

Autismo infantil: intervención logopédica

A.M. Soprano

INTRODUCCIÓN

El autismo es un síndrome conductual que se inicia en la infancia, por lo general antes de los 3 años, caracterizado por alteraciones en la comunicación y la interacción social y por la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Hasta el momento, la ubicación nosológica del autismo resulta difícil a causa de la falta de acuerdo de los profesionales respecto del criterio de diagnóstico, la ausencia de marcadores biológicos y el escaso conocimiento de la fisiopatología de sus principales síntomas. Asimismo, las variaciones en cuanto a los diversos grados de severidad con que se manifiesta este trastorno contribuyen a aumentar la confusión.

Todo ello hace que en la actualidad se esté imponiendo el nombre de trastornos del espectro autista (TEA), término más amplio que intenta reflejar la heterogeneidad del cuadro en cuestión. Los TEA engloban el autismo, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado de desarrollo no especificado (TGD-NOS).

A pesar de los avances de la genética y de la tecnología médica, los TEA aún son un misterio para la ciencia actual. Por ahora el diagnóstico sigue siendo completamente clínico porque todavía no existe ningún examen biológico que pueda validarlo a través de la demostración de una disfunción del sistema nervioso. La mayoría de las etiologías que afectan al sistema nervioso

en etapas tempranas lo hacen de modo «no selectivo», es decir, que los síntomas autistas son una parte dentro del conjunto de signos de disfunción cerebral. En consecuencia, el diagnóstico de autismo sólo necesita del juicio clínico de un profesional experimentado.

PREVALENCIA

La prevalencia del autismo depende de su definición pero, en general, se acepta una proporción de 1:1.000, con predominio de varones en una relación aproximada de 4 a 1. Sin embargo, estudios más recientes muestran un incremento significativo de estas cifras que en ocasiones alcanzan al 1% de la población infantil (Baio, 2012).

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

El autismo no es una enfermedad, es decir, no es una condición con una sola etiología bien definida. Un diagnóstico de autismo no nos dice nada acerca de su causa o etiología, sólo implica que un sistema cerebral específico, aún no identificado, es disfuncional y que esa disfunción es responsable de los síntomas clínicos que se tienen en cuenta para el diagnóstico. En cuanto a la fisiopatología, existen numerosas hipótesis interesantes pero ningún hecho definitivo.

La etiología del autismo se conoce en algunos casos. Puede ser la consecuencia de una rubéola congénita, esclerosis tuberosa, espasmos infantiles, malformación cerebral u otras lesiones que afectan al cerebro en desarrollo. Sin embargo,

la mayoría de los niños con estas enfermedades no son autistas, lo cual indica que más que la etiología sería su localización en el cerebro y su fisiopatología lo que determinaría la aparición de la sintomatología autista.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

A continuación haremos un breve repaso de los principales síntomas que caracterizan al síndrome autista para, posteriormente, analizar con mayor profundidad los aspectos lingüísticos y comunicativos (Rapin, 2007; Belinchón et al., 1992).

Conducta social

Los trastornos de la conducta social pueden variar desde un completo desinterés por las personas, que son ignoradas o tratadas como objetos, hasta un modo intrusivo y continuo de preguntas reiterativas en un intento forzado de mantener el contacto con el otro. Los niños pueden ser distantes y evadir las miradas o entrometerse en el espacio del otro, acercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos u oliéndolos. En las primeras etapas de la niñez, de 3 a 5 años, se acentúa el aislamiento. «Cuando está más contento es cuando está solo» o «Ni siquiera mira a su nueva hermanita» son comentarios típicos de los padres. Por lo general prefieren la compañía de los adultos en lugar de otros niños, quizá porque las personas mayores son más tolerantes con los comportamientos autistas. El retraso en la aparición del habla, o su ausencia total, obstaculiza aún más los intentos de socialización. Además, la aprobación y la reprobación sociales, como recursos educativos, son más difíciles de emplear que con los niños normales. Los niños autistas parecen incapaces de juzgar las intenciones que subyacen a esas formas tan comunes de controlar la conducta. A veces pueden sentirse muy afectados por una reprimenda insignificante y en otras ocasiones ignoran una advertencia importante. Después de los 5 años suele producirse una mejoría en las habilidades sociales, en especial en los más capaces, pero siempre les resultará más difícil que a los otros niños comportarse «adecuadamente» con los demás. Con frecuencia sus compañeros normales les toman el pelo, les gastan bromas pesadas, su rareza social es tan evidente que basta para marginarlos, sin necesidad de ningún signo físico. Suele decirse que los autistas no tienen sentido de modestia, vergüenza o

culpa, los tabúes sociales les resultan difíciles de entender y por eso tienden a comportarse en público igual que en su casa. Los padres y profesores tienen que enseñarles de manera explícita y directa qué cosas pueden hacerse y cuáles no en situaciones sociales. Al mismo tiempo, y como rasgo positivo, son honestos, inocentes y sin malicia, no tienden a engañar ni manipular a las personas, y no cuentan chismes.

Conducta emocional

La conducta emocional se caracteriza por labilidad emocional, lágrimas o risas sin motivo aparente o irrupciones agresivas, falta de empatía, dificultad para interpretar los estados afectivos de las personas que los rodean, teniendo en cuenta la entonación de la voz, la mímica, los gestos y las posturas, así como por reacciones desproporcionadas al estímulo, falta de control o alto nivel de ansiedad. Los padres suelen comentar que es un niño tranquilo y feliz, siempre y cuando no se le contradiga. Se torna violento y autodestructivo cuando no se le permite cumplir con sus deseos. Algunos temen objetos inofensivos como unas escaleras o pompas de jabón, llevan para sentirse seguros un cochecito, una figurita de cartón o un palito, que no abandonan en ningún momento e incluso guardan debajo de la almohada mientras duermen. La ansiedad puede ser tan extrema que les impida enfrentar lo inesperado o cooperar en situaciones que no son amenazantes.

Lo más desorientador para la familia es la falta de respuestas emocionales adecuadas. No se trata de una ausencia total de afecto, es erróneo pensar que ningún niño autista tiene la capacidad para expresar afecto: mientras que a algunos les irrita el contacto físico y alejan a quien trata de abrazarlos, otros se cuelgan de las personas familiares o hasta llegan a ser indiscriminadamente afectuosos con los extraños. Los niños autistas expresan alegría, miedo, enojo y otros estados de ánimo, pero sucede a menudo que esas expresiones emocionales no se ajustan a las expectativas sociales.

Algunos son muy agresivos, pellizcan, muerden, arañan o pegan sin haber sido provocados. Pueden presentar crisis de furia y berrinches a veces muy graves. Destruyen todo lo que tienen a su alrededor, rompen, tiran por el aire objetos, muebles, ropa, juguetes, adornos o atacan a la persona que intenta contenerlos. Estas «rabietas» reflejan poco juicio social, incapacidad para

tolerar la frustración y un desarrollo inadecuado de los controles sociales inhibitorios.

Respuestas sensoriales

Los niños autistas pueden ser insensibles ante algunos estímulos auditivos como puede ser la voz humana, hasta el punto de parecer sordos, y al mismo tiempo ser hipersensibles a otros sonidos como el roce de un papel. La agnosia auditivoverbal podría ser, en esencia, un déficit severo de la percepción auditiva.

Algunos tienen un umbral elevado para el dolor y, por otra parte, pueden alterarse ante el mínimo contacto con la piel. Especialmente en los que tienen un mayor grado de retraso mental, se observan conductas de automutilación, morderse las manos o los brazos o pellizcarse hasta sangrar, golpearse la cabeza contra la pared hasta provocarse «chichones», o aplaudir tan fuerte que se originan callosidades en las palmas.

Presentan respuestas atípicas a los olores y al gusto: huelen la comida pero también los objetos y las personas, chupan elementos no comestibles, algunos sólo comen una variedad limitada de alimentos. Pueden estar meses alimentándose sólo de leche y plátanos, pizza, etc.

Por lo general, emplean mejor la modalidad visual que la auditiva. Algunos son extremadamente observadores y focalizan blancos casi invisibles. Una madre comentaba la habilidad de su hijo para descubrir una pelusa en el suelo, después de haber pasado la aspiradora. Les fascinan las luces, los objetos brillantes, los ventiladores o las cosas que giran.

Todas estas respuestas atípicas a estímulos sensoriales parecen indicar un déficit perceptivo más que un trastorno sensorial primario.

Estereotipias y habilidades motoras

A excepción de las estereotipias y quizá de la hipotonía, los déficits motores no son síntomas centrales de autismo. Muchos de ellos poseen una buena coordinación, caminan tempranamente, corren y trepan con agilidad, construyen rompecabezas de innumerables piezas, etc. Otros presentan trastornos motores leves, son torpes, dispráxicos (tienen dificultades en la motricidad fina, coger el lápiz, dibujar o abrocharse la ropa), caminan de puntillas, pero en general no existen alteraciones motoras severas a no ser que presenten una afección neurológica demostrable.

Las estereotipias, en cambio, son muy frecuentes. Es común observar mordedura de manos, protrusión repetida de la lengua, bruxismo en vigilia, frotación de las manos, aplausos inmotivados y lanzamientos de objetos (Fernández Álvarez, 2007). Una posible explicación de estos movimientos es que cumplen la función de autoestimulación; también se ha postulado que responden a un trastorno de neurotransmisión en los ganglios basales, a un exceso de catecolaminas o a una tasa alta de endorfinas. Las perseveraciones motrices y verbales, las actividades repetitivas y los actos de automutilación serían variantes del comportamiento estereotipado.

Funciones cognitivas

Alrededor de las dos terceras partes de los niños autistas presentan retraso mental con un cociente intelectual (CI) global inferior a 70. Sin embargo, la falta de acuerdo respecto a las fronteras del síndrome hace imposible conocer la verdadera distribución del CI. El porcentaje varía según la población seleccionada. La asociación de enfermedad neurológica y autismo aumenta la probabilidad de retraso mental.

En cuanto al perfil de habilidades cognitivas, es frecuente encontrar importantes discrepancias. En casos extremos del denominado síndrome *savant*, un talento excepcional puede coexistir con un retraso mental grave. Se han descrito muchos casos con habilidades especiales para la música, el dibujo, los cálculos aritméticos, la memoria mecánica, etc.

El patrón cognitivo más frecuente muestra capacidades verbales disminuidas en relación con mejores capacidades visuoespaciales. Un perfil inverso se postula para el síndrome de Asperger, aunque la delimitación de este cuadro con el autismo de alto funcionamiento es aún objeto de controversia.

También es significativo el déficit en funciones ejecutivas. Es esta falta de flexibilidad cognitiva, en el juicio y en el sentido común, lo que para ciertos autores avala la hipótesis de la existencia de una disfunción del lóbulo frontal (Soprano, 2009).

Memoria

Muchos niños con autismo poseen una memoria verbal o visuoespacial altamente desarrollada. Algunos recuerdan caminos o lugares que han visitado una sola vez, revelando sorprendentes capacidades de memoria visual. En otros, la

ecolalia diferida, la repetición de anuncios de radio y televisión, la habilidad para recitar el alfabeto y contar historias aprendidas de una película de vídeo, respetando exactamente las mismas palabras y con la misma entonación, dan testimonio de una excelente capacidad de memoria verbal, aunque habitualmente no comprenden lo que dicen.

Atención

Numerosos niños con autismo son inatentos e hipercinéticos. Pasan constantemente de un objeto a otro, sin apenas mirarlo ni jugar con él, van de un lado a otro sin detenerse, nada los entretiene. Resulta curioso que a veces esos mismos niños tienen alguna actividad favorita que mantiene su atención por horas (p. ej., mirar una y otra vez el mismo vídeo, ordenar cucharitas, etc.). Resultan llamativas la rigidez, la perseverancia o la resistencia al cambio (*sameness*).

También son comunes los trastornos del sueño. Tienen dificultades para dormirse, se levantan varias veces de noche y, en algunos casos, los períodos de insomnio se alternan con otros de hipersomnia.

Lenguaje y comunicación

Las alteraciones del lenguaje y la comunicación suelen ser el principal motivo de alarma para los padres y el que conduce a solicitar la ayuda profesional. En nuestra experiencia, el problema del lenguaje como motivo de la primera consulta aparece en más del 70% de los casos (Soprano, 2011). La sospecha de sordera también es común y se produce en alrededor de un 40% de los niños autistas. El mutismo y la sospecha de sordera se dan habitualmente, pero no siempre cuando el autismo se asocia con retraso mental. En estos casos, el mutismo puede explicarse como un efecto de una edad mental tan baja que no se corresponde con la normal a la que comienza a desarrollarse el lenguaje. Sin embargo, existe un pequeño porcentaje de sujetos autistas con edad mental no verbal superior a 3-4 años que también presentan mutismo completo.

Podemos encontrar cualquier tipo de alteración del lenguaje. Algunos niños son hiperverbales, pero detrás de esa fluidez se ocultan problemas de recepción, a veces muy sutiles y difíciles de detectar. Frente a construcciones lingüísticas abstractas, incluso los autistas con un CI alto no comprenden de la misma forma que sus pares normales.

Los autistas sin lenguaje funcional también pueden presentar patrones muy diversos en sus capacidades de comprensión lingüística y gestual, así como en sus competencias comunicativas. Algunos son capaces de desarrollar, después de un tratamiento, pautas de lenguaje por signos que les sirven para un control funcional limitado de su medio social. Todos presentan serias deficiencias de comprensión no sólo del lenguaje sino también de las formas simbólicas en general y de las situaciones sociales. Rasgos comunes son la literalidad y la dificultad para comprender las emisiones, así como las intenciones que éstas transmiten y la ausencia o seria deficiencia de pautas protodeclarativas.

En los autistas que desarrollan un lenguaje y que tienen un nivel intelectual alto, se observa que aquél es morfosintácticamente bien estructurado, aunque lacónico y muy poco fluido.

Mantener una conversación efectiva les resulta muy difícil. No parecen comprender que las conversaciones implican un intercambio de información.

Se registran carencias notorias, como falta de narraciones espontáneas, limitaciones en el diálogo y escaso desarrollo de todas las formas discursivas de matiz declarativo. Las palabras de contenido abstracto y los verbos mentales suelen estar ausentes de su lenguaje, pueden emitir frases completas de carácter ecolálico y con un grado de funcionalidad variable; también es común la inversión de pronombres personales o personas verbales, que indica una especial dificultad para tratar los términos deícticos del lenguaje. Tampoco comprenden los enunciados con doble sentido, la ironía o el sarcasmo y, en general, todos los enunciados con sentido metafórico, no literal; de ahí su llamativa ingenuidad e incapacidad para el engaño. Finalmente, las alteraciones prosódicas con una producción de aspecto monótono o automático, no matizada en cuanto a la entonación o con perturbaciones obvias de volumen y ritmo, constituyen otro de los rasgos destacables.

La afectación pragmática resulta particularmente notable, incluso en los autistas que han desarrollado un lenguaje bastante elaborado desde el punto de vista estructural. Sus emisiones tienden a desconocer las reglas conversacionales básicas, no diferencian bien entre la información que han comunicado y la información nueva para los interlocutores, y llevan a cabo monólogos repetitivos, limitados y carentes de interés.

Desarrollan una gama de «actos de habla» más restringida que la que poseen los niños disfasicos igualados con ellos en otros aspectos, de modo que raramente realizan acciones, como relatar experiencias pasadas, transmitir creencias o pensamientos, efectuar comentarios sobre objetos, etc. Tienden a emplear secuencias simples de pregunta-respuesta como recursos únicos y simples para iniciar o mantener conversaciones, pero con la particularidad de que con mucha frecuencia formulan preguntas cuya respuesta ya conocen previamente, no respetan la secuencia de turnos conversacionales, ni emplean la mirada como recurso para la demarcación de turnos, y son especialmente incapaces de reconocer la función informativa que puede cumplir el lenguaje aunque posean una intuición mayor de su posible función instrumental. Tienen dificultades para adaptar el tono de voz a la distancia del interlocutor y para emplear el acento de contraste en las palabras que conllevan una información nueva. Las anomalías funcionales incluyen los gestos comunicativos expresivos (amistad, bochorno), pero no los instrumentales («ven», «mira»).

Si bien no existe ningún síntoma lingüístico específico que sea patognomónico y exclusivo del autismo, algunas características, como la ecolalia, la jerga, la disprosodia, el mutismo, el hiperverbalismo, la hipoespontaneidad y los déficits receptivos, son extremadamente frecuentes.

En resumen, los datos demuestran que los componentes relacionados con la pragmática, la semántica y la prosodia se encuentran más afectados que los referidos a la fonología de segmentación, la morfología y la sintaxis.

Teoría de la mente

Algunos autores han tratado de explicar las alteraciones pragmáticas del lenguaje autista empleando la noción de «teoría de la mente» y el concepto de «relevancia». La teoría de la mente se refiere a la capacidad de atribuir explícitamente a otros estados mentales y poder diferenciar entre los estados mentales propios y los ajenos. Los sujetos autistas, debido a un trastorno específico en los mecanismos de metarrepresentación y teoría de la mente, fallan también en los procesos de inferencia mentalista que permiten producir un lenguaje relevante (capaz de modificar contextos mentales con un mínimo de recursos comunicativos) que tienen una especial significación en aquellas situaciones comunicativas cuyo fin último es modificar mundos mentales y no producir

cambios en el mundo físico. Esto explicaría el déficit generalizado de los autistas en aquellos procesos comunicativos y lingüísticos que implican compartir ideas, experiencias, deseos o intereses y no en los actos instrumentales que tratan de «lograr algo» a través de la comunicación.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

La identificación temprana de los TEA es un paso importante y a tal efecto se han intentado desarrollar diferentes técnicas (Pierce et al., 2011). La tarea no es sencilla dado que los síntomas precoces son variados, pero de un modo independiente ninguno de ellos resulta característico. Es el conjunto, su persistencia y su matiz particular, más que específico, lo que es significativo. En general, las observaciones clínicas coinciden en señalar que ya desde temprana edad suele notarse en los niños autistas falta de iniciativa, lentitud para responder a los requerimientos del adulto y para realizar actividades simples que por otra parte conocen a la perfección, en ocasiones estereotipias, baja tolerancia a la frustración y resistencia a los cambios del entorno.

Algunos autores (Baron-Cohen et al., 1996) consideran que es posible detectar el autismo desde los 18 meses, a partir de tres síntomas principales: déficit de atención conjunta, déficit de juego simbólico y ausencia de protodeclarativos. La selectividad en las comidas y ciertas peculiaridades en las vocalizaciones también han sido señaladas entre los signos tempranos (Wagner, 2010). Además, en la actualidad se cuenta con una serie de pruebas de cribado (tabla 16-1) que ayudan a corroborar la sospecha del cuadro. Para disponer de un registro detallado del comportamiento del niño, es muy útil filmarlo desde la primera consulta y, a su vez, solicitar los vídeos familiares, que, en caso de haber sido tomados, constituyen una excelente fuente de información.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES Sordera

El retraso en la aparición del lenguaje y la aparente ausencia de reacción ante ciertos estímulos auditivos (en particular, la voz humana) despiertan la sospecha de sordera. Sin embargo, en los sordos la comunicación no verbal está bien desarrollada. Tampoco hay que descartar la posibilidad de que ambos déficits coexistan en un mismo niño (autismo y déficit auditivo asociados).