

## **EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL TÉRMINO "AUTISMO": UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA**

FRANCESC CUXART I FINA  
MA.CLAUSTRE JANÉ I BALLABRIGA  
*Universitat Autònoma de Barcelona*

### **RESUMEN**

Se revisa de manera exhaustiva y crítica las diferentes connotaciones conceptuales que se han dado a la palabra AUTISMO desde que Bleuler publica el año 1911 "La Démence précoce au groupe des schizophrénies" y utiliza por primera vez este vocablo para sugerir un proceso de retirada activa de la realidad externa; hasta llegar a la actualidad en la que se considera el AUTISMO como uno de los síndromes más severas de inicio en la infancia. Se revisan los distintos criterios diagnósticos que han ido surgiendo a lo largo de los años con el fin de realizar un análisis de los aspectos que se han mantenido de manera constante y de las nuevas aportaciones científicas que han cambiado la definición y el concepto de AUTISMO.

### **ABSTRACT**

The different concepts of Autism word are revised of exhaustive and critically way since 1911 that Eugen Bleuler published "La Démence précoce au groupe des schizophrénies" and he used this word for first time to suggest an active withdrawal of external reality; until to manage to actuality where the autism is considered the most severe syndrome of the beginning in the infancy. Different diagnostic criterion has emerged along of years was revised to make an analysis of the aspects survived all through the time to mark científics contributions that had changed autism definition and concept.

### **INTRODUCCIÓN**

¿Qué es en realidad el AUTISMO?. Esta es una pregunta que aún en la actualidad evoca un enigma (Frith, 1991). El AUTISMO es un trastorno que se manifiesta en la infancia aunque no afecta solamente a los años de niñez. Es

un trastorno del desarrollo y como tal abarca todas las edades de manera global. Se caracteriza por alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio restringido y repetitivo de actividades e intereses. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia.

El AUTISMO no es un fenómeno moderno. En los registros médicos a lo largo de la historia se describen casos que provocan de manera inevitable la sospecha de AUTISMO y que nos remiten a la Edad Media. Uno de estos casos es el descrito por el farmacéutico del Hospital de Bethlem, asilo mental de Londres, y citado normalmente como una de las primeras pruebas de AUTISMO. Se trata de un niño admitido el 1799 del cual se describe una conducta de aislamiento y una falta total de vínculos. Existen otros casos que proporcionan pruebas históricas como por ejemplo los "*Idiotas Sagrados*" de la vieja Rusia estudiados por Challis y Dewey (1974) e inmortalizados en la obra de Dostoiévski *El Idiota*. No obstante, las pruebas de la influencia del AUTISMO en el pensamiento religioso no se encuentran solamente en el cristianismo oriental. Uta Frith (1991), halla en la colección de leyendas denominadas "*Las Florecillas de San Francisco*", escritas en el siglo XIII, la historia del hermano Junípero que refleja la completa ingenuidad de un autista.

Otro ámbito concreto de interés para el estudio del AUTISMO es el de los niños salvajes. Se tienen referencias de los niños lobos legendarios de Hesse (1344), descritos por Camerarius el año 1602, los niños osos de Lituania (S.XVII), o el niño que vivía entre ovejas en Irlanda y fue observado y descrito por Nicolás Tulp (1672). Existen dos casos muy documentados del siglo XVIII y de principios del siglo XX: El niño salvaje de Aveyron y el caso de Kaspar Hauser, y mucho más reciente el caso de Genie, una niña encontrada después de trece años de total privación. Witner (1919) un niño autista de siete años...

Volviendo de nuevo al concepto del AUTISMO, esta palabra literalmente significa vivir en función de uno mismo (Tustin, 1977). El vocablo AUTISMO deriva del griego "*autos*" que significa uno mismo (Polaino-Lorente, 1977). No tiene ningún sentido partir de la palabra AUTISMO para definirla después, dado que como cualquier otra palabra significará aquello que se desee que signifique. Si se parte de su significado original, el término AUTISMO no puede constituir un sustituto abreviado para designar la descripción dada por Kanner dado que no describe lo que realmente sucede en el AUTISMO INFANTIL. Si se analiza la palabra AUTISMO, no se obtiene ningún otro tipo de información y por lo tanto se puede considerar lo anteriormente apuntado como una sutileza semántica, pero la realidad es que dicha distinción presenta importantes consecuencias en la práctica.

#### BLEULER

El psiquiatra suizo Eugen Bleuler, al cual se debe la introducción en el ámbito científico del término *esquizofrenia*, fue también el introductor del concepto de *autismo*. En su obra *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (Trad. al

inglés de 1950. Original en alemán de 1913) Bleuler encuadra el *autismo* dentro de los trastornos esquizofrénicos más severos, considerándolo una alteración de las funciones mentales complejas. El autor define el síntoma autista como una conducta de separación de la realidad, junto a un predominio patológico de la vida interior. Para Bleuler, este tipo de pacientes no reacciona ante las influencias externas, siendo percibido además (el mundo externo) con hostilidad porque "*lo distrae de sus fantasías*". Pero hay casos también, según el psiquiatra suizo, en los que la separación del exterior se lleva a cabo para evitar un aumento de las emociones, muy elevadas ya de por sí, a causa de una *sensibilidad hipertrofiada*. Normalmente, esta "*ruptura*" con la realidad exterior no es absoluta, puesto que el contacto relativo a hechos intrascendentes de la vida diaria puede estar bastante bien conservado; y sólo en los casos más graves de *estupor* se da un aislamiento absoluto.

Aparte de lo que podríamos denominar "*conducta autista*", y que acabamos de describir someramente, Bleuler habla de un "*pensamiento autista*" que se caracteriza por estar dirigido directamente por las necesidades afectivas de la persona y por la utilización, sobretodo, de símbolos, analogías, conceptos fragmentados, conexiones accidentales. Este tipo de pensamiento comporta, habitualmente, la substitución de la realidad por alucinaciones, de manera que el enfermo percibe su mundo "*fantasioso*" como real, y el mundo "*real*" como una ilusión. Situado en este punto, el paciente ya no cree en las evidencias de sus propios sentidos, de manera que aunque puede ser consciente de que los demás juzgan el entorno de forma distinta a la suya, y de que él mismo también lo ve de esta manera, desde su punto de vista no se trata de una percepción real. Según Bleuler, los rasgos de este "*pensamiento autista*" hacen que el pensamiento y la acción de estos pacientes sean independientes, debido a que no están modulados por argumentos lógicos, las opiniones generales, o elementos de adaptación.

Para el autor, la sintomatología autista puede observarse en otros trastornos, como los estados de sueño histérico, o las ilusiones del enfermo parético. Contrariamente, considera que en los pacientes epilépticos y en algunos casos de origen claramente "*orgánico*" existe un simple aislamiento, sin que esté presente el conflicto y oposición a la realidad exterior de los esquizofrénicos. Con respecto al origen del síntoma autista, cree Bleuler que el autismo es una consecuencia directa de la fragmentación, del desdoblamiento esquizofrénico de la psique, y que "*la pérdida de los procesos lógicos en la esquizofrenia provoca una exclusión de todas las asociaciones que están en conflicto con los complejos con carga emocional*" (op. cit. pág. 373).

Desde una perspectiva histórica, la introducción del concepto de autismo en el ámbito de la psiquiatría no hay que considerarla relevante solamente por el papel que jugó en el campo de la esquizofrenia adulta, sino también por la influencia que tuvo, a partir de la descripción inicial del *síndrome* autista realizada por Kanner en 1943, en la conceptualización e interpretación de este último trastorno por parte de la psicología y la psiquiatría dinámicas.

Es nuestra opinión, basada en la revisión de textos de autores de orientación psicodinámica, que muchas de las inferencias que se realizaron (y que se realizan) de la conducta de los niños y niñas con autismo constituyen muchas veces una simple transposición, parcial o total, de los conceptos expresados por Bleuler. Esas inferencias, equivocadas en gran parte (según nuestro modo de ver), contienen un error conceptual de base que consiste en una sobrevaloración de las capacidades cognitivas de muchos de los sujetos con autismo, y en concreto en el área del pensamiento simbólico que, curiosamente, ha demostrado ser – a partir de datos empíricos y experimentales– una de las más deficitarias en esta población, y con independencia del C.I. global de los sujetos. En este sentido, el hecho de atribuir, al sujeto con autismo, intenciones complejas en muchas de sus conductas, implica atribuirles también unas capacidades de representación mental de las que carecen. A modo de ejemplo, cabría añadir en este punto que, mientras que Bleuler observa una abundante sintomatología alucinatoria en las personas con esquizofrenia, existe un consenso generalizado, en el sentido de que los pacientes autistas no presentan este tipo de síntomas, precisamente, porque carecen de las cualidades mentales necesarias para poder desarrollar alucinaciones. Esta diferencia es hasta tal punto relevante que, según el DSM-IV, el diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia infantil y el trastorno autista se basa en la presencia o no de alucinaciones. Parece desprenderse, a la luz de ciertos escritos, que no se tiene debidamente en cuenta el hecho de que, con independencia de las posibles similitudes entre los síntomas conductuales de los pacientes adultos con esquizofrenia y de los niños y niñas con autismo, el desarrollo del trastorno –a partir de la pubertad en el primer caso (y después de un desarrollo psicológico sin alteraciones demasiado significativas), y desde los primeros años de vida, en el caso del autismo– es lo suficientemente distinto entre los dos síndromes, como para poder concebir una “estructura psicopatológica” bien diferenciada para cada caso.

El *síntoma autista* de los adultos con esquizofrenia implica un cierto grado de “voluntariedad” en la ruptura con el exterior; el paciente (dicho sea esto con todas las reservas) dirige hasta cierto punto este proceso de aislamiento progresivo del entorno. Por el contrario, el *síndrome autista* –con todo lo que supone de trastorno del desarrollo– representa una forma idiosincrásica global de relacionarse con el mundo exterior. El niño o niña con autismo no “busca” aislarse de los demás, la “retirada” autista no es tal, porque nunca ha estado en nuestro mundo, tal y como lo concebimos. Incluso en aquellos casos en que el autismo aparece con posterioridad a un periodo de tiempo de desarrollo aparentemente normal (autismo de aparición tardía; trastorno desintegrativo), el aislamiento y todos los demás síntomas no implican ningún grado de volición, sino que son consecuencia de la pérdida y/o alteración de toda una serie de capacidades mentales. En el *síndrome autista*, todo aquello que se interpreta como “aislamiento”, “rechazo”, “indiferencia” no es sino el resultado de un trastorno psicológico profundo y generalizado, secundario a una alteración del SNC, que altera su percepción e integración de los estímulos. No es, tal y como ya dijo hace ya algunos años el psiquiatra Josep Rom (1978) “que el niño con autismo no quiera

*estar en el mundo; es que no puede*". Esa incapacidad para establecer unas relaciones interpersonales y una comunicación normales se hace quizás más evidente en los denominados casos de "autismo de nivel alto", eso es, en aquellos niños y niñas que cumplen los criterios de autismo, pero que en los tests de inteligencia estandarizados obtienen C.I.'s dentro del rango de la normalidad. Es frecuente que estas personas, en las que se pueden observar unos intentos reales para establecer vínculos de relación con otras personas, muestren o incluso verbalicen su frustración por su falta de capacidad para ello, lo que constituye una prueba palpable de la hipótesis que defendemos.

#### DE BLEULER A KANNER

En los años 30 el concepto de esquizofrenia infantil es aceptado por amplios sectores (Brill, 1926; Kasanin y Kaufman, 1929) como una ampliación del concepto de esquizofrenia del adulto propuesta por Bleuler. No obstante, diversos autores creen que no es posible concebir una distorsión de la personalidad en un individuo cuyo desarrollo intelectual, físico y afectivo no se ha acabado aún. Para Kraepelin y Bleuler, un 5% y un 4% de los casos de esquizofrenia tienen su comienzo en la infancia y es por ello que se designa una forma mórbida caracterizada por una perturbación evolutiva grave y dominada por una modificación progresiva de la personalidad que presenta además una evolución deficitaria (Mises, 1969).

El término esquizofrenia infantil es aplicado por primera vez por Howard Potter (1933) después de recoger sus observaciones de niños de 6 a 12 años de edad y en los cuales detecta una regresión tanto a nivel intelectual como a nivel afectivo y establece una serie de criterios diagnósticos (Tabla I). Estos criterios fueron adjudicados gradualmente y de forma indiferenciada a todo tipo de psicosis sin que se estableciera un diagnóstico diferencial referido a la infancia. En los trabajos publicados por el alemán Grebelskaja (1934-35), se vislumbra el primer indicio de establecer una diferenciación en función del comienzo de las perturbaciones considerándose este hecho elemento pronóstico de primera magnitud. En el año 1937, Lutz se esfuerza por limitar el concepto de esquizofrenia infantil y propone unos criterios ciertamente estrictos mientras que los autores anglosajones diluyen dicho concepto englobando en él a niños más o menos afectados.

#### KANNER I ASPERGER

No existe ninguna duda de que la diferencia conceptual y diagnóstica del AUTISMO INFANTIL la establece Leo Kanner en el año 1943 fijando sus criterios diagnósticos (Tabla II). Casi de manera simultánea, Hans Asperger (1944) publica su definición de AUTISMO INFANTIL que denomina "*Psicopatía Autista*". Esta definición es menos conocida que la de Kanner pero es mucho más amplia dado que incluye casos que presentan serias lesiones orgánicas junto a otros casos

que rondan la normalidad. Las alteraciones comportamentales referidas por Asperger quedan reflejadas en las siguientes observaciones:

1. Mirada peculiar, no establece contacto ocular,.... parece captar los objetos con una mirada periférica.
2. Gestos y expresiones faciales pobres,... gran cantidad de movimientos estereotipados sin ningún significado.
3. La utilización del lenguaje parece siempre anormal y poco natural.
4. Los niños siguen sus propios impulsos independientemente de las exigencias del entorno.
5. No están preparados para aprender ni de los profesores ni de los adultos.
6. Presentan áreas de intereses aisladas.
7. Pueden tener una excelente capacidad para el pensamiento lógico-abstracto.
8. Hay creaciones originales de palabras.

Tanto Leo Kanner como Hans Asperger sugieren la existencia de un trastorno del contacto afectivo y de los instintos; ambos señalan la presencia de problemas en la comunicación, problemas en los procesos de adaptación y presencia de movimientos estereotipados y repetitivos. En la actualidad el término "Síndrome de Asperger" se reserva para aquellos autistas que rallan la normalidad tanto en su desarrollo intelectual como en el desarrollo del lenguaje, mientras que el "Síndrome de Kanner" se utiliza para referirse a aquellos niños que presentan los rasgos nucleares de la descripción de Kanner.

#### DE KANNER AL DSM-III (APA., 1980)

Lauretta Bender en el año 1942 ya hacía referencia a un síndrome parecido al descrito por Kanner y que agrupaba en el apartado de las esquizofrenias infantiles como una entidad clínica que se presentaba antes de los 11 años de edad y que revelaba una patología a todos los niveles. Más adelante, en los años 1947 y 1955, la autora establece diferencias importantes y marca dos grandes tipos de trastornos: los trastornos pseudodefectuosos con inicio anterior a los 3 años de edad y denominado también AUTISMO REGRESIVO, y el tipo pseudopsicopático con un comienzo en la adolescencia. Para la escuela psicoanalítica, la oposición entre esquizofrenia y trastorno mental o encefalopatía debe de ser superado. Lebovici y Diatkine, admiten que los estados psicóticos de la infancia tienen su base en la encefalopatía sin que exista relación causa-efecto entre éstas y las psicosis infantiles. Para estos autores las dificultades del desarrollo favorecen las perturbaciones del desarrollo objetal. Los autores franceses como Ajuriaguerra son los que empiezan a hablar de psicosis infantiles dejando ya la denominación de Esquizofrenia.

La contribución original de Kanner fue seguida por Mahler (1952) que introdujo el concepto de psicosis simbiótica para categorizar un grupo de niños que presentaban una sintomatología centrada en un esfuerzo desesperado de prevenir la ansiedad (Tabla III), y que a la vez manifestaban los síntomas clásicos de las psicosis autistas (AUTISMO).

Despert (1952) define la esquizofrenia infantil como un proceso de enfermedad en el cual la pérdida del contacto afectivo coincide o es determinada por la aparición del pensamiento autista y se acompaña de fenómenos regresivos y disociativos. Rank (1955), describe un grupo de niños con un comportamiento parecido a los niños descritos por Kanner que muestran un desarrollo atípico con perturbaciones severas del desarrollo precoz y descritos como enfermedad de Heller, psicosis infantil, esquizofrenia infantil, AUTISMO o deficiencia. En el año 1956 Kanner y Eisenberg, revisan 120 casos de niños diagnosticados de autismo y reducen las características descriptivas del AUTISMO a 5 puntos (Tabla IV). Al año siguiente, Heuyer (1957) define el AUTISMO como una psicosis crónica no demencial y primitivamente caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad y por la contribución de una organización artística marcada por fenómenos específicos de regresión y disociación. Anthony (1958), desde sus trabajos clínicos y psicoanalíticos establece dos tipos de AUTISMO como si de dos modalidades de psicosis se tratara: el primer tipo se caracterizaba por su inicio des del mismo momento del nacimiento, y el segundo tipo se caracterizaba por una respuesta de huida y un replegarse ante los estímulos del mundo, este segundo tipo se presenta después de un período normal de desarrollo.

Golfard (1961, 1964) utiliza el término de esquizofrenia infantil identificando dos categorías, la orgánica y la no-orgánica. Sus criterios diagnósticos no se establecen de manera clara ni objetiva, no obstante cabe mencionar las referencias a las relaciones interpersonales, la resistencia al cambio, un alto nivel de ansiedad, dificultades perceptivas, problemas de comunicación, movilidad extremada, preocupaciones inusuales y en algunos casos, un severo retraso mental. Creak (1961), elabora una terminología precisa para el diagnóstico del AUTISMO dando una definición que intenta poner fin a las disputas en la terminología usada para describir las psicosis de Kanner (1943), Mahler (1952) y Bender (1958). Los puntos de Creak están clasificados jerárquicamente en base a la importancia del síntoma y a la frecuencia de su presentación (Tabla V). Diatkine (1962), describe dos tipos distintos del mismo trastorno: El autismo de Kanner, las psicosis precoces y las prepsicosis.

Rutter y Lockyer (1967), revisan y critican los nueve puntos de Creak (1961) y proponen nuevos criterios para el diagnóstico. Señalan que la mayor parte de estos niños presentan problemas muy serios en la comunicación y muy pocos son capaces de desarrollar el uso de la palabra, tienen una preocupación mórbida hacia determinados objetos o actividades que revisten características obsesivas; una resistencia inflexible a los cambios; hiperactividad y rituales muy particulares; aparente fracaso para reaccionar a los sonidos o al contrario, una hipersensibilidad aumentada; comportamientos autoagresivos; problemas frecuentes en la alimentación y el sueño. La aparición de toda esta sintomatología frecuentemente, se da en los primeros años de vida y no tiene porqué ser evidentes las lesiones cerebrales. Ornitz y Ritvo (1968), después de haber revisado de manera exhaustiva la literatura referente al tema, proponen concebir el AUTISMO como un síndrome específico de desarrollo anormal que puede definirse mediante patrones de comportamiento observables que forman agrupaciones de síntomas

en áreas concretas (Tabla VI). Este mismo año Lang aporta la noción de disarmonía evolutiva y de parapsicosis. Rendle - Short (1969), elaboran unos nuevos criterios para el AUTISMO (Tabla VII) y este mismo año Clancy y sus colaboradores proponen una escala de catorce puntos en la que se reagrupan los síntomas del AUTISMO (Tabla VIII).

Al iniciar la década de los años setenta, Rutter (1970) asegura que es necesario hallar aquellos síntomas que son presentes en todos los niños diagnosticados de AUTISMO y cuáles son los síntomas relativamente presentes. En la primera edición del manual de psiquiatría infantil Ajuriaguerra (1970), define la psicosis del niño como un trastorno de la personalidad que dependerá de un trastorno en la organización del YO y de la relación del niño con el medio ambiente (Tabla IX). "The Medical Research Council Developmental Psychology Unit London" (Hermelin y O'Connor, 1970), publica los cuatro criterios básicos del AUTISMO (Tabla X). Este mismo año, Mises y Moniot retoman las psicosis autistas y son los primeros en describir la psicosis de expresión deficitaria y las desarmonías evolutivas de estructura psicótica. Duche y Stork (1971), hablan del AUTISMO infantil y de las psicosis del desarrollo. Una vez más, la disparidad criterial y conceptual es evidente y es corroborada por Kanner (1972) en una breve revisión histórica que realizó sobre el síndrome autista. Rutter (1972), publica una importante aportación teórica en el artículo "*Childhood Schizophrenia Reconsidered*", en el cual describe los problemas que implica el diagnóstico y la confusión existente en torno a la esquizofrenia infantil y el autismo. Para Rutter no es posible utilizar únicamente el criterio etológico para clasificar las psicosis infantiles y por este motivo propone un sistema multiaxial en el cual el primer eje hace referencia a la clínica del síndrome psiquiátrico, el segundo eje se refiere al nivel intelectual, el tercer eje a los factores etimológicos y el cuarto eje hace referencia a los factores psicosociales asociados. Este mismo año, Tustin bajo el punto de vista psicoanalítico establece cuatro tipos diferentes de AUTISMO infantil: El autismo primario normal (APN), Autismo primario anormal (APA), Autismo secundario encapsulado (ASE) y Autismo secundario regresivo (ASR). En el año 1977 "The National Society for Autism children" adopta una definición formal del síndrome autista (Ritvo y Freeman, 1977,1978), esta definición proporciona una descripción clínica del síndrome con gran detalle y establece los criterios que son condición necesaria y suficiente para formular el diagnóstico de AUTISMO (Tabla XI). La OMS, por su parte más que señalar unos criterios diagnósticos capitales refiere una definición: "*El síndrome autista incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o que se inicia casi de manera invariable durante los primeros 30 meses de vida; las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y ordinariamente se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje, y en el caso de que el lenguaje se desarrolle éste de caracterizará por la presencia de ecolalia, inversión de los pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad de usar términos abstractos. Generalmente existe un deterioro en el uso social del lenguaje verbal y gestual. Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo del contacto ocular en las relaciones sociales y en el*

*juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista que puede incluir rutinas anormales, resistencia a los cambios, apego extravagante a los objetos y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico aparece disminuida. El índice de capacidad intelectual va desde un retraso severo a una capacidad normal. La situación suele ser mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria y con las habilidades espacio-visuales"* (ICD-9, 1977). En el año 1977 se publican los criterios de "UCLA Autism Project" (Lovaas) definidos en 6 puntos (Tabla XII) y Coleman (1978) plantea sus propios criterios y los divide en aquellos que considera fundamentales y los que considera accidentales. Wing y Gould (1979) definen "The Autism Continuum" (Tabla XIV).

#### DEL DSM-III AL DSM-III-R

No es sorprendente que a lo largo de la historia haya variado el concepto del AUTISMO y el foco de atención. Cuando el AUTISMO se considera psicosis infantil, se centraba la atención en los problemas conductuales. Los clínicos y los investigadores comienzan a apreciar la importancia de los déficits cognitivos, de los problemas del lenguaje y de los problemas en el desarrollo social. Es por esta razón que los dos grandes sistemas de clasificación (OMS y APA) han tendido a concentrar en cuatro juegos los criterios diagnósticos (DSM-III, APA 1980) (Tabla XV). El grupo de trabajo que elaboró la clasificación del DFISM-III buscaba reflejar el estado de los conocimientos y de los datos obtenidos en las investigaciones contemporáneas en el dominio de los trastornos mentales; una de las principales preocupaciones de dichos autores fue el hecho de abandonar las posibles especulaciones tradicionales referidas a los conceptos nosológicos de la psiquiatría. Se escogió el término de Afección mental debido a que muchas de las categorías nosográficas psiquiátricas, como el AUTISMO, no obedecían a criterios estrictos de la definición anatómico-clínica de la enfermedad.

Las afecciones mentales son concebidas por el DSM-III y el DSM-III-R como un síndrome o patrón de síntomas que tienen una expresión clínica y se asocian a un estado de destreza o incapacidad en multitud de dominios funcionales y que implican un riesgo significativamente creciente de incapacidad o de pérdida de libertad. Las afecciones mentales pueden ser provocadas por muchos factores que conllevan a un disfuncionamiento biológico, psicológico o comportamental. El DSM-III al contrario de otras clasificaciones psiquiátricas anteriores, no postula que cada una de las afecciones mentales sea una entidad discreta con unos límites definidos y con una discontinuidad con otras afecciones mentales o con la propia normalidad. En el AUTISMO esta reserva de asignación de unos límites rígidos de la entidad clínica parece muy conveniente ya que los datos aportados por los clínicos indican que la expresión del AUTISMO es variable de un sujeto a otro; las alteraciones asociadas también son muy diversas; el síndrome autista cambia presentando multitud de gradaciones dependiendo de los individuos, de la edad del desarrollo y de la edad cronológica y, finalmente la categoría AUTISMO

no es un paso exclusivo sino todo lo contrario. Las clasificaciones psiquiátricas anteriores al DSM-III eran especulativas y tendían a atribuir el origen de todas las afecciones comportamentales a un número muy limitado de causas, en general de naturaleza psicosocial (Jané, 1993).

El DSM-III incluye el AUTISMO en la categoría de las afecciones generales del desarrollo. El término "*Afección General del Desarrollo*" ha sido escogido porque describe mejor las perturbaciones clínicas centrales de numerosos sectores del desarrollo psicológico junto a otros rasgos severos (DSM-III, pp 96). Las Afecciones Generales del Desarrollo se caracterizan por un déficit cualitativo del desarrollo de la sociabilidad, de la comunicación no verbal y verbal y de las funciones simbólicas e imaginativas. Estas afecciones comportan a menudo limitaciones en el repertorio de actividades y de intereses, los cuales son a menudo, estereotipadas y repetitivas. La adquisición de diferentes aptitudes psicológicas puede ser retardada o desviada. Por otro lado, las Afecciones Generales del Desarrollo y el Retraso Mental a menudo van unidas. Durante mucho tiempo, distintas corrientes de la psiquiatría han considerado el AUTISMO y la Deficiencia Mental como dos categorías antinómicas. A partir del DSM-III, las Afecciones Generales del Desarrollo pueden ser clasificadas como: Autismo Infantil, Autismo infantil con presencia del síndrome completo, Autismo infantil en estado residual, Afección General del Desarrollo iniciado en la infancia con presencia del síndrome completo, en estado residual o Afección atípica del desarrollo.

Existen también definiciones del AUTISMO con instrucciones no operacionlizadas a las cuales les falta una validez predictiva y descriptiva que falla en el momento de diferenciar los criterios de los cambios debidos al desarrollo. Este aspecto fue explicado en parte por "*The Workshop on the Diagnosis of Autism and related Disorders*" (1983) refiriéndose a un grupo interdisciplinario de investigadores que querían hallar la línea base para sus trabajos. El año 1986, Denckla publica sus criterios basados en tres puntos fundamentales: Deterioro social, retraso y desviaciones en el lenguaje y repeticiones estereotipadas o conductas rituales.

En el año 1987, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica la revisión del DSM-III, el DSM-III-R (Tabla XVI). Según Volkmar, Bregman, Cohen et al. (1988) el DSM-III-R complica el diagnóstico del AUTISMO al admitir la degradación de la conducta del individuo autista. La definición del DSM-III-R era más inclusiva y por lo tanto podía ser útil en el caso de que se buscara la definición clara de sus términos aunque podía tener el defecto negativo de incluir en la definición posibles falsos positivos. El DSM-III-R es mucho más concreto que el DSM-III y aporta la gran novedad de la necesidad de definir los déficits en relación a la edad mental del sujeto y a su desarrollo cualitativo. El DSM-III-R presenta también un aspecto criticable al eliminar como criterio la edad de comienzo de la afección autista. El síndrome de Kanner (DSM-III) , en realidad es un pequeño segmento de un gran espectro de desórdenes y el DSM-III-R al ser más inclusivo los tiene en cuenta y a la vez es capaz de diferenciar el Retraso Mental de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (Afección General del Desarrollo).

La décima revisión de la Clasificación Internacional de la Salud (ICD-10, 1987) es mucho más especificada no solamente en sus conceptos sino también en los criterios diagnósticos mucho más precisos. La ICD-10 es descriptiva y no marca los límites claros de lo que hay que cumplir para recibir un determinado diagnóstico. En cambio, presenta un conjunto de criterios adicionales muy útiles en el momento de describir las conductas de los individuos.

#### DEL DSM-III-R AL DSM-IV

En el año 1988 se publica la definición operacional del diagnóstico de Bryson que presenta tres puntos fundamentales: Deterioro social, deterioro del lenguaje y conductas repetitivas. Cialdella y Mabelle (1989) presentan el listado de sintomatología del autismo (Tabla XVII) . Al año siguiente, Gillberg y Coleman (1989) publican los criterios que consideran básicos para el diagnóstico del autismo (Tabla XVIII) en los cuales aportan la novedad de tener que considerar un desfase en el desarrollo cognitivo del niño.

En la actualidad no se puede dudar de que el AUTISMO constituye un síndrome psiquiátrico válido y diferenciado aunque se mantienen controversias respecto a los problemas de la interacción social, las conductas verbales y no verbales, la edad de inicio como posible criterio diagnóstico y el papel del Coeficiente Intelectual en el diagnóstico del AUTISMO.

En el DSM-IV (APA, 1994), no se habla de autismo atípico o de autismo en estado residual y se apunta hacia el diagnóstico diferencial del resto de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, con lo cual parece que los criterios del DSM-IV se convierten en un instrumento mucho más objetivo y diferenciador. Por otro lado, el DSM-IV tiene en cuenta el nivel de desarrollo mental así como la degradación de la conducta en los autistas pre-adolescentes y adolescentes.

#### CONCLUSIONES

En esta revisión histórica del concepto de AUTISMO se pone de manifiesto la necesidad de integrar distintas disciplinas para poder llegar a entender qué es en realidad el AUTISMO. Se ha constatado que el origen de la utilización de la palabra AUTISMO se halla en la definición de esquizofrenia de Bleuler y que a partir de esta fecha el AUTISMO es definido como una esquizofrenia, una psicosis, una demencia precoz hasta llegar a la década de los años 80 donde el AUTISMO es considerado ya como un síndrome psiquiátrico específico y es clasificado en el apartado de los Trastornos generalizados del Desarrollo. Actualmente el enigma del AUTISMO continúa y los trabajos más recientes apuntan a la necesidad de poder realizar una subclasificación del síndrome autista en base a distintas y variadas etiologías.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1970). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3r. Edic. revised. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: APA.
- Anthony, E.J. (1958). An etiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood. *Revue de Psychiatrie Infantile*, 25, 89-96.
- Asperger, H. (1944). Die autistischen psychopathen im kindersalter. *Aechv. Für Psychiatrie und Nervenkrankheim* 117, 76-136.
- Bender, L. (1942). Childhood schizophrenia. *Nervous Child*, 1, 138-140.
- Bender, L. (1947). Childhood schizophrenia: A clinical study of 100 schizophrenic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17, 40-56.
- Bender, L. (1951). Twenty years of clinical research in schizophrenic children with special reference to those under six years of age. En G. Caplan (Ed.), *Emotional problems of early childhood*, (pp. 503-515). London: Tavistock.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenics*. Nueva York: International Universities Press. (versión original en alemán de 1913).
- Brayson, S. (1988). First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 433-445.
- Brill, A.A.(1926). Psychotic children: Treatment and prophylaxis. *American Journal of Psychiatry*, 5, 357-364.
- Camerarius, PH.(1602). *Operae novarum subsisvarum sive meditationes historiae auctiares*. Franconfurti I, 343.
- Challis, N. y Dewey, H.(1974). The blessed fools of Old Russia. *Jahrbücher für geschichte osteuropas*, 22 , 1-11.
- Cialdelle, Ph., Mamelle, N. (1989). An epidemiological study of infantile autism in French department (Rhône): A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 165-175.
- Clancy H., Dugdale A., Rendle-Short J. (1969). The diagnosis of infantil autism. *Developmental Medicine a Child Neurology*, 11, 432-436.
- Coleman, RW. y col. (1978). *A report on the autistic syndromes*. New York: Plenum Press.
- Creak, EM. (1963). Childhood psychosis: A review of the 100 cases. *British Journal of Psychiatry*, 109, 84-89.
- Denckla, MB. (1986). New diagnostic criteria for autism and retarded behavior disorders: Guidelines for research protocols. *American Academy of Child Psychiatry*.
- Despert, JL. (1952). Some considerations relating to the genesis of autistic behavior children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 335-350.
- Diatkine, R. (1962). L'enfant prépsychotique. *Psych. Enf.*, 12, 413-446.
- Duche, DJ., Stork M. (1971). Psychoses et schizophrénies infantiles. *EMC. Pediatric*, 4101, 10.

- Frith, U.(1991). *Autismo*. Madrid: Alianza.
- Goldfarb, W. (1961). *Childhood schizophrenia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Grebelskaja, G. (1934). Zur klinic der schizophrenie des frühen kindersalters (I). *Arch. Neurol. Und Psychiatr.*, 34, 244-253.
- Grebelskaja, G. (1935). Zur klinic der schizophrenie des frühen kindersalters (II). *Arch. Neurol. Und Psychiatr.*, 35, 30-40.
- Hermelin, B. y O'connor, N. (1970). *Psychological experiments with autistic children*. Oxford: Pergamon.
- Heuyer (1957). En Messerschmitt (De.). *Clinique des syndromes autistiques*, (pp.11-17). Paris: Maloine, 1990.
- Jané, Mc. (1993). *Escala d'Avaluació dels Trets Autistes (ATA)*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kanner, L.(1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Children*, 2, 117-150.
- Kanner, L., Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism: 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry.*, 26, 55-65.
- Kanner, L. (1970). How far can autistic children go in matters of social adaptation. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 9-34.
- Kasanin, J., Kaufman, MR.(1929). A study of the functional psychoses in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 9, 307-384.
- Lovaas, OI. (1977). Parents as therapist. En Rutter M., Schopler E. (De.), *Autism*. New York: Plenum Press.
- Lutz (1937). Ver DJ. Duché (1990). Autisme infantile et psychoses infantiles précoces. Histoire et évolution des idées. En P. Messerschmitt (Ed.), *Clinique des syndromes autistiques*, (pp.11-17). Paris: Maloine
- Mahler, MS. (1958). Autisme and symbiosis, two extreme disturbances of identify. *Int. J.Psychoanal.*, 39,77-83.
- Mazet, PH. Y Houzel, D. (1979). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine.
- Mises, R.(1969). Psychoses de l'enfant. *Confrontations Psychiatriques*, 3, 12.
- Mises, R. y Moniot, R. (1970). Les Psychoses Infantiles. *EMC. Psychiatrie*, 37, 299.
- Ornitz, EM. y Ritvo, ER. (1968). Perceptual inconstancy in the syndrome of early infantil autism and its variants. *Archives Generales of Psychiatry* 18, 76-98.
- Polaino-Lorente, A. ( 1977). En qué consiste el autismo infantil. En A. Polaino-Lorente, E. Domènech-Llabería y F. Cuxart (Ed.), *El impacto del niño autista en la familia*, (pp.15-28). Universidad de Navarra: Rialp SA.
- Potter, HM. (1933). Schizophrenia in children. *American Journal of Psychiatry*, 12, 1253-1270.
- Rank, B. (1955). Intensive study and treatment of preschool children who show marked personality deviations or atypical development and their parents. En G. Caplan (De.). *Emotional problems of early childhood*. New York: Basic Books.
- Rendle-Short, J. (1969). Infantile autism in Australia. *Medical Journal of Australia*, 2, 245-249.

- Ritvo, ER. y Freeman, BJ. (1978). Current research of the syndrom of autism. *Journal of American Academy of Childhood Psychiatry*, 17, 565-575.
- Rom, J. (1979). Impresiones personales sobre la situación actual del autismo infantil. En APNA-SEREM Eds), *Autismo infantil (Actas del I Simposio Internacional de Autismo)*. Madrid. Departamento de estudios y publicaciones del SEREM.
- Rutter, M., Lockyer (1967). En Polaino-Lorente A. (De.), *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid: Alianza Universidad, 1982.
- Rutter, M. (1970). Autistic children: Infancy to childhood. *Seminars in Psychiatry*, 2, 435-450.
- Rutter, M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Childhood schizophrenia*, 2, 315-337.
- Tulp, N.(1672). Ver Domènech-Llaberia E. (1990). *El desenvolupament de la psiquiatria del segle XIX. Escrito no publicado. UAB*.
- Tustin, F.(1977). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Paidós.
- Volkmar, FR., Bregman J., Cohen, DJ., Cicchetti, DV. (1988). DSM-III and DSM-III-R diagnosis of autism. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1404-1408.
- Wing, L., Gould (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 9, 11-29.
- Wintner, L.(1919). Citado en Wing L.(1985). *La educación del niño autista: guía para padres y maestros*. Barcelona: Paidós.
- World Health Organization (1978). *International classification of diseases (ICD-9)*(9 Th.ed.). Geneva: WHO.
- World Health Organization (1987). *ICD-10. Draft of chapter V, mental behavioral disorders*. Geneva: WHO.

ANEXO

**Tabla I.- Criterios de Potter**

1. Una retracción generalizada de los intereses hacia el medio.
2. Pensamientos, creencias i comportamientos irreales.
3. Trastornos del pensamiento manifestados en el bloqueo, condensación, perseverancia, incoherencia i disminución de la palabra hasta llegar en algunos casos al AUTISMO.
4. Dificultad para establecer relaciones emocionales y afectivas.
5. Disminución, rigidez y distorsión de los afectos.
6. Alteraciones del comportamiento, movilidad incrementada, actividad incesante o al contrario, disminución de la actividad hasta llegar incluso a la inmovilidad total.

**Tabla II.- Criterios de Kanner (1943)**

1. Incapacidad para establecer relaciones con otras personas.
2. Retraso importante en la adquisición del lenguaje.
3. Utilización no comunicativa del habla en caso de adquirirla.
4. Ecolalia retardada.
5. Inversión pronominal.
6. Actividades de juego estereotipadas y repetitivas.
7. Insistencia obsesiva en la preservación de la identidad.
8. Falta de imaginación.
9. Buena memoria mecánica y buen potencial cognitivo.
10. Aspecto físico normal.
11. Anormalidades evidentes en la primera infancia.
12. Padres inteligentes, obsesivos y fríos.

**Tabla III.- Psicosis Simbiótica (Mahler, 1952)**

1. Los comportamientos desviados pueden o no estar presentes el primer año de vida, en el caso de que estén presentes se traducen en trastornos del sueño.
2. Entre los 2 y 3 años, el niño presenta graves problemas en el momento de separarse de la madre.
3. Entre los 2 y los 3 años de edad aparece la ansiedad de separación y las crisis de pánico.
4. El niño fija de manera exagerada su atención en partes determinadas del cuerpo.
5. El niño se deja llevar por la impulsividad.

**Tabla IV.- Criterios de Kanner y Eisenberg (1956)**

1. Desinterés extremo por las relaciones humanas.
2. Incapacidad de utilizar el lenguaje con propósito comunicativo.
3. Deseo ansioso-obsesivo de mantener las cosas sin cambiar.
4. Fascinación por los objetos.
5. Buenos potenciales cognitivos.

**Tabla V.- Criterios de Creak (1961)**

1. Deterioro global y duradero de la relación afectiva con el entorno humano.
2. Ausencia de consciencia de sí mismo.
3. Preocupaciones patológicas por objetos muy particulares.
4. Resistencia mantenida a cualquier tipo de cambio.
5. Perturbación de las capacidades perceptivas.
6. Ansiedad violenta, excesiva y aparentemente ilógica.
7. Carencia o pérdida del lenguaje adquirido.
8. Cierta distorsión en las actitudes y los comportamientos.
9. Todos los signos anteriores se observan en un contexto con un retraso motor severo y unas capacidades intelectuales inferiores a las normales.

**Tabla VI.- Criterios de Ornitz y Ritvo (1968)**

1. Integración perceptiva.
2. Patrones de movilidad.
3. Capacidad de relacionarse.
4. Lenguaje.
5. Nivel de desarrollo.

**Tabla VII.- Criterios de Rendle y Short (1969)**

1. Sube el límite de sensibilidad ante situaciones peligrosas.
2. Muecas abundantes.
3. Hiperactividad.
4. Risa estereotipada sin conexión con la situación.
5. Dificultades para jugar con otros niños.
6. No responden a los estímulos familiares.
7. Gran resistencia al aprendizaje.

**Tabla VIII.- Criterios de Clancy (1969)**

1. Gran dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.
2. Se comporta como si fuera sordo.
3. Fuerte resistencia a cualquier aprendizaje.
4. Ausencia de miedo ante el peligro real.
5. Resistencia a los cambios de hábitos.
6. Prefiere señalar sus necesidades por gestos.
7. Ríe o sonríe sin razón aparente.
8. No es cariñoso como un niño normal.
9. Marcada hiperactividad física.
10. Evita la mirada. Ausencia del contacto ocular.
11. Apego extraño a los objetos.
12. Hace girar los objetos.
13. Actividad inadecuada, repetitiva y extraña.
14. Actitud altiva.

**Tabla IX.- Criterios de Ajuriagueraa (1970)**

1. Comportamiento inapropiado de cara a la realidad.
2. Restricción de las posibilidades de utilización de los objetos.
3. Problemas cognitivos, afectivos y de la actividad.
4. Vida fantástica pobre o del tipo mágico alucinatorio.
5. Actitud demasiado abstracta o demasiado concreta que limita el pensamiento.
6. Comunicación restringida o distorsionada.
7. Relación inadecuada con las otras personas.

**Tabla X.- Criterios de Hermelin y O'Connor (1970)**

1. Anormalidades en la percepción auditiva y del lenguaje.
2. Anormalidades del control motor.
3. Anormalidades de la percepción visual y de la imitación.
4. Anormalidades de las relaciones sociales y del juego.

**Tabla XI.-Criterios de Ritvo y Freeman (1977)**

1. Los síntomas aparecen antes de los 30 meses.
2. Trastornos característicos del desarrollo.
3. Trastornos característicos de la respuesta a los estímulos.
4. Trastornos del habla, del lenguaje y la cognición.

**Tabla XII.-Criterios de Lovaas (1977)**

1. Deficiencia en el lenguaje expresivo y receptivo.
2. Aparente déficit sensorial.
3. Aislamiento severo.
4. Conductas autoestimulativas.
5. Ausencia o mínima presencia de conductas de socialización.
6. En algunos niños, autodestrucción.

**Tabla XIII.-Criterios de Coleman (1978)**

- A. Criterios esenciales.
  1. Aparece antes de los 30 meses.
  2. Incapacidad de relacionarse con otras personas.
  3. Retraso en la adquisición del lenguaje.
- B. Criterios sintomatología accidental.
  1. Conducta compulsiva ritual.
  2. Estereotipias y alteraciones motrices.
  3. Respuesta anormales a los estímulos.
  4. Persistencia de funciones normales en algunas áreas.

**Tabla XIV.-Criterios de Wing y Gould (1979)**

1. Problemas de la interacción social.
2. Problemas de la comunicación.
3. Problemas del desarrollo imaginativo.
4. Actitudes repetitivas y estereotipadas.
5. Anomalías asociadas:
  - \* Lenguaje.
  - \* Coordinación motriz.
  - \* Respuesta a los estímulos sensoriales.
  - \* Conductas cognitivas.
  - \* Problemas conductuales.
  - \* Problemas psiquiátricos.

**Tabla XV.-DSM-III (1980)**

1. Inicio del trastorno antes de los 30 meses.
2. Clara falta de respuesta ante las personas.
3. Déficits graves en el desarrollo del lenguaje y la comunicación.
4. Respuestas absurdas a diferentes estímulos del ambiente.

**Tabla XVI.-DSM-III-R (1987)**

1. Deterioro cualitativo de la interacción social.
2. Deterioro cualitativo de la comunicación verbal y no verbal.
3. Marcada restricción del repertorio de actividades e intereses.

**Tabla XVII.-Cialdella y Marnelle (1989)**

1. Desórdenes del lenguaje. Lenguaje particular.
2. Hiperactividad, inquietud, insomnio.
3. Autoagresiones.
4. Rabietas, pataletas y ataques de pánico.
5. Humor depresivo o maniaco.
6. Discordancias afectivas. Desórdenes del pensamiento.
7. Carencia de identidad.
8. Estereotipias.
9. Hipoactividad.
10. Hipotimia axial.
11. Alucinaciones.
12. Falta de contacto ocular.
13. Fobias atípicas.
14. Deterioro de las relaciones.
15. Falta de ajuste postural.
16. Indiferencia afectiva.
17. Soledad.
18. Reactividad auditiva anormal.
19. Trastornos alimentarios.
20. Cara o facciones simbióticas.
21. Agresividad.
22. Evitación del rostro.
23. Trastornos del sueño.
24. Reactividad visual anormal.

**Tabla XVIII.-Gillberg y Coleman (1989)**

1. Aparición precoz (antes de los 30 meses).
2. Graves trastornos de la relación social.
3. Anomalías en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje.
4. Rutinas repetitivas y elaboradas.
5. Respuesta anormal a los estímulos sensoriales.