Mental. Vol. 3. Año 3. Número 3. Pag. 2-5. Otoño de 1980. México.
- 6.- G.A.P. "Psychopatological Disorders in Childhood: Considerations and Proposed Classification". Traducido y modificado por el servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría, DIF. 1981. México.
- 7.- Kanner L., M.D. "Early Infantile Autism". Child Psychiatry. Fourth ed. Thomas Publisher, pag. 699-703. 1972. USA
- 8.- Mahler M. "Simbiosis humana: Las vicisitudes de la Individuación". Tomo I Psicosis infantiles. 2a. ed. en español. J. Mortiz S.A. Jun. 1980. México.
- 9.- Rutter M. "Concepts of Autism: A Review of Research". J. Child. Psychol. Psychiat. Vol. 9. Pag. 1-25. 1968. Great. B.
- 10.- Wing L. "Childhood Autism and Social Class: A question of selection"?. Brit. J. Psychiat. 137. Pag. 410-417. 1980. Great. B.
- 11.- Archivos clínicos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S. S. A.