

**Ficha de cátedra: Trastornos del Espectro Autista**  
**Lic. Sofía Stocker**

Denominaciones a lo largo de los años:

- Kanner (1943): Autismo infantil precoz
- Asperger (1944): Psicopatía autística
- Bender (1947): Esquizofrenia infantil
- Mahler (1952): Psicosis simbiótica
- Wing y Gould (1979): Triada de empeoramiento social
- Wing (1981): Síndrome de Asperger
- APA: Asociación Americana de Psiquiatría
  - 1980: Autismo Infantil
  - 1987: Trastornos penetrantes o profundos del desarrollo
  - 1994: Trastornos generalizados del desarrollo (TGD)
  - 2013: **Trastornos del espectro autista (TEA)**

Historia:

- Eugene Bleuler 1900 (Suiza): autismo para definir rasgos en la esquizofrenia (como síntoma)
- Leo Kanner 1943 (USA): incapacidad para relacionarse con otros, retraso/alteración en el lenguaje, intereses restringidos, buen potencial cognitivo, trastorno desde el nacimiento
- Hans Asperger 1938-1944 (Viena): deficiencias en la comunicación y habilidades sociales, intereses restringidos sin dificultades cognitivas o del lenguaje
- 1950-1960: Causa relacionada a la crianza
- 1964: Causa biológica (aun desconocida)

Estudio de las principales conductas (autismo y psicosis infantiles)

**1) Aislamiento-Autismo:** incapacidad del niño para establecer un adecuado sistema de comunicación con su entorno

1er año: indiferencia, ausencia de actitudes anticipatorias, ausencia de “diálogo tónico”, ausencia de sonrisa y ausencia de angustia del octavo mes.

2do y 3er año: mirada vacía o “mirada periférica”, rechazo del contacto físico, objetos utilizados sin simbolización (duros, sonoros, trozos), “signo del cubo que quema”, indiferente al juego, relaciones manipulativas e instrumentales, crisis de cólera (hetero o autoagresivas) frente a muñecas o figuras humanas

**2) Conductas motoras:**

Anomalía tónica, gestualidad inhabitual, comportamientos motores estereotipados, inestabilidad (caídas y golpes sin llantos)

**3) Trastornos del lenguaje:** no hay verdadera función comunicativa. Dificultad en utilizar los pronombres (ausencia del “yo” y “sí”), no responde a su nombre,

imperturbable a los ruidos, “comprensión periférica” (permite descartar el diagnóstico de sordera)

- Autismo de Kanner (desde 1er año): ausencia total del lenguaje, emite ruidos extraños
- Aparición tardía (4-5 años): lenguaje forma anárquica, ecolalia, palilalia
- Psicosis de segunda infancia (6-12 años): regresión y exacerbación del lenguaje, neologismos

#### **4) Trastornos de las funciones intelectuales:**

- Déficit intelectual (organización temporo-espacial)
- CIV>CIM
- Dificultad en la integración del esquema corporal
- Estudio de las principales conductas

#### **5) Trastornos afectivos:**

Oscilaciones rápidas del humor, crisis de angustia aguda (masiva, vivencia de estallido o aniquilación, ruptura de la continuidad psíquica), crisis de risa discordante, crisis de cólera, intolerancia a la frustración, automutilaciones

#### **6) Trastornos de la conducta mentalizada:**

- Fobias: apariencia extravagante, extensiva y cambiante (presente en las psicosis de la segunda infancia)
- Rituales: múltiples (de ordenamiento, de verificación, de limpieza)
- Delirio: excepcional antes de los 10 años, temática hipocondríaca, del ambiente o persecutoria
- Alucinaciones: difícil de constatar (visuales o auditivas)

#### **7) Trastornos psicósomáticos y antecedentes somáticos:**

- Trastornos del sueño: insomnio tranquilo (ojos bien abiertos en la oscuridad sin demandar a la madre) o insomnio agitado (grita, chilla, se mueve durante el primer semestre, pudiendo extenderse por años)
- Trastornos alimenticios precoces: succión deficiente, anorexia, rechazo del biberón o pecho, vómitos repetidos
- Trastornos esfinterianos: primarios o secundarios, permanentes o intermitentes según los momentos evolutivos
- Antecedentes somáticos: deshidrataciones agudas, embarazo difícil, patología neonatal, etc.

#### **Clasificación:**

##### **1) Psicosis precoces**

###### **A) Autismo precoz de Kanner:**

- Inicio precoz (desde los primeros días)
- Autismo, aislamiento, soledad

- Inmutabilidad (“sameness” = identidad)
- Ausencia del lenguaje
- Evolución:
  - 50%: evolución desfavorable hacia un retraso grave, se intensifica el autismo
  - 50%: adquieren un inicio de lenguaje, mínimo funcionamiento cognitivo, sintomatología enriquecida con rituales, trastornos del comportamiento (dx diferencial con otras psicosis infantiles)
  - Raros: alcanzan autonomía que permite inserción escolar y profesional

*B) Otras psicosis precoces: 2-3 y 5-6 años*

Variabilidad semiológica: crisis de angustia, perturbaciones motrices, rituales defensivos, trastornos del lenguaje y la voz, trastornos psicossomáticos, labilidad afectiva, catexis deficitaria de las funciones cognitivas.

Mises y Lang: reciprocidad entre los factores de la serie deficitaria y los factores de la serie psicótica. En el plano clínico son posibles todas las modalidades y combinaciones sintomáticas.

*C) Formas límites: el contacto con la realidad parece parcialmente conservado.*

- Disarmonias evolutivas de cariz psicótico
- Distimias graves
- Prepsicosis
- Parapsicosis
- Organizaciones caracteriales graves

**2) Psicosis de la segunda infancia (5-6 y 12-13 años) infrecuentes**

Personalidades mas estructuradas, lenguaje elaborado, catexis de los procesos-cognitivos, “aparente normalidad” previa (anorexia precoz, insomnios, extrema ansiedad al incorporarse al jardín, rituales obsesivos)

Manifestación psicótica como conducta regresiva

**- Reacción del retraimiento**: autismo secundario

Indiferencia y frialdad de contacto, rechazo escolar sin motivo, fuga no motivada, crisis de cólera o agresividad, ruptura con las anteriores formas de vida (hipercatexis en algún sector)

**- Conductas motrices**: organizadas en dos polos

Inhibición y retraimiento: retraimiento autista

Inestabilidad y agitación psicomotriz: autentica desorganización del comportamiento, conductas impulsivas, pasajes al acto, temas predelirantes persecutorios

**- Trastorno del lenguaje**: continuidad de los trastornos precoces o regresión luego de un desarrollo normal

Mutismo secundario: agravación del retraimiento autista

Regresión formal del lenguaje (laleos, inversión pronominal)

Hipercatexis del lenguaje (aprender una nueva lengua)

**- Fallos en la catexis cognitiva**: etiología orgánica

Empobrecimiento intelectual como defensa contra la vivencia psicótica de mutilación

o desrealización

**- Trastornos de cariz neurótico:**

Fobias y obsesiones

**- Manifestaciones de ruptura con la realidad:**

Bouffés de angustia hipocondriaca o cinestésica

Ideas delirantes polimórficas

Alucinaciones (auditivas, visuales o cenestésicas)

Pronóstico desfavorable:

- Existencia de factores orgánicos asociados a la psicosis infantil
- Ausencia del lenguaje mas allá de los 5 años
- Profundidad del retraso intelectual en la primera evaluación
- Precocidad en la aparición de los trastornos: antes de los 3 años
- Calidad de la familia

Hipótesis etiológicas:

- **Enfoque genético:**
  - Autismo precoz de Kanner: probable (aunque no es la única)
  - Psicosis tardías de etiología heterogénea
- **Enfoque orgánico:**

Alteración cromosómica (frágil x), atrofia del cerebelo, anomalías inespecíficas (EEG), aumento de los valores de serotonina, deficiencia sensorial, anomalía enzimática (fetal), anomalía cognitiva, *“déficit de dotación en las funciones neurovegetativas y en la regulación del tono que trae como consecuencia una mala comunicación entre el niño y la madre” (L. Bender)*
- **Enfoque psicogenético:**
  - Fundamentadas en el ambiente
  - Fundamentadas en la relación padres-hijo

Hipótesis fundamentadas en el ambiente: Papel de los padres:

- Kanner: frialdad, elevado nivel socio-cultural e intelectual, mas que amar a sus hijos los observan.
- Origen y nivel socio-cultural variable (nivel altamente desfavorecido o superior)
- Gran cantidad de situaciones traumáticas y/o difíciles (divorcios, familia incompleta, muertes, etc.)
- Atmosfera y organización familiar confusas
- Situaciones dramáticas, desconcierto paterno, niño como objeto de proyecciones contradictorias fantasmáticas paternas
- Palo Alto: Modelos específicos de comunicación intrafamiliar

Hipótesis fundamentadas en la relación padres-hijo

- **Melanie Klein:** psicosis infantil como persistencia de la posición esquizo-paranoide. Intensidad de las pulsiones agresivas
- **Tustin:** ruptura de la continuidad psíquica. El niño se defiende “enquistándose” y negando la existencia de cualquier discontinuidad entre su cuerpo y su medio (ASC)

- **Mahler:** fracaso en el proceso de individuación cuyo origen se haya en el niño (yo frágil) y en la madre. “Mecanismo de sostén” que se opone a la progresión del desarrollo (psicosis autistas: conducta alucinatoria negativa/psicosis simbiótica: el niño oscila entre el deseo de fusión absoluta con un objeto bueno parcial y el temor de absorción o aniquilación)
- **Winnicott:** desintegración, despersonalización, estado autista, exacerbación del narcisismo primario por fallas maternas. **Se trata de una organización desviada, patológica y específica**

#### Enfoque psicopatológico:

- Existencia de angustia primaria de aniquilación, mutilación
- No distinción entre yo y no-yo
- Ruptura con la realidad como consecuencia de la no delimitación precisa del contorno de si mismo
- Prevalencia de los procesos primarios
- Ausencia de nexo entre las pulsiones libidinales y pulsiones agresivas
- Utilización de mecanismos de defensa arcaicos:
  - Escisión
  - Identificación proyectiva
  - Introyección, negación, idealización y omnipotencia
  - Identificación adhesiva (Meltzer): dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, el interior es ignorado
  - Desmantelamiento (Meltzer): recorta las experiencias según las líneas de la sensorialidad para tender a una colección de objetos unisensoriales (objetos autistas)

#### DSM IV a DSM V

##### **DSM IV: TGD (Apartado: Trastornos de inicio infancia, niñez o adolescencia)**

- Trastorno autista
- Trastorno de Asperger
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno de Rett (dx diferencial)
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

##### **DSM V: TEA (Apartado: Trastornos del Neurodesarrollo)**

- Eliminan el Trastorno de Rett y Desintegrativo infantil ya que los mismos presentan etiopatogenia organica.
- Perturbación grave y generalizada de dos áreas:
  - Socio-comunicativa
  - Intereses fijos y conductas repetitivas

#### Diagnostico del autismo:

- Trastorno del desarrollo mental debido a una disfunción del SNC
- El diagnostico es estrictamente clínico
- Tres pilares sintomáticos:
  - presencia de alteraciones cualitativas en la **interacción social**

- presencia de alteraciones cualitativas en la **comunicación y lenguaje**
- **restricción del repertorio de intereses, actividades, y conductas**
- Etiología: desconocida (hipótesis genética)
- Sexo: niños mas que niñas (3-4:1)
- Edad: antes de los 3 años
- Historia clínica: antecedentes personales, familiares, anamnesis, examen físico, examen neurológico y pruebas complementarias (laboratorio, EEG, neuroimagen)
- Diagnostico Diferencial: **retraso mental, TDAH y enfermedades neurológicas** que cursan con autismo (cromosomopatías, síndrome de Rett, síndromes epilépticos, etc.)

Agrupación de los síntomas pilares:

### **1) Alteraciones cualitativas en la interacción social**

- La comunicación no verbal (contacto visual, expresión facial, gestos reguladores de la interacción social) se encuentra afectada
- Incapacidad para desarrollar relaciones con niños de su edad
- Prescinden de sus hermanos
- Falta la tendencia espontanea para compartir disfrutes, intereses
- Ausencia de reciprocidad social o emocional
- Preferencia por actividades en solitario y utilización de utensilios no apropiados para el juego.
- Ausencia de sonrisa social (3 meses)
- Independiente

### **2) Alteraciones cualitativas en la comunicación y lenguaje**

- Habilidades verbales y no verbales afectadas
- Aquellos que hablan no tienen la facultad para iniciar o mantener una conversación con otras personas o presentan un lenguaje estereotipado (ecolalias)
- Prosodia anormal
- Alteración del lenguaje comprensivo
- Juego monótono, no imaginativo y falta de espontaneidad
- Actividades lúdicas fuera de contexto
- Elección de objetos duros
- No existe la imitación propia de la primera infancia
- No responde a su nombre
- No sigue por donde se le señala
- No dice adiós

### **3) Comportamiento, actitudes e intereses restringidos y repetitivos**

- Restringidos, estereotipados y repetitivos
- Interés por alinear una y otra vez los juguetes de la misma forma o imitar repetidamente un tipo de comportamiento

- Rabietas frente a cambios mínimos en el ambiente (niños pequeños)
- Actividades inflexibles, rutinarias y rituales no funcionales
- Estereotipias corporales: aletear las manos o golpear la mesa repetitivamente con un dedo
- Ritmos motores: balanceo del cuerpo, mecerse
- Trastornos posturales: andar de puntillas o adoptar posturas extrañas del cuerpo o de las manos
- Preocupación exagerada por ciertos objetos (botón, pedazo de tela) o fascinarse por los movimientos de estos
- Hipersensible a algunos ruidos o texturas

#### Diagnostico precoz:

Es habitual que el dx se realice a los 6 años a pesar de que los padres ya expresan sus preocupaciones entre los 18 y 24 meses

Importancia: Exigencia terapéutica y social. Permite el inicio temprano de la terapia (mejores resultados) y reducir la angustia de la familia

#### Limitaciones diagnosticas:

- Cambios que lleva consigo el **neurodesarrollo del niño**, que exige criterios apropiados a cada momento
- El **psicopatograma de estos trastornos**, que se traduce en cambios en la sintomatología con el transcurso del tiempo
- La imprecisión de los **limites nosológicos**, tanto dentro del grupo como respecto a otras entidades (parálisis cerebral, síndrome de Tourette, síndrome de Turner, esclerosis tuberosa, síndrome de Down, déficit sensoriales)
- Existencia de **subtipos clínicos**
- **Alta comorbilidad**

#### Estrategias para el diagnostico precoz:

##### **FASE I: Identificación de los posibles casos**

Detección de manifestaciones sugerentes

Atención primaria y educación infantil

##### **FASE II: Evaluación global (ADOS, ADIR)**

Confirmar sospechas, diferenciar, descartar

Equipos especializados

##### **FASE III: Diagnostico especifico**

Establecer el diagnostico, definir el tipo

Equipos especializados

#### **Frances Tustin:**

##### Tipos de autismo

- APN: autismo primario normal: evolutivo (1-2 meses)
- APA: autismo primario anormal: hospitalismo (Spitz)

- **ASE:** autismo secundario encapsulado (autismo infantil precoz)
- **ASR:** autismo secundario regresivo (esquizofrenia infantil)

#### Madres:

- Nivel de inteligencia bueno o superior
- Ciclotímicas: grandes cambios de humor
- Gasto considerable de energía para superar la depresión
- Herida narcisista: el niño se ha convertido en una catástrofe

#### Etiología:

- Factores genéticos
- Factores relativos a la crianza (relación madre-hijo)

#### Margaret Mahler:

- Incompatibilidad de ritmos vuelven impredecibles la experiencia perceptiva (Greene)
- Adherencia rígida a los objetos transicionales imposibilita la autonomía del yo (Winnicott)
- Fenómeno común: debilitamiento o ausencia de la distinción afectiva entre el mundo objetual humano y el ambiente inanimado = mecanismos de defensa primitivos = **negación masiva, desplazamiento, condensación y desdiferenciación**
- Yo psicótico: reducido frente a las pulsiones instintuales, a un estado de pasividad como el que caracteriza al yo de la infancia. Amenaza de desintegración continua = **mecanismo de deshumanización y reanimación** en procura de adaptación
- Realidad del niño psicótico: los objetos asumen la misma condición maquinal, preterhumana que tiene la imagen de su propio cuerpo. **Gradual desvanecimiento del mundo objetual humano libidinal**
- Las relaciones objetales psicóticas **son intentos de restitución** de un yo rudimentario o fragmentado que sirven a la supervivencia.

#### Representación y trauma (Calzetta – UBACyT)

##### Hipótesis:

- La ausencia de lenguaje (verbal) o su uso empobrecido o ecolálico no representa la totalidad de las posibilidades de comunicación para una serie de casos con TEA
- Constitución anómala del aparato psíquico a partir de disfunciones de diverso tipo, presentes en proporciones variables para cada caso
- Con la adquisición y desarrollo de la escritura se producen modificaciones en la estructura psíquica ya que puede incrementar su nivel de organización a partir de la inclusión de significantes verbales obtenidos mediante la escritura (**Comunicación Facilitada**)
- Deficiencia en el funcionamiento de la **representación cosa** (*pictograma y representante psíquico*) y **representación palabra**
- Existen de manera fragmentaria y lagunar, perturbando radicalmente la posibilidad de procesamiento psíquico