

# PREDIAGNÓSTICO DEL AUTISMO COMO ELEMENTO DE PREVENCIÓN

## Resumen

El artículo analiza las formas tradicionales de diagnóstico del autismo (Sarason y Sarason, 1986; DSM- 4 y el CIÉ 10), cuyo perfil tiende a realizarlo tardíamente, es decir, alrededor de los 4-5 años de vida del niño, lo que implica una pérdida de tiempo vital para el proceso terapéutico.

Como alternativa, se propone la detección de indicadores que se manifiestan alrededor de los seis primeros meses de vida, que muestran claramente la anormalidad en el desarrollo del infante y basados en el concepto de la funcionalidad de la conducta.

Rodrigo Rodas V.  
Director del Centro Desarrollo Integral del  
Niño Autista  
Facultad de Psicología -DINA-  
Universidad de Manizales

Desde que el Autismo fué descrito por Kanner en 1943 se ha venido realizando una serie de escalas para su descripción y diagnóstico. Sarason y Sarason (1986) muestran los patrones conductuales más frecuentemente usados para su diagnóstico:

1. Gran dificultad para mezclarse y/o jugar con otros niños.
2. Actúan como si fueran sordos: no reaccionan ante palabras o sonidos.
3. Fuerte resistencia a cualquier aprendizaje, ya sea de nuevas conductas o habilidades.
4. Falta de temor ante los peligros reales; parece que no aprendieran a discriminar situaciones en donde su integridad corre peligro.
5. Se resisten a los cambios en la rutina. Los cambios por pequeños que sean, pueden producirles una angustia aguda, excesiva y aparentemente ilógica; los puede alterar un juguete nuevo o el cambio de hábitos alimenticios.
6. Prefieren indicar sus necesidades por medio de gestos, aunque el habla puede o no estar presente.
7. Sus emociones se expresan en forma anormal: sin razón aparente se ríen o pueden lanzar gritos.
8. Los bebés no se prestan a que los arrullen en los brazos; se mantienen erguidos y tiesos, o se desploman flácidamente.
9. En ocasiones, un notable exceso de actividad física: el niño puede despertarse y jugar durante horas en la noche y, sin embargo, estar lleno de energía al día siguiente.
10. Normalmente no miran de frente: tienen una persistente tendencia a mirar hacia otro lado o a voltearse, especialmente cuando se les dirige la palabra.
11. Se interesan fácilmente en los detalles de ciertos objetos, pero no les preocupa su verdadero uso.
12. Hacen girar con especial habilidad ciertos objetos especialmente los redondos, y/o se dedican en forma prolongada y repetitiva a hacer cosas curiosas como agitar pedazos de tela o hacer sonar un objeto.
13. Sus modales son fríos y reservados; tienen poca comunicación con los demás y los tratan más como objetos que como personas.

La Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-IV (1995; p.p. 74-75), propone un diagnóstico en muchos aspectos similar al anterior y similares al CIÉ 10).

"A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
  - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
  - (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
  - (d) falta de reciprocidad social o emocional
- (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
  - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
  - (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
- Prediagnóstico del Autismo como Elemento de Prevención

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por parte de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett  
O de un trastorno desintegrativo infantil.

Los indicadores del autismo parecen estar bastante claros y son comunes a los diferentes enfoques que ha tenido el autismo; hoy en día se tiende a clasificar el autismo como leve, moderado y profundo, sin mayor claridad en cuanto a si se trata de la cantidad de indicadores o a la frecuencia de la conducta implícita en cada uno de los indicadores que presenta el autista; este último aspecto, requiere de más

investigación y propuestas innovadoras.

El hecho de que actualmente se haga el diagnóstico del autismo con base en una serie de indicadores (que es lo usual desde el punto de vista médico) lleva al problema del concepto que se tenga de la psicopatología: si se considera que la conducta anormal es un problema de cantidad y no de calidad, los indicadores deberían estar reflejados en una frecuencia o duración de esos indicadores y no quedarse en su sola presencia o Prediagnóstico del Autismo como Elemento de Prevención

Ausencia. Además, el diagnóstico debería ser parte integral del proceso terapéutico y no una fase del proceso: el diagnóstico se debe concebir como una evaluación continua del proceso que debe ser reorientado en la búsqueda de las metas terapéuticas propuestas y no simplemente, una rotulación del individuo que terapéuticamente no lleva a nada, por la gran variedad comportamental que se observa en el autismo y por la insuficiente claridad en su etiología.

La inmensa mayoría de los autores igualmente coinciden en que el autismo se manifiesta antes de los 30 meses de vida, que estadísticamente cuando es puro, se dan 4 casos por cada 10.000 habitantes (cuando se encuentra asociado con retardo mental, la incidencia es de 21 casos por cada 10.000 habitantes), y que la frecuencia es mayor en hombres que en mujeres, en una proporción de 3 a 1 (Vallejo, 1991).

Las conductas autistas se pueden reagrupar en cuatro grandes categorías:

1. Emisión deficitaria y no funcional de las conductas sociales.
2. La conducta general no es funcional con el medio.
3. La afectividad es cambiante y sin relación funcional con el medio.
4. El lenguaje no es funcional.

Cuando se emplea el término "funcional" se quiere decir que la conducta aparentemente no logra o no tiene un objetivo definido respecto al medio, o que no obedece a los estímulos del medio ambiente, lo que hace que la conducta autista muchas veces sea considerada como impredecible para un agente no contextualizado con el caso específico.

Es evidente que las conductas diagnósticas mencionadas anteriormente, en su mayoría implican el uso de escalas de desarrollo que van más allá de los 30 meses de vida y que, por lo tanto, el diagnóstico NORMALMENTE SERA TARDÍO (Rodas, 1993, encuentra que en nuestro medio, el autismo es diagnosticado alrededor de los 5 años de vida); y también sabemos que la demora en el inicio del tratamiento incide directamente en las posibilidades terapéuticas.

Partiendo de la concepción del Modelo Secuencial Integrativo (Fernández y Carroble, 1984), se cree que el niño nace con una predisposición orgánica hacia el autismo, que se va desarrollando en la relación con su medio y su propia conducta. Esto se observa al analizar los niveles de Desarrollo de los niños, en los que encontramos "saltos" (el niño presenta conductas avanzadas en ciertas áreas, pero no muestra las prerrequisitos de ellas), o al tratar de explicar los déficits.

Consideramos que el ambiente en que se desarrolla el niño determina las características de su conducta autista; más aún: el niño manifiesta cierto nivel de conductas dependiendo de las personas con que se encuentra en un momento dado. Así el ambiente, las personas que tratan con el niño, se convierten en eventos discriminativos y reforzantes de la conducta patológica, INCREMENTÁNDOLA O MANTIENIENDOLA.

Lo anterior se hace más grave cuando la detección del autismo se realiza

tardíamente, hacia los dos o más años de vida, lo que desafortunadamente es lo usual.

El sólo hecho del diagnóstico tardío implica una historia de reforzamiento mucho más compleja y, por lo tanto, la reducción de conductas o creación de nuevas, se hace más difícil.

La demora en establecer el autismo se debe en gran parte al desconocimiento que tienen los especiales del área de la salud sobre la misma patología. Para muchos de ellos, las muestras de retardo o las desviaciones del desarrollo normal, obedecen a las diferencias individuales y no al comienzo incipiente de una patología más grave que el medio y las expectativas del mismo pueden acabar de generar.

Otro problema real que se presenta es el tratar de reconstruir el COMO HA EVOLUCIONADO la conducta del autista, sobre todo cuando los informantes son padres confusos por la misma problemática que manejan y desconocedores de cómo es el desarrollo normal de un niño.

A pesar de las dificultades en la reconstrucción de las historias, se ha encontrado con cierta frecuencia varios indicadores en el desarrollo que nos pueden alertar sobre la posibilidad de la patología:

La no localización de las fuentes de estimulación

La ausencia de la sonrisa social

Cierta indiferencia al contacto físico

4. Ausencia del balbuceo

Lo normal en el desarrollo es que esas conductas sí se manifiesten entre los 3 y 6 meses de vida; su ausencia la podemos considerar como la base precurrente de las categorías de no funcionalidad. Un pre diagnóstico con base en estas conductas nos permitiría no evitar el autismo, pero sí el que se desarrolle la sintomatología completamente.

Recordemos a los especialistas de la salud que las escalas de desarrollo nos sirven como elemento de normalidad ontogenética y que las desviaciones que se den de esa normalidad nos deben alertar.

Para terminar, téngase en cuenta que esta es una propuesta que requiere mayor rigurosidad en cuanto a la comprobación y que se está hablando de un pre diagnóstico. De todos modos, es jugar contra el tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico y Estadístico de

los Trastornos Mentales. DSM-IV Barcelona: Masson, 1995. FERNANDEZ, R. y CARROBLES, J.A. Evaluación Conductual. Madrid, Pirámide,

1981. KANNER, L. Psiquiatría Infantil. Buenos Aires: Paidós, 1966. RODAS, R. Evolución de la Pareja con un Hijo Autista. Universidad de Manizales.

Revista "Documentos D.I.N.A. " 4, 7-71, 1 993. SARASON, I.G. y SARASON, B.G. Psicología Anormal. México: Trillas, 1986. VALLEJO, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1991.