

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "JOSE LUIS MIRANDA"

## *Autismo infantil. Revisión bibliográfica y reporte de un caso*

Por el Dr.:

ISIDORO SÁNCHEZ DÍAZ\*

Sánchez Díaz, I. *Autismo infantil. Revisión bibliográfica y reporte de un caso.* Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

Se presenta el estudio de un caso de autismo infantil. Se señalan los síntomas, pruebas, tratamiento, así como los resultados obtenidos.

### INTRODUCCION

Nos proponemos en este trabajo realizar una revisión del autismo infantil tratando de hacer una puesta al día del mismo y presentar el informe de un caso, correlacionando éste con lo planteado por los autores revisados, exponiendo la terapéutica y los resultados actuales.

### DEFINICION

Este término de autismo infantil<sup>3</sup> fue introducido por primera vez en la terminología Psiquiátrica, por *Kanner*, en 1943, describiéndolo como "un síndrome diferenciado de las psicosis infantiles, donde existía una inhabilidad del niño para relacionarse ellos mismos con las personas, en el inicio de la vida".

Desde 1943 hasta el momento actual aún no se está de acuerdo en si se considera o no como una entidad diferenciada dentro de la psicosis infantil.

### CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO

*Kanner* y *Eisemberg* en 1956,<sup>3</sup> con un estudio de 120 casos determinaron 3 aspectos fundamentales que caracterizaban al autismo infantil.

- 1) Extrema soledad
- 2) Preocupación por la preservación de la igualdad.
- 3) Se manifiesta en los dos primeros años de vida.

*Mildred Creak* en 1961<sup>1</sup> planteó una escala que fue sometida a los padres de varios grupos de niños con autismo infantil: subnormalidad mental, sordomudez, daño cerebral, y niños normales. Como conclusión se planteó una escala de 14 ítems que a continuación señalaremos en un orden decreciente de frecuencia:

\* Especialista de Primer Grado de Psiquiatría Infantil. Jefe del Dpto. de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Docente "José Luis Miranda" de Santa Clara, L.V.

- 1) Gran dificultad en mezclarse y jugar con otros niños.
- 2) Actúan como sordos. No reaccionan ante el lenguaje o ruidos.
- 3) Gran resistencia al aprendizaje, incluyendo nuevas conductas y destrezas.
- 4) No tienen temor al peligro real.
- 5) Resistencia al cambio en sus costumbres.
- 6) Prefieren indicar sus necesidades por gestos. El lenguaje puede no estar presente.
- 7) Carcajadas o risas inmotivadas.
- 8) No se dejan abrazar o mimar.
- 9) Marcada hiperquinesia.
- 10) No establecen contacto visual, "miran a través de las personas".
- 11) Se apegan mucho a objetos determinados, y no los utilizan en su uso real.
- 12) Les gusta girar los objetos, en especial los redondos.
- 13) Repetición y prolongación de juegos extraños u originales.
- 14) Costumbres fijas, mantenidas, se comunican muy poco con las personas, y más con los objetos.

Para realizarse el diagnóstico se deben tener 7 de los 14 ítems, según el criterio de los autores. Los marcados con una cruz son los más frecuentes en el autismo.

Además, estos niños desde épocas muy tempranas presentan los síntomas de aislamiento y no tienen respuesta al ser humano, pues tanto la respuesta de la sonrisa, la del extraño, como el alzar los brazos para que lo carguen, pueden no estar presentes, estar muy atenuadas o presentarse tardíamente.

El examen físico de rutina, así como el neurológico, aportar pocos datos al

diagnóstico. En el E.E.G. pueden encontrarse alteraciones, aunque esto es poco frecuente.<sup>1,13</sup>

La exploración psicológica<sup>9</sup> arroja muy pocos resultados y algunos psicólogos consideran estos resultados como poco confiables, llamándole a estos niños "no evaluables".

La historia clínica, la observación de su conducta y del juego son elementos de gran importancia en cuanto al diagnóstico positivo.

El diagnóstico diferencial<sup>13</sup> debemos hacerlo con la subnormalidad mental, sordomudez, afasia, algunas psicopatías y con los niños deprivados.

#### ETIOLOGIA

En los trabajos revisados no existe acuerdo en cuanto a los factores etiológicos.

*Kanner*, en sus trabajos de 1956 y 1958,<sup>3,4</sup> plantea que los factores innatos y los dependientes de la experiencia se conjugan para producir el cuadro clínico. Recordemos la gran importancia que inicialmente le dio este autor a las actitudes parentales.<sup>5</sup>

*Laureta Bender* considera el autismo como una ausencia de organización y de desarrollo armonioso en las diversas funciones del sistema nervioso central, llamándole "plasticidad". Considera esta entidad, dentro del marco de la esquizofrenia infantil.<sup>4</sup>

*Von Krevelen* (1952) y *Rutter* (1965)<sup>1</sup> lo plantean como: "desconocidos cambios orgánicos".

*Rimland* (1965)<sup>10,12</sup> como "una específica disfunción del sistema reticular con un trastorno cognocitivo que envuelve una inhabilidad para relacionar la experiencia sensorial con la me-

moria". El uso de los sistemas receptores para obtener una información sensorial significativa de su ambiente, es un problema crítico en el niño; en la observación clínica del niño autista se comprueba la evitación del uso de los receptores a distancia (oído y vista), y la preferencia por los receptores cercanos (tacto, olfato y gusto).

Lobascher y col. en Australia (1970)<sup>6</sup> encontraron factores coincidentes en los niños autistas comparados con un grupo control de normales. Estos eran: aumento significativo del tiempo de gestación, evidencia mayor de daño cerebral real (56%), y probable (28%), carga mayor de alcohólicos, trastornos psiquiátricos y subnormales, en los padres y familiares.

Harvey P. Mandel y otros autores<sup>8</sup> le dan gran importancia al cuidado materno en relación con el cumplimiento de las necesidades fisiológicas, como proveedoras o iniciadoras de la transformación de la energía física en psíquica. Encontraron también un tipo de padres "generadores de autismo"; señalan para concluir, que estos factores unidos a los innatos del niño, determinan el cuadro clínico.

A través de este breve recorrido vemos que no existe un factor etiológico único, y en los trabajos más recientes se habla de una polietilogía.<sup>6,7</sup>

#### PRONOSTICO

Todos los autores<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13</sup> coinciden en que una gran minoría de niños autistas logran adaptarse, pero generalmente son adultos que necesitan del apoyo familiar.

Son índices importantes a valorar en cuanto al pronóstico:<sup>7,8,10</sup>

- 1) La ausencia o presencia del lenguaje.
- 2) El grado de aislamiento.
- 3) La calidad de las interrelaciones del niño autista con las personas de su medio.

#### TRATAMIENTO

En este aspecto el pesimismo impera.<sup>2,8,10,12,13</sup> El uso de psicofármacos es sintomático y combinado con la psicoterapia. La terapia lúdica se considera útil en cuanto a la socialización y a la comprensión por los padres de las necesidades de los niños. Se han empleado técnicas de condicionamiento con resultados buenos en cuanto al lenguaje, pero no en otros aspectos. Se han utilizado técnicas basadas en los planteamientos de Rimland<sup>11</sup> respecto al uso de los analizadores, los de Mandel<sup>8</sup> que aboga porque se promueva un acercamiento real entre terapeuta y niño, donde el terapeuta "alimenta" al niño con experiencias sensoriales, y también otras donde el terapeuta trata de construir el esquema corporal del niño utilizando al propio terapeuta con ayuda de un espejo.<sup>9</sup>

Hay una gran concordancia en cuanto a que los mejores resultados se obtienen con hospitalización diurna, donde se puede actuar sobre el niño desde diferentes aspectos, manteniendo su contacto con el hogar.

#### REPORTE DE UN CASO

H.C. 75005. Dpto. de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Docente "José Luis Miranda".

Inicio de tratamiento: 5 de agosto de 1970.

Edad: 2 años 3 meses.

M.C. Remitida por el neurólogo, con el diagnóstico de retardo psicomotor. El examen neurológico y los complementarios, (E.E.G. y R.X. de Cráneo): negativos.

H.E.A.: En sus primeros 11 meses era una niña tranquila, en su etapa de lactante se mantenía en la cuna y corral sin llorar, sin reclamar atenciones y sin pedir alimentos. Cuando comenzó a caminar estaba muy intranquila, se movía sin objetivo, balanceándose rítmicamente y canturreando; cuando oía música se balanceaba. Tiene pobre socialización, no busca la relación humana y tampoco se la proporcionaban. En ocasiones parecía no ver ni oír, no respondía al llamado; actualmente no mantiene la mirada mientras realiza cualquier actividad. Ante los cambios se muestra ansiosa y aumenta el balanceo, cuando se expone a situaciones nuevas, busca apoyo en la madre y llora. A.P.P.: Embarazo con decaimiento, parto eutóxico.

No recuerda si tuvo respuesta a la sonrisa, la respuesta al extraño a los 12 meses, no alzó nunca los brazos para que la cargaran.

Lenguaje: primeras palabras a los 12 meses, actualmente palabras sueltas y frases cortas, no utiliza pronombres personales posesivos, habla en tercera persona, Ej.: "Quiero agua", ecolalia.

Se sentó y caminó en tiempos normales.

A.P.F.: Madre, 31 años, universitaria, no trabaja desde el nacimiento de la niña, dice ser cariñosa, pero poco expresiva.

Padre, 32 años, contador público, cariñoso, pero mantiene poca relación con la niña, lo que, según refiere, es debido a las responsabilidades de trabajo. Hermano, 7 años, segundo grado, no trastornos psiquiátricos, alegre, conversador, activo, educado por la abuela materna. No convive con los padres y hermana. Dos tías paternas nerviosas, sin tratamiento psiquiátrico.

### *Observación diagnóstica de juego.*

Presenta ansiedad de separación, necesita la presencia de la madre para entrar en el salón de juegos. Se separa de la madre y comienza a balancearse rítmicamente con todo el cuerpo arrullándose. Explora y manipula algunos juguetes, acercándose a los ojos. La niña está al margen de todo lo que ocurre a su alrededor, parece no ver ni oír, no responde cuando la llaman o la tocan.

Madre poco estimulante, distante y fría en su relación con la niña, no la estimula.

Impresión diagnóstica: niña posiblemente hipoacúsica y de pobre socialización.

### *Entrevista psiquiátrica.*

Entra a la consulta con la madre, se separa de ella y deambula sin objetivo, balanceándose a cada paso, realiza movimientos circulares por el salón canturreando algo ininteligible. No establece relación con nosotros a pesar de motivarla. Desarrollo ponderoestatural normal, fascie y aspecto general no deficitarios, expresión inteligente. Su piel es blanca y el pelo rojo. Emite palabras sueltas sin utilizarlas como comunicación, ecolalia, utilización del lenguaje en tercera persona. No fija la mirada en nuestro rostro, es como si mirara a través de nosotros. La madre no parece muy estimulante, verbaliza su preocupación por los problemas de la niña, aunque en ningún momento le da apoyo durante la entrevista. Impresión diagnóstica: Autismo infantil.

Se lleva a observaciones periódicas de juego. Llegando el psicólogo a la misma conclusión diagnóstica.

La prueba de cloruro férrico en orina, para descartar oligofrenia fenilpirácvica, fue negativa.

Se sostuvieron entrevistas individuales con el padre y abuela paterna, donde confirmamos lo anteriormente expuesto, enfatizando la abuela lo tranquila que era la niña en su etapa de lactante, y el interés marcado en una muñeca negra de trapo, de formas indefinidas, a pesar de tener otras muñecas más elaboradas y bonitas.

No fue posible evaluarla con pruebas psicológicas en aquel momento ni realizarle audiometría, aunque se comprobó mediante otras pruebas que no tenía trastorno, hipoacúsicos.

Con estos elementos se hizo el planteamiento diagnóstico de autismo infantil, entrando ahora en la fase terapéutica.

Informamos a los padres de nuestro diagnóstico aún no totalmente confirmado, y que era necesario observar la evolución del caso. De los 14 ítems, de la escala de *Creak*, tiene 12; recordemos que bastaban 7 para hacer el diagnóstico.

Procuramos que los padres entendieran la importancia de crear un clima afectuoso y estimulante alrededor de la niña programándole las actividades del día.

Las sesiones psicoterapéuticas se efectuarían una vez a la semana, decidiendo hacerlas en

presencia de la madre por dos razones fundamentales: una, la gran ansiedad de separación de la niña; y otra, el poder trabajar sobre la interacción madre-hija. En esta primera fase ocurren gran número de irregularidades que impiden la sistematización del tratamiento, la mejoría es lenta, la relación terapéutica no se establece, los síntomas se mantienen aunque en menor intensidad. Se logran pequeños avances en cuanto al lenguaje (aumento del vocabulario); y la interacción madre-hija, que se hacen más cariñosas y cálidas.

Logramos realizarle una prueba de desarrollo de *Gessell* en mayo de 1971, con grandes dificultades, lo que la hace no muy confiable, con el siguiente resultado:

Area motora . . . . .	30 meses
Area adaptación. . . . .	25 meses
Area lenguaje. . . . .	27 meses
Area personalidad social . . . . .	32 meses

E.C.	37 meses	
E.M.	28 meses	
C.D.	75	Fronteriza

El diagnóstico psicológico fue de subnormalidad mental fronteriza, señalándose factores de hipoestimulación y la posibilidad de un Autismo Infantil a descartar o confirmar evolutivamente.

Es llevada por los padres al Hospital Neurológico de la Habana, donde la examinan, le indican electroencefalograma, el cual es normal, sugiriendo tratamiento con metilfenidato y diazepam a pequeñas dosis sin llegar a conclusiones diagnósticas.

En octubre de 1971 se estabilizan las sesiones, aumentándose a dos por semana; logramos que comience a asistir a un círculo infantil algunas horas por la mañana, con el objetivo de mejorar su socialización.

No hemos conseguido que entre sola a la consulta, establecemos un primer vínculo terapéutico a través de un títere en forma de perro, al cual identifica y busca cuando llega a la consulta. Disminuye el balanceo y el dar vueltas en redondo, sólo lo hace en situaciones ansiógenas para ella, al darnos cuenta de esto, sugerimos a la madre que le dé apoyo mediante el contacto físico, en estas situaciones, desapareciendo instantáneamente estos síntomas. Mientras está en el salón de espera

aumenta el balanceo, desapareciendo cuando entra a la consulta; esto lo consideramos como un buen índice de avance terapéutico.

Sus relaciones con el medio ambiente van mejorando, tolera los cambios y frustraciones con menos ansiedad; no busca las relaciones con otros niños, aunque no los rechaza ni se aísla ante su presencia; aumenta su vocabulario; canta estrofas de canciones infantiles aprendidas en el círculo y reforzadas por la madre.

En noviembre de 1971 introdujimos un títere con figura de niña, al que ponemos por nombre "María"; establecemos por vez primera contacto verbal coherente, haciendo un breve diálogo a través del títere. "María" va a sustituir a su muñeca de trapo, se la lleva a su casa, sirviéndole de apoyo en situaciones ansiógenas. La madre nos refiere que siempre que sale a paseos en auto, a parques, etc., lleva a "María", y que cuando viene a las sesiones de psicoterapia la toma para traerla pero al salir de la casa la deja en ella.

Al terminarse las sesiones ya no quiere irse, protesta, se balancea y le dice a la madre "ella se sienta", y hace un gesto autoritario tomando a la madre de la mano y obligándola a sentarse.

En febrero de 1972 logramos que entrara sola a una sesión, ya reconoce y busca al terapeuta, llora y aparece el balanceo si no la llamamos o si no nos ve rápidamente, en ocasiones toca a la puerta al llegar, diciendo: "médico, médico".

Continúa sin traer a "María" a la consulta, valoramos dos posibilidades: que no quiera arriesgarse a perder su seguridad, o que no la necesita aquí pues se siente segura.

En esta fase planteamos una nueva variante terapéutica, ayudarla al reconocimiento de sí misma, a través de nosotros primero, y después utilizando un pequeño muñeco de goma desarticulado. Es capaz de reconocer las partes de mi cuerpo, las del muñeco y armarlo, pero no es capaz de identificarlas en su propio cuerpo. Mantiene el uso de la tercera persona, comienza a utilizar el lenguaje como comunicación, y en dos ocasiones, según refiere la madre, ha utilizado pronombres personales posesivos (*mi*); usa el *no* adecuadamente, aunque no el *sí*. Comenzamos también a entrenarla en el uso de los analizadores a distancia mediante juegos de entrenamiento con la ayuda de la madre. En muchas ocasio-

nes se muestra atenta mirándonos el rostro mientras le hablamos.

En la situación familiar ocurren cambios espontáneos como son: mudarse de un apartamento en altos, aislado, a una casa en bajos con patio y jardín; el hermano viene a vivir a esta nueva casa. La niña en este nuevo ambiente juega más con las niñas vecinas, se interesa en las flores, sigue con la vista a las mariposas corriendo detrás de ellas, oye los pájaros cantar y quiere agarrarlos; los imita en sus cantos, la madre le regala un perrito real con el cual juega, canta el Himno Nacional.

En mayo de 1972 se le realiza nuevamente la prueba de desarrollo de *Gessell*, también con dificultades; este es el resultado:

Area motora	42 meses
Area adaptativa	36 meses
Area lenguaje	36 meses
Area personalidad social	38 meses
E.C.	48 meses
E.M.	38 meses
C.D.	79 meses

Hemos logrado discreta mejoría en año y medio de trabajo.

La niña tiene actualmente 3 años y 11 meses y éstos son los logros alcanzados; aún no tenemos una idea clara en cuanto al pronóstico, y es posible que tampoco en cuanto al diagnóstico.

He aquí nuestra experiencia.

#### SUMMARY

Sánchez Díaz, I. *Infantile autism, a literature review and one-case report*. Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

The study of a case of infantile autism is presented. Symptoms, tests, treatment, as well as obtained results, are pointed out.

#### RESUME

Sánchez Díaz, I. *Autisme infantile. Révision bibliographique et rapport d'un cas*. Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

On fait l'étude d'un cas d'autisme infantile. On tire l'attention sur les symptômes, les épreuves, le traitement, ainsi que sur les résultats obtenus.

#### РЕЗЮМЕ

Санчес Дياز И. Детский аутизм. Пересмотр литературы и представление одного случая. Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

Представляется изучение одного случая детского аутизма. Указывается на симптомы, пробы, лечение и полученные результаты.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—Clancy, H. et al.: "The Diagnosis of Infantile Autism". *Develop. Med. Child. Neurol.* 11: 432-442, 1969.
- 2.—Clancy, H. et al.: "Infantile Autism: the Correction of Feeding Abnormalities". *Develop. Med. Child. Neurol.* 11: 569-578, 1969.
- 3.—Chambers, Ch.: "Leo Kanner's concept of early infantile autism". *Br. J. Med. Psychol.* 42-51, 1969.
- 4.—Duche, D. J.: Folleto del C.N.I. "Jornadas Parisinas de Pediatría", 1972.
- 5.—Kanner, L.: "Tratado de Psiquiatría Infantil", Edit. Zig-Zag, pág. 768-771, Chile, 1951.
- 6.—Lobascher, M. E. et al.: "Childhood Autism: An investigation of aetiological factors in twenty-five cases". *Brit. J. Psychiat.* 117, pág. 525-529, 1970.
- 7.—Lutz, J.: "Psiquiatría Infantil", Edit. Gredos, 257-260, Madrid, 1968.
- 8.—Mandel, H. et al.: "Early Infantile Autism: A Pre-Ego Psychopathology and case report", *Psychotherapy: Theory Re-*



- search and Practice. Vol. 8, Number 2, 114-119, 1971.
- 9.—*Malarrive et Bourgeois, M.*: "Diagnostic Precoce des Psychoses Infantiles", *Bordeaux Medical No. 6*, 1509-1519, 1970.
- 10.—*Reca, T.*: *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 1961.
- 11.—*Schopler, E.*: "El autismo infantil temprano y los procesos receptores", *Chapell Hill, N. C. Traducción de la T.S. Olga Pérez Zabala, Dpto. de Psiquiatría Infantil Hospital Calixto García, La Habana.*
- 12.—*Slater, E. and Martin Roth*: "Clinical Psychiatry". Edic. R., Chapter XI, 678-684, 1971.
- 13.—*Stone, F.*: "The Autistic Child". *The Practitioner No. 1227, Vol. 205*, 313-318, 1970.

#### RECONOCIMIENTO

Agradecemos la cooperación de los compañeros licenciados Ma. del Carmen Martínez, Pilar Urquijo, Gladys Rodríguez y Luis Cabrera en la realización de este trabajo.