

TEMA 18

EL AUTISMO INFANTIL

1.- INTRODUCCIÓN

- "Autismo" proviene del griego "autos" y significa "sí mismo".
- Aunque fuese Bleuler el primero que utilizó el término "**autismo**", se considera a **Kanner** el pionero sobre este trastorno infantil.
- Kanner lo describe como un *síndrome comportamental que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida.*
- **Años 60**: Una hipótesis explicativa del autismo, postula la existencia de una **alteración del desarrollo del lenguaje**.
- Desde **Tinbergen** (1972), que enfatiza la ausencia de contacto ocular de estos niños, pasando por **Lovaas** (1965), que hace hincapié en los déficit intelectuales, hasta **Rutter** y **Lockyer** (1967), que aglutinan los síntomas hallados en estos niños en tres grandes áreas:
 - 1) alteración de las relaciones sociales.
 - 2) alteración de la adquisición y desarrollo del lenguaje.
 - 3) presencia de conductas rituales y compulsivas.
- En los años 70 y 80 se da un avance en el conocimiento, se inician nuevas áreas de estudio, como la influencia que los aspectos evolutivos y las relaciones entre autismo y epilepsia. Pero quizá lo que más refleja el avance de esta técnica es la utilización de **las técnicas neurofisiológicas** en el **diagnóstico** y **las técnicas de modificación** de conducta en el **tratamiento**.

1.B.- EL CONCEPTO DE AUTISMO

- Hoy se sigue utilizando el concepto de **Síndrome de Kanner** para referirse al autismo infantil, término que siguen recogiendo las clasificaciones nosológicas de la OMS, y la APA.
- **Kanner**: "**Innata alteración autista del contacto afectivo**". (**síndrome de Kanner**). Lo patognomónico del trastorno es la incapacidad para relacionarse con la gente: el **déficit interpersonal ó socioafectivo**. También incluye los **problemas lingüísticos y cognitivos**, aunque considera que tienen menor peso etiopatogénico.
- **Rutter** (años 60): Autismo como un "**síndrome conductual**". Plantea un **origen orgánico cerebral**. Hincapié en las **alteraciones lingüísticas** como **síntoma primario** (incapacidad de la alteración emocional para explicar por sí sola el trastorno).

- El síndrome se va considerando en la categoría de la "deficiencia" más que en la de los "trastornos mentales", cobrando mayor peso etiopatogénico, los problemas o déficits cognitivos por encima de los socioafectivos.
- La **National Society for Autistic Children** (NSAC) de EEUU, define el autismo como un **déficit conductual** cuyos rasgos esenciales implican *alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulo sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y las capacidades de relacionarse con personas, sucesos y objetos.*
- **Aún hoy sigue vigente la controversia sobre si son los factores cognitivos o los socioafectivos los rasgos esenciales en el diagnóstico del autismo.** No obstante, esta falta de acuerdo ha puesto de manifiesto que el trastorno autista afecta a una amplia gama de áreas del desarrollo cognitivo además de la afectiva, lo que ha desembocado en un amplio consenso que se plasmó en el **DSM-III** que considera el autismo como un "**trastorno generalizado del desarrollo**" (alejado definitivamente de las psicosis).
- Actualmente, existe una tendencia a volver al término original del autismo, y a abandonar el término "trastorno generalizado del desarrollo" ⇒ El autismo constituye un **trastorno específico del desarrollo** (no generalizado).

1.C.- CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO INFANTIL

Alteraciones de la conducta social

- Es el rasgo más conocido tanto en la comunidad científica como en la sociedad. Así, cuando se habla de un niño autista, la imagen que nos viene a la cabeza es la de un niño extravagante, encerrado en sí mismo, que no habla ni juega con nadie, como si viviera únicamente consigo mismo, ignorando el resto del mundo, incluso a sus padres y hermanos.
- El desarrollo de la conducta social del niño autista, va produciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Es más evidente en los primeros años de vida.
- **Wing y Gould**, establecieron **3 patrones distintos de relación social**:
 1. **Aislado**: Evita la interacción de forma activa.
 2. **Pasivo**: Soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.
 3. **Activo pero extravagante**: Interactúa de un modo extraño y excéntrico.
- Todas estas tipologías han dejado claro que no todos los autistas muestran el mismo tipo de alteración social, dado que muchos hacen intentos más o menos exitosos de acercamiento social, aunque utilizando estrategias conductuales inadecuadas.

- A pesar de estas pautas diferenciales, podemos observar algunas **conductas específicas de los niños autistas** como la ausencia de contacto con los demás y carencia de vínculo con los padres. Parece como si no necesitaran a sus padres. Con frecuencia, estos niños no gritan para llamar la atención como hacen los niños normales, no buscan el contacto afectivo (besos, ternura) y nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en brazos. Incluso podemos ver que aunque esté ausente el contacto afectivo, pueden mantener un contacto social con otros intereses. Un niño autista puede subirse en el regazo de su madre para alcanzar un objeto y no mirarla en absoluto; es como si la madre ejerciese la función de ser una silla necesaria para alcanzar el objeto.
- Otra de las características esenciales del autismo, reflejada de igual forma por Kanner, Rutter y en el **DSM-IV**, es la **Preocupación del niño autista por preservar la invariabilidad el medio**. Muestran una gran **hipersensibilidad la cambio**, respondiendo con fuertes berrinches e incluso, autolesionándose.

Alteraciones del lenguaje

- La comunicación intencional, activa o espontánea, se ve muy perturbada o limitada en los niños autistas: falta de sonrisa social, de miradas las personas, y de gesto y vocalizaciones comunicativas.
- Los niños autistas que llegan a hablar, o hacen de forma características, con **patrones lingüísticos cualitativamente diferentes** de los de los niños normales. Estas dificultades se hacen más patentes a partir del año y medio o dos años de edad, en la que los niños normales hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje y las conductas simbólicas.

Alteraciones más frecuentes del lenguaje expresivo:

1. **Inversión pronominal**: Cuando el niño se refiere a sí mismo utilizando "tú" o "él" ("Mamá, él quiere comer un bocadillo").
2. **Ecolalia**: Repetición de las palabras o frases dichas por los demás. Puede tener lugar, inmediatamente, o después de un tiempo de demora (**ecolalia retardada**).

La ecolalia, no es específica de los niños autistas, ya que el desarrollo normal del lenguaje, incluye conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses.

Cuando persiste más allá de los 3-4 años se considera patológica.

Otras alteraciones: Alteraciones fonológicas, semánticas, defectos de la articulación, monotonía y labilidad en el timbre y en el tono de voz, y reiteración obsesiva de las preguntas.

- El **lenguaje receptivo** también se encuentra alterado: **Dificultades para atender y/o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual.** Además, cuando hablan, no lo hacen con propósitos comunicativos. Su uso del habla como medio de conversación es limitado, es casi imposible pretender que hablen de algo que no sea lo inmediato. También está alterada la capacidad para discriminar estímulos parecidos, análogos o semejantes.
- El **lenguaje expresivo no verbal (gestual)** también se encuentra alterado: **discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias.** Incluso el habla de los que han alcanzado un lenguaje relativamente sofisticado, muestra carencia de emoción, imaginación, abstracción, y literalidad muy concreta.

Alteraciones motoras:

- Otra característica de los niños autistas, incluida en los criterios diagnósticos, hace referencia a los restrictivos patrones de conducta repetitivos y estereotipados. Parece ser que la estereotipia refleja un déficit creativo asociado al autismo.
- **Conducta estereotipada ó autoestimuladora:** Comportamiento repetitivo, persistente y reiterado, cuya función aparente es la de *proveer al niño de retroalimentación sensorial o cinestésica.* Balanceo rítmico del cuerpo, saltos, carreras cortas, giros de cabeza, aleteos de brazos y manos o posturas extravagantes.
- Dentro de la motricidad más fina, este comportamiento puede incluir miradas a ciertas luces, **observar** la mano en cierta postura, mirar de reojo, girar los ojos o tensar los músculos del cuerpo. En todos éstos comportamientos el núcleo central lo integra la **estimulación visual y auditiva.**
- La mayoría de estos niños emplean la mayor parte de su tiempo en estos comportamientos, se resisten obstinadamente a los intentos de que abandonen estas actividades. Diversos autores confieren a las conductas estereotipadas la responsabilidad de interferir en la responsividad del niño y en la adquisición de conductas normales.
- **Conductas autolesivas:** Cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo (golpearse en la cabeza, morderse las manos, golpearse los codos, arrancarse el pelo).

Estas conductas conllevan otros **perjuicios indirectos**: Si la conducta es demasiado intensa habrá que constreñirles físicamente para prevenirla, y, si ésta constrictión se prolonga demasiado, puede provocar otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño.

Esta conducta, además, condiciona y restringe el desarrollo psicológico y educativo del niño.

Alteraciones cognitivas

- A pesar de la falta de acuerdo que hay entre los autores, parece claro que **existe un déficit generalizado** en las diferentes áreas del desarrollo cognitivo. Los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc, se hallan claramente alterados en estos niños.
- De los procesos cognitivos, los que más atención han recibido son los procesos sensorio-perceptivos y la capacidad intelectual, procesos que acaparan la mayor parte de la literatura existente sobre las cuestiones cognitivas relacionadas con el autismo.

1. Capacidad intelectual:

Ritvo y Freeman: Aproximadamente un **60%** de los niños autistas presentan un **CI por debajo de 50**, un 20% entre 50-70, y un 20% por encima de 70.

Tienen **mejores resultados en** los tests que miden **habilidades manipulativas o viso-espaciales y memoria automática.**

Rendimiento inferior en las tareas que requieren **procesamiento secuencial.**

Los autistas procesan la información de forma diferente a los sujetos no autistas. Esto resulta evidente en el análisis de sus "habilidades especiales" o "islotos de habilidad" (memorizar listados).

Los datos apuntan que la capacidad intelectual de los autistas posee las mismas características que el resto de los niños, tiende a permanecer estable durante la infancia y adolescencia y puede ser un criterio predictivo de las futuras adquisiciones educativas.

Otra alteración cognitiva es el déficit conocido con el término de:

"Ceguera mental": Incapacidad para atribuir estados mentales a los demás.

2. Atención y sensorio-percepción:

Una característica esencial del autismo es **la respuesta anormal que estos niños tienen ante la estimulación sensorial.** Sin embargo no podemos concluir que se trate de un **problema** perceptivo sino **de atención** (puede no responder a un ruido intenso y responder al oír el ruido producido al pasar la hoja de una revista).

Estas anomalías se dan también en otras modalidades sensoriales como el olfato o el tacto.

Diversos estudios han demostrado que los niños autistas responden sólo a un componente de la información sensorial disponible, lo que llaman **hipersensibilidad sensorial**. Por tanto, aunque los autistas pueden tener una estrategia perceptiva característica, parece que es más una consecuencia de los procesos atencionales, que harían referencia a una presunta **rigidez hiperatencional**, y no una alteración específica de los procesos perceptivos.

1.D.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

** Criterios diagnósticos del trastorno autista según el DSM-IV*

- A. Por lo menos deben estar presentes seis ítems de los puntos 1), 2) y 3), y al menos dos de 1), y uno de 2) y 3):
1. La alteración cualitativa en la interacción social se manifiesta, al menos, por dos de los siguientes aspectos:
 - a. Alteración marcada en el uso de conductas no verbales.
 - b. Fracaso para desarrollar relaciones amistosas adecuadas al nivel de desarrollo adquirido.
 - c. Incapacidad para la búsqueda espontánea del disfrute, intereses o logros compartidos con otras personas.
 - d. Carencia de reciprocidad emocional o social.
 2. Existencia de alteración cualitativa en la comunicación, que se manifiesta, al menos, por la presencia de uno de los siguientes ítems:
 - a. Retraso en (o carencia total de) el desarrollo del habla.
 - b. En individuos con un desarrollo del habla normal se observa una alteración importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás.
 - c. Uso estereotipado y repetitivo del habla, o uso de un habla idiosincrásica (ecolalia, repetición de anuncios, etc.).
 - d. Carencia de juegos imaginativos o de imitación social adecuados al nivel de desarrollo.
 3. Patrones limitados, repetitivos y estereotipados de comportamiento como los manifestados por al menos uno de los siguientes ítems:
 - a. La preocupación estereotipada por uno o más de los patrones de interés que resulta anormal en la intensidad o focalización.
 - b. Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas específicas o rituales, no funcionales.
 - c. Manierismos motrices repetitivos y estereotipados.
 - d. Preocupación excesiva y persistente por detalles o formas de distintos objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal desde antes de cumplir los 3 años, que afecta al menos a una de las áreas siguientes: 1) la interacción social, 2) la lengua como instrumento de comunicación social, 3) o el juego simbólico o imaginativo.
- C. No cumplir los criterios del trastorno de Rett o trastorno infantil desintegrativo.

Los principales sistemas de clasificación nosológica, DSM-IV y CIE-10, han reagrupado los criterios diagnósticos en **3 comportamentales y uno cronológico**.

DSM-IV

CRITERIOS COMPORTAMENTALES: deben presentarse **al menos seis ítems**.

1. La **alteración cualitativa en la interacción social** se manifiesta, **al menos, por 2 de los siguientes aspectos:**
 - a) **Alteración marcada en el uso de conductas no verbales**, como la mirada directa, expresión facial, posturas corporales y gestualidad para iniciar y modular la interacción social.
 - b) **Fracaso para desarrollar relaciones amistosas** adecuadas al nivel de desarrollo adquirido.
 - c) **Incapacidad para la búsqueda espontánea del disfrute, intereses o logros compartidos con otras personas.**
 - d) **Carencia de reciprocidad emocional y social.**

2. Existencia de **alteración cualitativa en la comunicación** que se manifiesta en, **al menos uno de los siguientes ítems:**
 - a) **Retraso (o carencia) en el desarrollo del habla.**
 - b) **En individuos con un desarrollo del habla normal se observa una alteración importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás.**
 - c) **Uso estereotipado y repetitivo del habla, o uso del habla idiosincrásica.**
 - d) **Carencia de juegos imaginativos o de imitación adecuados su edad.**

3. **Patrones limitados, repetitivos y estereotipados de comportamiento** como los manifestados por **al menos uno de lo siguientes ítems:**
 - a) **La preocupación, absorbente y estereotipada, por uno o más de los patrones de interés que resulta anormal en la intensidad y en la focalización.**
 - b) **Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas específicas o rituales, no funcionales.**
 - c) **Manierismos motrices repetitivos y estereotipados.**
 - d) **Preocupación excesiva y persistente por detalles o formas de distintos objetos.**

CRITERIO CRONOLÓGICO

4. **Retraso o funcionamiento anormal desde antes de los 36 meses**, que afecta **al menos a una de las áreas siguientes:**
 - a) **Interacción social.**
 - b) **Lengua como instrumento de comunicación social.**
 - c) **El juego simbólico o imaginativo.**

5. No cumplir los criterios del trastorno de Rett o trastorno infantil desintegrativo.

1.E.- EPIDEMIOLOGÍA

- La cifra estadística que más frecuentemente se ha hallado es de 4,5 por 10000 niños.
- La mayor parte de los autores cifran la incidencia de 2-4 autistas por 10000 niños en a población de 8 a 10 años.

1.E.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una de las razones de la heterogeneidad que presentan los casos de autismo es debida a que aparece solapado con otros trastornos infantiles. Algunas veces como fruto de una patología específica anterior, como la rubeola congénita, esclerosis tuberosa o encefalopatía.

En otros casos, el autismo se asocia a otros trastornos, como el síndrome de Down o con crisis epilépticas que se manifiestan en la adolescencia.

Sin embargo, la fuente de heterogeneidad que más problemas acarrea al diagnóstico del autismo procede del hecho de que este trastorno comparte ciertas características esenciales con otras alteraciones infantiles:

Esquizofrenia infantil

Kolvin: Los niños desarrollan la psicosis según 2 modalidades:

1. **Antes de los 3 años**, con características autistas.
2. **Entre los 5-15 años**, similar a la esquizofrenia adulta.

La esquizofrenia infantil es:

- De *inicio más tardío*.
- Con *presencia de historia familiar* de psicosis.
- Alteraciones del pensamiento (*delirios*).
- Alteraciones de la percepción (*alucinaciones*).
- *Déficits psicomotrices y pobre salud física*.
- *Responde mayor al tratamiento farmacológico* (el autismo responde mayor a las técnicas de modificación de la conducta).

Disfasia evolutiva

Consiste en un **retraso en la adquisición del lenguaje y en la articulación.**

Características comunes:

- Ecolalia.
- Inversión pronominal.
- Déficit de secuenciación.
- Déficit en la comprensión del significado de las palabras.

Características diferenciales:

- Los déficits de los **autistas** son **más graves y complejos**.
- Los niños **difásicos** **conservan su capacidad comunicativa, manifiestan sus emociones y son capaces de llevar a cabo juegos simbólicos**.

Retraso mental

El denominador común entre autistas y niños mentalmente retrasados es la capacidad intelectual. A pesar de que **Kanner** sostuviese que los autistas estaban dotados de una inteligencia normal, se demostró que presentan una deficitaria capacidad intelectual que persiste a lo largo de su vida.

- **Conservan su capacidad de comunicación y de interacción social.**
- **Desarrollo físico afectado.**
- **Pobre rendimiento en todas las áreas intelectuales** (los autistas pueden tener conservadas y/o potenciadas habilidades no relacionadas con el lenguaje como la música, las matemáticas o las manualidades).

Privación ambiental

Aunque no se puede considerar como una categoría diagnóstica, sí está claro que es un agente causante de problemas y déficit en el desarrollo infantil

- La privación ambiental es un agente causante de problemas y déficit en el desarrollo infantil (privación maternal, abandono, malos tratos, institucionalización), pero **cuando a éstos niños se les sitúa en un ambiente estimulante, recuperan las habilidades perdidas o inexistentes**.

Síndrome de Rett

Fue denominado así en reconocimiento al investigador de esta alteración infantil, **Andreas Rett**, que describió por primera vez el síndrome en 1966 como un trastorno **exclusivo del sexo femenino**, ya que sólo lo detectó en niñas. Aunque en 1974 el profesor **Rett** describió más casos del mismo síndrome, no fue hasta 1980 cuando se reconoció la existencia del mismo en la literatura científica, sobre todo a partir de la publicación de **Bengt Hagberg** (1980). Esta profusión de datos y los posteriores hallazgos de **Tsai** (1992) han provocado que **apareciese como categoría nosológica en las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV**.

Rutter (1987) lo describió como *un trastorno de deterioro progresivo asociado a una ausencia de expresión facial y de contacto interpersonal, con movimientos estereotipados, ataxia y pérdida del uso intencional de las manos*. La existencia de este trastorno hace necesario establecer un exhaustivo diagnóstico diferencial sobre todo en el período inicial, cuando puede confundirse fácilmente con el autismo, ya que después del curso y características de ambos difieren considerablemente.

** Criterios diagnósticos del trastorno de Rett según el DSM-IV*

- | |
|--|
| <p>A. Desarrollo normal durante al menos los primeros seis meses de vida, manifestado por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aparente desarrollo normal prenatal y perinatal.2. Aparente desarrollo psicomotor normal durante los primeros seis meses de vida.3. Normal perímetro craneal al nacer. <p>B. Aparición entre los 5 y los 48 meses de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Desaceleración del crecimiento craneal.2. Pérdida del uso propositivo adquirido de las manos, con desarrollo de movimientos estereotipados.3. Pérdida inicial de la vinculación social.4. Aparición de marcha incoordinada o de movimientos del tronco.5. Marcado retraso y alteración del lenguaje expresivo y receptivo con retraso psicomotor severo. |
|--|

** Comparación entre síndrome de Rett y autismo infantil*

<i>Síndrome de Rett</i>	<i>Autismo infantil</i>
1. Desarrollo normal hasta los 6/8 meses.	1. Aparición en la primera infancia.
2. Pérdida progresiva del habla y de la función manual.	2. Las habilidades previamente adquiridas se mantienen.
3. Profundo retraso mental en todas las áreas funcionales.	3. Las habilidades visoespaciales y manipulativas se conservan mejor que las verbales.
4. Microcefalia adquirida, retraso en el crecimiento, pérdida de peso.	4. Desarrollo físico normal en la mayoría.
5. Movimientos estereotipados siempre presentes.	5. Conductas estereotipadas variadas con manifestaciones complejas.
6. Dificultades progresivas en la deambulación. Apraxia troncal y coordinación corporal.	6. Funciones motoras gruesas normales en la primera década de vida.
7. Ausencia de lenguaje.	7. En algunas ocasiones ausencia de lenguaje. Si está presente, patrones peculiares. Trastornos comunicativos no verbales.
8. Contacto ocular presente, a veces muy intenso.	8. Contacto ocular inadecuado.
9. Poco interés por la manipulación de objetos.	9. Conductas ritualistas estereotipadas. Manipulación de objetos o autoestimulaciones sensoriales.
10. Crisis durante la infancia en al menos el 70% de los casos.	10. Crisis en el 25% de los casos durante la adolescencia y la edad adulta.
11. Bruxismo, hiperventilación.	11. No es típico el bruxismo ni la hiperventilación.
12. Pueden presentarse movimientos coreiformes y distonías.	12. No existen movimientos coreiformes ni distonías.

Síndrome de Asperger

- ◆ Ha sido hasta hace poco tiempo una contribución científica proscrita por razones ajenas a la ciencia. Hasta los años ochenta la comunidad científica no se ha interesado por el síndrome de **Asperger**.

Este síndrome es quizá el que más problemas da en cuanto a su validez nosológica. No está demostrado hasta qué punto es una entidad diferente del autismo, ya que ambos presentan déficit cualitativos comparables.

- ◆ El diagnóstico del síndrome de **Asperger** requiere la manifestación de falta de empatía, estilos de comunicación alterados, intereses intelectuales limitados y vinculación idiosincrásica con los objetos. La **CIE-10** incluye la presencia de conductas estereotipadas, repetitivas y restricción de éstas.

- ◆ Plantea como criterio diferencial del autismo la adquisición del lenguaje y el desarrollo cognitivo que con frecuencia son normales en los niños con síndrome de Asperger, quienes tampoco presentan los problemas de comunicación asociada al autismo. Las cifras apuntan a un ratio niño-niña de 8 a 1.
- ◆ Parecen autistas de alto nivel, es decir, sin la afectación en el desarrollo del lenguaje.

Criterios diagnósticos del síndrome de Asperger según el DSM-IV

- A. **Alteración marcada y sostenida en la interacción social** manifestada por:
 - a) Marcada ausencia de sensibilidad de los demás.
 - b) Ausencia de reciprocidad social y emocional.
 - c) Raramente busca consuelo o cariño en momentos de malestar.
 - d) Fallo en desarrollar relaciones con compañeros de manera adecuada a su nivel de desarrollo.
 - e) Imitación ausente o alterada.
- B. **Repertorio restrictivo, estereotipado y repetitivo de comportamientos, intereses y actividades.**
- C. **Ausencia de cualquier tipo clínicamente significativo de retraso general en el desarrollo del habla.**
- D. **Ausencia de cualquier retraso clínicamente significativo en el desarrollo cognitivo,** manifestado por el desarrollo adecuado para la edad de competencia de autonomía personal, conducta adaptativa y curiosidad por el entorno.
- E. **No clasificable en cualquier otro trastorno generalizable del desarrollo.**

Trastorno desintegrativo infantil.

En el **trastorno desintegrativo infantil** el criterio esencial es la manifestación de una regresión profunda y una desintegración conductual tras 3 ó 4 años de un aparente desarrollo normal, aunque las clasificaciones nosológicas adelantan la edad hasta los 2 años al menos.

*** Criterios diagnósticos del trastorno desintegrativo infantil según el DSM-IV**

- A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, manifestado por la presencia adecuada para la edad de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y conducta adaptativa.
- B. Pérdida clínicamente significativa de competencias previamente adquiridas en al menos dos de las siguientes áreas:
 1. Lenguaje expresivo o receptivo.
 2. Conducta adaptativa o competencias sociales.
 3. Control rectal o vesical.
 4. Juego.
 5. Competencias motrices.
- C. Funcionamiento social marcadamente anormal, manifestado por cumplir los criterios A, B y C del trastorno autista.

Encontramos dos razones fundamentales para diferenciar los trastornos desintegrativos del autismo:

- ◆ a primera enfatiza que el periodo de desarrollo normal es significativamente más largo de lo que usualmente se da en el autismo.
- ◆ La segunda subraya que el patrón de regresión es diferente, ya que implica la pérdida de otras habilidades además de la comunicación y las relaciones sociales.

1.6.- ETIOLOGÍA

- ◆ Aunque no se han determinado aún las causas del autismo, se han desarrollado un gran número de teorías que desde diferentes enfoques y modelos intentan aproximarse a las raíces de este trastorno. Atrás parecen quedar los tiempos en los que el modelo psicoanalítico pretendía responsabilizar a los padres como agentes causantes del autismo. Hipótesis de este tipo resultan hoy día insostenibles y ningún enfoque científico defiende semejantes especulaciones etiológicas.
- ◆ Las teorías explicativas que imperan hoy día sobre la etiología del autismo se pueden agrupar en **dos grandes áreas**, que no son incompatibles entre sí. El primer grupo hace referencia a factores genéticos y cromosómicos y a las variables neurobiológicas; el segundo integra las hipótesis que enfatizan los aspectos psicológicos que subyacen al comportamiento autista.

HIPÓTESIS GÉNÉTICAS Y NEUROBIOLÓGICAS

- Se estudian los factores genéticos desde **2 enfoques**:
 1. Identificar una alteración genética conocida y estudiar el patrón comportamental anormal relacionado con ella.
 2. Analizar e identificar un determinado patrón comportamental anormal e investigar la frecuencia con que aparece en la familia.
- Con respecto al autismo, se admite la presencia de una alteración genética en el **10-20% de los casos**.
Diversas anomalías en el cariotipo de los autistas, con alteraciones en la mayor parte de los cromosomas excepto en 7, 14, 19 y 20.
- Desde el **primer enfoque**, el **síndrome del X frágil** es la hipótesis que más interés ha suscitado (falta de sustancia en el extremo del brazo largo del cromosoma X), aunque los resultados no son concluyentes.
- Desde el **segundo enfoque**, los resultados demuestran responsabilidad de los genes al comparar la frecuencia en la población general (2-4 por 10000) con la **frecuencia del trastorno entre hermano, en torno a 3-5%**.

- Independientemente de su orientación teórica, actualmente los investigadores están de acuerdo en que **el autismo infantil es un síndrome conductual con un origen claramente biológico**:
 - **Procesos infecciosos**: El **virus de la rubéola** es el que más se ha detectado en autistas, aunque también hay relación con **infecciones intrauterinas y postnatales** por diferentes virus ⇒ Parece que éstos niños presentan un deterioro de su inmunidad, posiblemente por **alteración genética en sus linfocitos T**.
 - **Alteraciones metabólicas**: La más relacionada es la **fenilcetonuria** (Friedman encontró un 92%). Actualmente, hallazgo de **hiperserotoninemia** detectada en el 25% de los casos y su **correlación con historia familiar** de hiperserotoninemia. Sin embargo también se ha encontrado en otros trastornos y, la **disminución del nivel de 5-HT** no mejora al autista.
 - Estudios desde la **neuropsicología**: Unos abogan por la **disfunción cortical primaria** como factor causante, y otros, por la **disfunción primaria del tronco cerebral** (dependiendo de la técnica exploradora).

HIPÓTESIS PSICOLÓGICAS

- Los estudios se han centrado en los problemas de comunicación, en las relaciones sociales y en los déficits cognitivos.
- **Años 60**: Intentos explicativos dispares.
 - Hipótesis parentela** del enfoque psicoanalítico.
 - Enfoque etológico** de **Tinbergen**: la variable etiopatogénica sería un "Estado básico motivacional de activación".

En los últimos años se han retomado los viejos planteamientos:

- **TEORÍA SOCIOAFECTIVA**, inicialmente planteada por Kanner y replanteada por **HOBSON**:
 - Postula que **la alteración en la comunicación es primariamente afectiva**.
 - El ser humano desde que nace está orientado hacia lo social y tienen capacidad para detectar las emociones de los demás a partir del lenguaje no verbal gestual ⇒ "**Empatía inferencial**" (proceso propugnado biológicamente para entender las emociones).

Su teoría se puede sintetizar en **4 axiomas**:

1. Los autistas carecen de los componentes constitucionales para intereractuar emocionalmente con otras personas.

2. Esas reacciones son necesarias para la "configuración de un mundo propio y común" con los demás.
 3. La carencia de participación social tiene en el autista 2 consecuencias importantes:
 - *Fallo para reconocer que los demás tienen sus propios sentimientos, deseo e intenciones.*
 - *Alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente.*
 4. La mayor parte de los déficits cognitivos y del lenguaje de los autistas, son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.
- **HIPÓTESIS COGNITIVA** de **LESLIE Y FRITH** Y DE **LESLIE Y HAPPÉ**:
 - Los problemas sociales y de comunicación de los autistas, se deben a un problema cognitivo específico ⇒ Alteración de la "capacidad metarepresentacional" (responsable de que los niños desarrollen el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales los demás).

Sin embargo, la evidencia ha demostrado que existen otras habilidades que no implican metarrepresentaciones y que están alteradas en los autistas.

- **HIPÓTESIS COGNITIVO-AFECTIVA**:
 - Las dificultades comunicativas y sociales de los autistas, están originadas en un déficit afectivo primario, estrechamente relacionado a un déficit cognitivo, también primario ⇒ Dificultades en la apreciación de los estados mentales y emocionales de los demás.

Críticas centradas en el déficit afectivo y en el *déficit de percibir contingencias* (los autistas no son difíciles de condicionar).

- En posteriores formulaciones, descartan la hipótesis del procesamiento de contingencias y postula como responsable de la alteración en la atención gestual conjunta, la existencia de un déficit en la regulación de la activación, que alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, y, por tanto, alteraría la atención gestual conjunta, así como la comprensión de estados mentales y afectivos.