

Historia del trastorno autista

Santiago LÓPEZ GÓMEZ

Universidad de A Coruña

Rosa M^a RIVAS TORRES

Eva M^a TABOADA ARES

Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

El autismo es un trastorno neuropsicológico que comenzó a diagnosticarse hace relativamente pocas décadas. En 1943, Leo Kanner lo describió por primera vez, suponiendo el inicio del estudio clínico de un síndrome que, hasta ese momento, era desconocido. No obstante, hay evidencias que indican que el trastorno ha existido siempre y son diversas las publicaciones que así lo evidencian. Desde los años 60 hasta la actualidad, se han realizado multitud de investigaciones y aportaciones procedentes de diversas disciplinas que reflejan la enorme complejidad del trastorno. El objetivo de este trabajo es hacer un recorrido histórico que permita conocer cuál ha sido el devenir del estudio clínico y evolutivo del trastorno autista hasta la actualidad. Con esta finalidad, se destacan los momentos más significativos que han contribuido a definir el autismo tal y como se conoce en la actualidad.

Palabras clave: historia, autismo, Kanner, trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

Abstract

Autism is a neuropsychological disorder that began to be diagnosed just few decades ago. In 1943, Leo Kanner described it for the first time, being the beginning of the clinical study of a syndrome that, until that moment, was unknown. However, there are evidences indicating that the disorder has always existed, as shown by a number of publications. From the 60s until now, there have been numerous researches and contributions from diverse disciplines that reflect the enormous complexity of the disorder. The aim of this work is to make a historical trip to ascertain which has been the outcome of the clinical and developmental studies of the autistic disorder up till now. To this end, the most significant moments that have contributed to define autism as currently known are highlighted.

Key words: History, Autism, Kanner, Pervasive developmental disorders (PDD).

Dirección de los autores: Rosa M^a Rivas Torres. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Rúa Xosé María Suárez Núñez, s/n. Campus sur. 15782 Santiago de Compostela. A Coruña. *Correo electrónico:* rosa.rivas@usc.es

Recibido: mayo de 2009. *Aceptado:* noviembre de 2009.

A diferencia de otros trastornos neuropsicológicos, identificados desde hace muchos años, el interés por el estudio del autismo no comenzó a perfilarse hasta las publicaciones de Leo Kanner, a principios de la década de los '40. Ahora bien, con anterioridad a las descripciones de Kanner, se pueden destacar algunos datos que evidencian que este trastorno se ha observado a lo largo de toda la historia pero que, hasta ese momento, habían pasado desapercibidos, o se habían valorado como cuadros psicopatológicos cercanos o incluso similares al retraso mental.

Desde esta perspectiva, Rivière (1993) refiere la existencia de informes, muy anteriores a Kanner, que describen comportamientos de sujetos que se pueden relacionar con el autismo. Resulta de interés descubrir como en casi todas las culturas se pueden rastrear leyendas, canciones, historias o mitos sobre individuos con comportamientos extraños y de características muy similares a lo que, en la actualidad, se corresponderían con rasgos autistas. Cabe resaltar, al igual que Happé (1998, pág. 25), que los personajes de esta clase de cuentos populares son casi siempre masculinos, algo que no es casual, sino un dato que apoya las evidencias epidemiológicas del autismo, mucho más frecuente entre varones que entre mujeres, tal y como se constató en los estudios epidemiológicos (Fombonne, 2005; Baird, Simonoff, Pickles *et al.*, 2006).

En virtud de ello, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, se confirma el interés por los niños con perturbaciones severas de las capacidades de interacción y de contacto afectivo. Resulta notoria la importancia que despertó en la comunidad científica el conocido caso de Víctor, el "niño salvaje de Aveyron", a partir de detalles de su

conducta, según las descripciones de Itard, que sugieren un polémico caso de autismo. Asimismo, otras aportaciones muy tempranas ya hacen pensar en el espectro autista, como las de Haslam, a principios del s. XIX, que describe a un grupo de niños que manifestaban convulsiones, deambulación lenta y un retraso notable en la adquisición del lenguaje. Los trabajos sobre los conocidos como "niños lobo" han sido muy atractivos, tanto para la literatura popular como para la científica. A estos niños, presumiblemente criados por animales salvajes, se les atribuía una deambulación cuadrúpeda y la ausencia de lenguaje oral comprensible y elaborado (Newton, 2002). Pero, tal vez lo curioso, sea que este mismo fenómeno se refiere en muchas y variadas culturas, provenientes de lugares muy alejados entre sí (Wolf, 2004).

En los albores del siglo XX, los psiquiatras comienzan a utilizar diversas etiquetas para designar ciertos casos de síndromes psicóticos precoces, semejantes a las descripciones de los síntomas del autismo. En efecto, Sanctis define el concepto de "*dementia praecocissima*", Heller acuña el de "*dementia infantilis*" que en la actualidad se conoce como "síndrome de Heller" o "Trastorno desintegrativo infantil", Earl describe la "*catatonia primitiva o idiocidad*" y Bender utiliza la etiqueta de "*esquizofrenia infantil*" (Rivière, 1993; Wolff, 2004). Todos estos cuadros se caracterizan por una sintomatología muy cercana al autismo. Esto es, se manifiestan principalmente en la infancia, muestran estereotipias motoras, autolesiones y un marcado retraso del lenguaje o mutismo. Si bien, el término autismo proviene de Bleuler, quien, en 1913, lo aplicaba para referirse a pacientes que presentaban un fracaso en las relaciones interpersonales y un aislamiento persistentes.

te frente a su entorno. Aunque su uso, tal y como se conoce en la actualidad, es muy posterior a Bleuler.

Antecedentes y primeros estudios sobre el autismo

Sin duda alguna, el año 1943 marca el inicio del estudio científico del autismo, tras la publicación del artículo de Leo Kanner, titulado *Autistic disturbances of affective contact (Trastornos autistas del contacto afectivo)*. Kanner, estudiando una población de niños diagnosticados de esquizofrenia, repara en el caso de un grupo de once de ellos que presentan un cuadro común de trastorno del desarrollo. En su preciso análisis clínico, efectuado en cada uno de estos niños, establece un conjunto de criterios diagnósticos comunes y posibles factores etiológicos, toda vez que describe un cuadro psicológico que denomina “autismo” (del griego *eaftismos*: encerrado en uno mismo). Según Kanner, el trastorno se caracteriza por tres principales aspectos, que son: la incapacidad para establecer relaciones con las personas, retrasos y alteraciones en la adquisición y uso del lenguaje y, una insistencia obsesiva por mantener el ambiente sin cambios, que se acompaña de la tendencia a realizar ritualizaciones. Ahora bien, su desorden fundamental es la incapacidad para relacionarse de “forma normal” con las personas y las situaciones desde el comienzo de su vida. Los rasgos más característicos analizados por Kanner, son los que se exponen en la tabla 1.

Los síntomas se presentan desde el nacimiento, de ahí que denominara al trastorno como “autismo infantil precoz”. Asimismo, estos niños mantienen una buena memoria mecánica, al igual que ciertas habilidades especiales, por lo que podrían tener un gran

“potencial cognitivo”. Kanner utilizó el término autismo relacionado con la esquizofrenia adulta, aunque señalando que dichas condiciones difieren en muchos aspectos. Este hecho, aunque tal vez parezca una simple curiosidad, supone el nacimiento de una corriente de estudios que defiende que, en los niños autistas, existe un rico mundo imaginativo, auto-referido en el que se encierran y que es, sino la misma patología, una muy cercana a la esquizofrenia.

Paralelamente a Kanner, aunque con gran demora en trascender sus publicaciones al mundo científico -anglófono y latino-, el pediatra austriaco Hans Asperger (1944) repara en algunos niños con una “psicopatía autista”, casos que le llevan a reflexionar y a describir un trastorno muy similar al de Kanner. Las características centrales que describe Asperger, son las siguientes: una limitación de las relaciones sociales, extrañas pautas comunicativas y un marcado carácter obsesivo en pensamiento y acciones.

En las descripciones de Asperger se incluyen también unas pautas y principios educativos para el trastorno, basándose en la perspectiva de la pedagogía terapéutica del momento para las personas con retrasos y discapacidades psíquicas.

A partir de los hallazgos iniciales de Kanner, surge una línea de investigación que analiza y describe el trastorno autista que, teniendo en cuenta la época, se encuentra salpicada de una concepción dinámica del mismo, acapara otros posibles enfoques e incide en los procesos educativos de estos niños. Algunos de los autores más representativos de estos estudios fueron Bender, Bettelheim, Rutter, Rimland, entre otros. En el caso de Bender (1947), a partir de los trabajos de Kanner, y desde una perspectiva organista, no diferencia el autismo de la esquizofrenia. Por parte de Bettelheim (1977),

Tabla 1. Características de los niños autistas según Kanner (1943).

-
- Soledad autística extrema.
 - Fracaso para asumir posturas anticipatorias.
 - Retraso importante en la adquisición del habla (en autistas verbales) o ausencia del lenguaje.
 - Utilización no comunicativa del habla y uso literal del lenguaje.
 - Ecolalia inmediata o demorada y repeticiones verbales fuera de contexto.
 - Inversiones pronominales.
 - Problemas alimenticios.
 - Reacciones bruscas ante ciertos ruidos, objetos y personas.
 - Actividades fijas, rutinarias, limitadas y obsesivas.
 - Juego repetitivo y estereotipado.
 - Insistencia en la igualdad y miedo al cambio.
 - Buenas relaciones con los objetos.
 - Movimientos corporales rítmicos y estereotipados.
 - Ausencia de relaciones con otras personas e insistencia obsesiva en preservar la intimidad.
 - Buena inteligencia, alto potencial cognitivo y excelente memoria mecánica.
 - Aspecto físico normal.
 - Mayores alteraciones en la primera infancia.
 - Familias de origen muy inteligentes.
-

se defiende la visión del autismo como una esquizofrenia infantil desde una postura psicogénica del mismo. Rutter (1968) y Rutter y Sussenwein, (1971), en cambio, proponen un modelo de corte cognitivo para su explicación e intervención. Rimland, uno de los fundadores de la *Autism Society of America* en la década de los '60, realiza diversos estudios descriptivos sobre su diagnóstico, etiología y reeducación (Rimland, 1965). Se le puede considerar un rupturista frente a la moda imperante del momento, dado que abandona las investigaciones y los tratamientos de corte psicoanalítico, para abrir nuevos caminos en el estudio de la esfera comportamental, del desarrollo cognitivo y biomédico.

Con el alejamiento del enfoque psicoanalista y psicogénico, hacia finales de los años '60, muchos estudios coinciden en el

papel de la influencia que ejercen determinadas sustancias en el autismo, potenciándose diferentes tratamientos farmacológicos. Pero, lo más importante, van a ser las múltiples investigaciones que se llevan a cabo en el campo del aprendizaje y en el desarrollo de las habilidades sociales y para la vida a través de programas educativos y de modificación de conducta, que buscan, ante todo, la institucionalización de los niños como principal medida de intervención. Estas pautas de trabajo todavía no tienen en cuenta la normalización y la atención individualizada y contextualizada del desarrollo del niño autista, lo que no llegará a considerarse hasta pasadas varias décadas.

A partir de los años '70, se empieza a cuestionar, por un lado, el ideal del potencial cognitivo de Kanner, ya que las investigaciones van encontrando datos que evi-

dencian déficits cognitivos y retrasos madurativos importantes en el autismo y, por otro, caen las ideas de un mundo simbólico e imaginativo asociado, en muchos casos, a retraso mental. En este momento, se entiende el autismo como un “trastorno profundo del desarrollo”, que poco tiene que ver ya con una psicosis que derivará en una esquizofrenia adulta. A lo largo de esta década y hasta bien entrados los años '80 destacan una proliferación de ideas conceptuales, el interés por la etiología y, el nacimiento de diversas corrientes educativas e incluso de terapéutica médica en el estudio del autismo. Además, cabe destacar que las investigaciones y las intervenciones se centran en su descripción conductual, poniendo mucho esfuerzo en la búsqueda de tratamientos eficaces (Scheibman, 1975; Schopler, 1978). Comienzan a crearse centros educativos específicos promovidos, fundamentalmente, desde asociaciones y grupos de padres y familiares preocupados por el aprendizaje y el futuro de sus hijos. Es necesario mencionar, al mismo tiempo, las contribuciones de algunos autores que, en algunos casos, todavía continúan vigentes, entre ellos Rutter (1968), Rutter y Sussenwein, (1971) y Tinbergen y Tinbergen (1972), entre otros.

A finales de los '70, Wing y Gould (1979) y Wing (1988) consideran el autismo como un “continuo de características autistas”, una descripción que supuso un avance frente al abordaje del problema de la heterogeneidad y de la gran dispersión sintomatológica que muestra el trastorno. De tal manera que, según esta concepción, las características autísticas se podrían manifestar en personas que no tienen porque sufrir toda la complejidad del trastorno, mayoritariamente en sus formas leves. Sin embargo, las personas con un trastorno autista severo, en la línea más clásica de

Kanner, presentarían sus síntomas en toda su gravedad y profundidad, sobre todo en cuatro áreas: social, comunicativa, imaginativa y comportamental, con patrones rígidos y repetitivos de actividad. Esta visión, cuyas características se pueden presentar de manera más o menos aislada, con mayor o menor incidencia y/o gravedad en muchas personas, va a resultar una vía de trabajo y estudio en los años siguientes, derivando en la actual concepción de los “trastornos del espectro autista -TEA-“ y cuya idea central sigue, hoy en día, teniendo vigencia.

Tal vez lo más significativo, en el panorama de la investigación del trastorno autista sea el nacimiento y consolidación de varias revistas internacionales especializadas. Así, en 1971 se edita *The Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* que, posteriormente, pasó a llamarse, tal y como se la conoce en la actualidad, *The Journal of Autism and Developmental Disorders*. En la década de lo 80, en 1985, aparece el primer número de *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*; dos años después, en 1987, inicia su camino *The International Autism Research Review*. Con posterioridad, a finales de los '90, en 1997, surge *Autism: the International Journal of Research and Practice*. Además, en los últimos años proliferaron muy diversas revistas de carácter tanto internacional como nacional y local que subrayan la importancia del estudio del trastorno.

El trastorno autista hoy: avances y limitaciones

En la actualidad, se encuentran importantes contribuciones que favorecen una mayor comprensión del trastorno autista, tanto al considerar sus síntomas, desde una perspectiva neurobiológica y cognitiva,

como sus principales dimensiones asociadas. Sin embargo, pese a ello, todavía no hay consenso a la hora de establecer un concepto claro y unívoco de autismo, lo mismo acerca de su tratamiento, etiología y de las formas específicas de evaluación (Albores, Hernández, Díaz y Cortés, 2008; López, Rivas y Taboada, 2008a, 2008b). Ante esta situación, la investigación trata de identificar marcadores biológicos que permitan su diagnóstico precoz, cuestión que continúa como uno de los retos principales (Baron-Cohen, Lutchmaya y Knickmeyer, 2004; Bayes *et al.*, 2005; Bacchelli y Maestrini, 2006). Son muchos los autores, que en estos últimos años, han contribuido a generar una visión más completa del mismo, entre ellos Frith (1989), Wing (1993); Rivière (1993, 1998); Baron-Cohen y Bolton (1994), Hobson (1995), o Gillberg (1999), junto con otros muchos que se podrían citar.

Hoy en día, el trastorno autista se recoge dentro de los trastornos generalizados o profundos del desarrollo -TGD- que, a su vez, están incluidos en los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (American Psychiatric Association [APA], 2002). Se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, a saber: (i) habilidades para la interacción social, (ii) habilidades para la comunicación, o (iii) la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que lo definen son impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental, formando parte, a veces, de otras enfermedades médicas.

Así, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el [DSM-IV-TR] (APA, 2002) lo incluye, dentro de

los trastornos generalizados del desarrollo, junto con el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Por lo que se refiere al conocimiento actual sobre el autismo, se describe, de manera habitual, como un trastorno con manifestaciones muy amplias, que hacen referencia a todo un “espectro sintomático”, si bien se presentan síntomas que se podrían agrupar en las tres áreas anteriores, caracterizando sus síntomas nucleares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992; Asociación Internacional Autismo [AIAE], 2000; APA, 2002).

Bajo esta visión, dada su naturaleza diversa y su dispersión sintomática, surge una nueva concepción del síndrome, definido desde su complejo espectro. Así, se hace referencia al “trastorno del espectro autista -TEA-“. Una tipología que, bajo las ya comentadas consideraciones de Wing (1988) y Wing y Gould (1979), subraya la idea de un síndrome profundamente heterogéneo y con diferencias individuales muy marcadas, que se pueden asociar, a su vez, con distintos trastornos. Además de aceptar la existencia de muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de autismo, sin ser propiamente un trastorno autista puro. De hecho, se asume que los límites del autismo son poco precisos y que otras alteraciones, al margen del TEA, pueden tener expresiones cercanas o incluso similares al trastorno autista (Garrido y Viola, 2006). Esta situación, de acuerdo con Artigas (2000, 2001), puede dificultar su diagnóstico.

En efecto, ciertas entidades patológicas tienen un patrón de funcionamiento en distintas áreas que comparten muchas características con el autismo nuclear o sus síntomas asociados. Entre ellas destacan el

retraso mental, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, determinados trastornos específicos del lenguaje, el síndrome de Tourette, los trastornos de aprendizaje no verbal y algunos fenotipos conductuales de base orgánica, como el X frágil, el síndrome de Angelman, el síndrome de Williams y la esclerosis tuberosa (Bacchelli y Maestrini, 2006; Cabrera, 2007). Incluso al estudiar los diferentes síntomas y manifestaciones tipológicas del autismo, se encuentran síntomas que se corresponden con el desarrollo evolutivo normal del niño, mientras que otros síntomas, más propios del espectro autista, se identifican con retrasos evidentes en el desarrollo (Gillberg, 1999; Pry y Guillain, 2002). Para comprender este concepto, es necesario acudir a la explicación de una serie de factores que se aglutinan en dos dimensiones emergentes del “constructo autista”: por un lado, su nivel de funcionamiento intelectual y cognitivo -CI- y por otro, su representación sintomática -intensidad de los síntomas básicos y de las características de su sintomatología asociada-.

Hoy en día, para un conocimiento del autismo más completo y consensuado empíricamente, se cuenta con la descripción de las características diagnósticas del autismo (APA, 2002), presentando, asimismo, la visión de la OMS (1992) y de otros investigadores relevantes que la bibliografía especializada reseña. Se considera que, la categoría generada en el DSM-IV-TR, es adecuada para el diagnóstico clásico del autismo, aunque puede, como apuntan Manjiviona y Prior (1999), resultar poco sensible a formas menos severas del trastorno y frente a otros trastornos generalizados del desarrollo.

Las características esenciales del trastorno autista, de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002) (véase la tabla 2), son la presencia de un desarrollo marcadamente anor-

mal o deficiente de la interacción y comunicación social y, un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. En función de ello, se acepta que el autismo lo configura una constelación de síntomas derivados de una disfunción del sistema nervioso central, con una gran variación en el grado de intensidad (Rodríguez y Rodríguez, 2002; Garrido y Viola, 2006; Álvarez, 2007).

Para la OMS (1992), el autismo infantil se define por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años, al que no suele acompañarse un periodo previo de desarrollo inequívocamente normal y que se manifiesta por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas.

Nuevas orientaciones en la investigación y en la intervención en el autismo

De acuerdo con los avances más recientes en el estudio del autismo, en la actualidad, se cuenta con una completa descripción de sus síntomas y manifestaciones. No obstante, sigue siendo necesario reflexionar acerca de cómo abordar, en un futuro inmediato, su investigación e intervención.

A este respecto, en primer lugar, cabe destacar que son muchos los profesionales que vienen denunciando la ruptura que se sigue produciendo entre la investigación y la intervención sobre el autismo. Así, la investigación ha estado centrada mayoritariamente en determinadas cuestiones específicas del trastorno, entre ellas, su etiología, descripción sintomática y consideraciones clínicas. El campo de la intervención sobre

el autismo ha discurrido de modo aislado; es decir, sin considerar los avances en la investigación, debido a que la investigación centrada en la intervención del autismo ha sido más bien escasa. Así las cosas, es obvia la necesidad de vincular, de manera efectiva, investigación e intervención, de modo

que investigando sobre la intervención se generen avances que produzcan mejoras inmediatas y reales en el tratamiento del autismo. A todo ello cabe añadir la necesidad de un concepto de autismo bien delimitado. De no ser así, los investigadores continuarán utilizando una amplia diversi-

Tabla 2. Características del trastorno autista según el DSM-IV-TR.

-
- 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, manifiesta 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 (por ejemplo, no mostrar, traer, 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.
 - 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 partes 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.
-

dad terminológica para referirse a los mismos síntomas o, al contrario, emplearán una misma fórmula que hace referencia a trastornos diferentes, dificultando todavía más la intervención (Ferrando *et al.*, 2002; Álvarez, 2007; Albores, Hernández, Díaz y Cortes, 2008).

En segundo lugar, sigue siendo preciso estudiar la dimensión etiológica del trastorno. La comprensión de la etiología es básica puesto que permite desarrollar mejores instrumentos de detección y diagnóstico, aspecto clave para poder conceptualizar el trastorno, además de optimizar las intervenciones y diseñar programas de prevención.

Aunque, en los últimos años, son muchas las investigaciones que tratan de identificar de manera precisa los factores responsables del autismo, en general, desde aportaciones diferentes se detectan procesos diversos alterados o déficits que pueden estar en la raíz de dicho trastorno (Baron-Cohen, Lutchmaya y Knickmeyer, 2004; Stein, Weixman, Ring y Barak, 2006; Auyeung *et al.*, 2009; Cornelio-Nieto, 2009). Frente a esto, sin duda, la investigación de carácter multidisciplinar debe imponerse, pues cada vez, con más fuerza, se defiende que la etiología del autismo no es producto de un único factor, sino que tiene una etiología multicausal, manifiesta en una gran heterogeneidad y dispersión sintomática, así como en la diversidad de respuestas frente a las intervenciones (Bristol y Spinella, 1999; Folstein, 1999; Mackowiak, 2000).

La multidisciplinaridad debe ser la fórmula en la que se sostenga cualquier programa de intervención en el autismo, respondiendo a una visión multicausal de su etiología. De nada sirve utilizar un modelo restrictivo y que aborde exclusivamente un área de desarrollo, tal y como se ha hecho hasta el momento. La falta de generaliza-

ción en el proceso de aprendizaje de los niños autistas ha puesto en evidencia que se necesita de modelos, en los que distintos profesionales -psicólogos, pedagogos, logopedas, médicos, psicomotricistas, maestros, etc.- apliquen de manera coordinada sus intervenciones. El aislamiento o el trabajo en un área concreta produce escasos o limitados beneficios sobre un área específica lo que supone altos costes y esfuerzos. De ahí que se deba optar por una visión más amplia y globalizada de la intervención.

En tercer lugar, otro de los aspectos centrales en la investigación sobre el autismo es el relativo a su evaluación. La precisión diagnóstica es necesaria para establecer perfiles psicopatológicos y diseñar, de forma exhaustiva, las intervenciones. Las limitaciones que derivan de muchas pruebas diagnósticas, a veces con escasas o nulas garantías psicométricas, junto con la propia indefinición e imprecisión sobre el concepto de autismo, dificulta más esta tarea (Artigas, 2001). Con cierta seguridad, puede afirmarse que, en los próximos años, será posible identificar los marcadores biológicos del autismo lo que, sin duda alguna, aportará rigurosidad y precisión al establecimiento de los límites con otros trastornos de sintomatología y naturaleza cercana. Pero en tanto no sea posible identificar los marcadores biológicos, es preciso disponer de pruebas diagnósticas precoces, fiables y con fuerte validez frente a las observaciones de las manifestaciones psicológicas y comportamentales del trastorno pues, hoy por hoy, son las únicas que lo permiten identificar (Charman y Baird, 2002; Cabanyes y García, 2004).

Como consecuencia de la situación anteriormente descrita, los programas de intervención para el autismo siguen siendo controvertidos. No existe un programa único

que haya logrado resultados eficaces sobre el que poder basar las líneas futuras a seguir (Pérez-González y Williams, 2005). De esta forma, considerando los factores biológicos, cognitivos, comportamentales, sociales y lingüísticos del autismo, la intervención debe abordarse a partir de programas multimodales. Distintas investigaciones sugieren que algunos programas obtienen muy buenos resultados para un aspecto concreto o un área de desarrollo determinada (Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto y Tanguay, 1999; Harrower y Dunlap, 2001; Paz y Sineiro, 2006; Loftin, Odon y Lantz, 2008; Solomon, Ono, Timmer y Goodlin-Jones, 2008). Sin embargo, el tratamiento integral del autismo, teniendo en cuenta sus factores causales, manifestaciones y diagnóstico, requiere una aproximación multidisciplinar desde la que poder analizar y tratar el autismo en toda su amplitud.

Por último, otra de las situaciones problemáticas que se cierne sobre el autismo es la relativa al tema de la integración escolar de los niños con autismo. La integración no es un hecho aconsejable para todos los niños con autismo, es más, la integración puede proponerse en aquellos casos en los que existe una menor severidad sintomática, sobre todo comportamental, y mayores posibilidades de aprendizaje y progreso (Riviére, 1993; Harrower y Dunlap, 2001). Frente a muchos otros niños, con los autistas deben llevarse a cabo otro tipo de estrategias más especializadas pero que, a la vez, abarquen todo su desarrollo, valorando no sólo la oportunidad en un área, sino el crecimiento real del niño en todas sus dimensiones y ámbitos.

Además, de acuerdo con la Asociación Europea de Autismo -*Association International Autisme Europe*, 2000-, la investigación e intervención del autismo debe

planificarse a lo largo de todo el ciclo vital. Las personas con autismo tienen una alta esperanza de vida, y aunque algo inferior es cercana al resto de la población (Shavelle, Strauss y Pickett, 2001). No obstante, la gran mayoría de los esfuerzos y recursos se dirigen, hasta el momento, a un periodo evolutivo muy concreto, la infancia, olvidando tanto la adolescencia como su larga vida adulta. Sin duda, es necesario implementar programas de intervención a edades tempranas pero no limitados a esta etapa. En los centros ocupacionales y de formación se precisa tanto de la realización de evaluaciones como de intervenciones y seguimientos de las necesidades de las personas con autismo. La integración o la inclusión no pueden terminar con la incorporación del individuo en un programa ocupacional ya que el autismo, como trastorno crónico de curso continuo, requiere de apoyos permanentes, con distinta intensidad y graduación, en los diversos periodos evolutivos pero siempre con una supervisión constante (Bernabei, Cerquiglini, Cortesi y D'Ardua, 2007).

Conclusiones

Sin duda alguna, tal y como se ha puesto de manifiesto, las investigaciones sobre el autismo tienen todavía un largo camino por recorrer, pese al avance experimentado en las últimas décadas.

Por lo que respecta a la descripción del autismo, éste ha pasado de ser una entidad nosológica con límites imprecisos entre esquizofrenia y la psicosis infantil, hasta llegar, en la actualidad, a ser considerado en sí mismo una entidad sindrómica unitaria, cuyas manifestaciones, dentro de los TGD son precisas, no dejando lugar a ambigüedades. Dichas manifestaciones, aunque heterogéneas, se definen, en la actualidad, por

la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y, un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.

La consideración de continuum o espectro autista, si bien podría ayudar a la explicación y justificar, desde el punto de vista teórico, la heterogeneidad manifiesta que se refleja en las investigaciones sobre el autismo, también abre una puerta a la imprecisión sobre los criterios diagnósticos del autismo y del resto de TGD. Esta consideración define unos niveles de funcionamiento dentro del autismo -en el área social, en la lingüística, en las habilidades no verbales y también a nivel cognitivo y comportamental-, lo que permite una aproximación más realista a su variabilidad, y explica, a su vez, las diferencias observadas en estos sujetos.

Las investigaciones actuales, producto del devenir histórico, se centran en identificar y describir los factores de riesgo frente al autismo. Se barajan, hoy en día, diversas hipótesis de trabajo -genéticas, neurobiológicas y cognitivas-, al tiempo que se rechazan las corrientes más ligadas a explicaciones psicodinámicas y psicoafectivas.

Referencias

- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J.A. y Cortés, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31, 37-44.
- Álvarez, E. (2007). Trastornos del espectro autista. *Revista Mexicana de Pediatría*, 74 (6), 269-276.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed., Text Revision), DSM-IV-TR*. Washington: APA (Edición en español: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición - Texto Revisado*. Barcelona: Masson, 2002).
- Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de Asperger. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 34-44.
- Artigas, J. (2001). Las fronteras del Autismo. *Revista de Neurología Clínica*, 2, 211-224.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" en Kindersalter. *Arch. Für Psychiatrie und Nevenkrankheiten*, 117, 76-136. (Versión en inglés: en Frith, U. (1991). "Autistic psychopathy" in childhood. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome* (págs. 37-92). Cambridge: Cambridge University Press.).
- Association International Autisme Europe (AIAE) (2000). *Description de l'Autisme. Document préparé sous les auspices du Conseil d'Administration d'Autisme Europe*. Bruselas: AIAE.
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Knickmeyer, R., Taylor, K. y Hackett, G. (2009). Fetal testosterone and autistic traits. *British Journal of Psychology*, 100 (1), 1-22.
- Bacchelli, E. y Maestrini, E. (2006). Autism spectrum disorders: molecular genetic advances. *American Journal of Medical Genetics, Part C: Seminars in Medical Genetics*, 142 (1), 13-23.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., et al. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in Couth Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215.
- Baron-Cohen, S. y Bolton, P. (1994). *Autism, the facts*. Nueva York: Oxford University Press.

- Baron-Cohen, S., Lutchmaya, S. y Knickmeyer, R. (2004). *Prenatal testosterone in mind*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Bayés, M., Ramos, J.A., Cormand, B., Hervás, A., Campo, M., Durán, E., et al. (2005). Genotipado a gran escala en la investigación del trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40 (1), 187-190.
- Bender, L. (1947). Childhood schizophrenia. Clinical study of one hundred schizophrenia children. *American Journal Orthopsychiatry*, 17, 40-56.
- Bernabei, P., Cerquiglini, A., Cortesi, F. y D'Arδιά, C. (2007). Regression versus no regression in the autistic disorder: developmental trajectories. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 580-588.
- Bettelheim, B. (1977). *The empty fortress*. Nueva York: Free Press (Edición en español: *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el desarrollo del yo*. Barcelona: Laia, 1981.).
- Bleuer, E. (1913). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. (Versión en inglés: Nueva York: International Universities Press, 1950).
- Bristol, P.M. y Spinella, G. (1999). Research on screening and diagnosis in autism: A work in progress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 435-438.
- Cabanyes, J. y García, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 39, 81-90.
- Cabrera, D. (2007). Generalidades sobre el autismo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 208-220.
- Charman, T. y Baird, G. (2002). Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2-and-3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43 (3), 289-305.
- Cornelio-Nieto, J.O. (2009). Autismo infantil y neuronas en espejo. *Revista de Neurología*, 48 (2), 27-29.
- Ferrando, M.T., Martos, J., Llorente, M., Freire, S., Ayuda, R., Martínez, C. et al. (2002). Espectro autista. Estudio epidemiológico y análisis de posibles subgrupos. *Revista de Neurología*, 34 (1), 49-53.
- Folstein, S. E. (1999). Autism. *International Review of Psychiatry*, 11, 269-277.
- Fombonne, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 281-294.
- Frith, U. (1989). *Autism. Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- Garrido, G. y Viola, L. (2006). Criterios actuales para la clasificación de los trastornos profundos del desarrollo. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 70 (2), 140-150.
- Gillberg, C. (1999). Neurodevelopmental processes and psychological functioning in autism. *Development and Psychopathology*, 11, 567-587.
- Happé, F. (1998). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza.
- Harrower, J.K. y Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classroom: A review of effective strategies. *Behavior Modification*, 25, 762-784.
- Hobson, R.F. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250 (Reeditado por L. Kanner. (1983). *Childhood psychosis: Initial studies and new insights*. Nueva York: Wiley).

- Loftin, R.L., Odon, S.L. y Lantz, F. (2008). Social interactions and repetitive motor behaviors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1124-1135.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2008a). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Salud Mental*, 31(5), 371-379.
- López, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2008b). Los riesgos maternos pre-peri y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo. *Psicothema*, 20 (4), 684-690.
- Mackowiak, M. A (2000). Etiology of autism-Focus on the biological perspective. *Early Child Development Care*, 160, 77-84.
- Manjiviona, J. y Prior, M. (1999). Neuropsychological profiles of children with Asperger syndrome and Autism. *Autism*, 3, 327-356.
- Newton, M. (2002). *Savage Girls and Wild Boys: A History of Feral Children*. Londres: Faber and Faber.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. WHO* (Edición en español: *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 10^a Rev. Madrid: Meditor, 1992).
- Paz M.J. y Sineiro, C. (2006). Juego de ficción: aplicación de un programa de intervención en autismo. *Psicothema*, 18, 9-17.
- Pry, R. y Guillaín, A. (2002). Symptomatology autistique et niveaux de développement. *Enfance*, 54, 51-62.
- Rimland, B. (1965). *Infantile autism*. Londres: Methuen.
- Rivière, A. (1998). Tratamiento y definición del espectro autista, I: Relaciones sociales y comunicación. En A. Rivière y J. Martos (Comps.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (págs. 61-107). Madrid: APNA-IMSERSO.
- Rivière, A. (1993). El desarrollo y la educación del niño autista. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación, III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar* (págs. 313-333). Madrid: Alianza.
- Rodríguez, A.C. y Rodríguez, M.A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34 (1), 72-77.
- Rutter, M. (1968). Concept of autism: a review of research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, 1-25.
- Rutter, M. y Sussenwein, F.A. (1971). A developmental and behavioral approach to the treatment of preschool autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 376-397.
- Schopler, E. (1978). On confusion in the diagnosis of autism. *Journal of Autism and Children Schizophrenia*, 8, 137-138.
- Schreibman, L. (1975). Effects of within-stimulus and extrastimulus prompting on discrimination learning in autistic children. *Journal Applied Behavior Analis*, 8, 91-112.
- Shavelle, R.M.; Strauss, D.J. y Pikett, J. (2001). Causes of death in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 569-576.
- Solomon, M., Ono, M. Timmer, S. y Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of parent-child interaction therapy for familias of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1767-1776.

- Stein, D., Weixman, A., Ring, A. y Barak, Y. (2006). Obstetric complications in individuals diagnosed with autism and in healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 69-75.
- Tinbergen, E. A. y Tinbergen, N. (1972). Early childhood autism an ethological approach. *Advances in Ethology (Suppl. to Ethology)*, 10. Berlin: Paul Parey.
- Volkmar, F., Cook, J. E., Pomeroy, J., Realmuto, G. y Tanguay, P. (1999). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (1), 32-54.
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. En E. Schopler y G.B. Mesibov (Eds.), *Diagnosis and assessment in autism* (págs. 91-110). Nueva York: Plenum Press.
- Wing, L. (1993). The definition and prevalence of autism: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 61-74.
- Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.
- Wolff, S. (2004). The history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 201-208.