

Criterios actuales para la clasificación de los trastornos profundos del desarrollo

Autoras

Gabriela Garrido

Médica Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Prof. Adj. de Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Laura Viola

Médica Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Profesora Titular de Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Correspondencia:

Lorenzo Carnelli 1235.
Montevideo, Uruguay
gabriela.garrido@f86.com

Introducción

El autismo infantil, por su inicio en etapas muy tempranas de la vida, por su gravedad y cronicidad, así como por los aspectos enigmáticos que envuelven su presentación clínica, ha determinado desde su primera delimitación por Leo Kanner en 1943, una multiplicidad de publicaciones, estudios e investigaciones.

La contribución de Kanner está dada no sólo por ser el primero en reconocer este trastorno, sino porque en ese trabajo basado en el análisis clínico de once niños, identifica las dificultades centrales del trastorno, señalando que las mismas corresponden a alteraciones tempranas en el desarrollo y consignando su posible asociación con factores genéticos¹.

Estos aportes conllevan también dificultades en la comprensión del autismo infantil en los años siguientes, ya que:

- 1) El uso de la palabra autismo lleva a la confusión con la esquizofrenia temprana.
- 2) La referencia sobre la relación del autismo infantil con padres “fríos”, determina la confusión con la noción de “deprivación materna”².
- 3) La conclusión de que estos niños poseen una inteligencia normal o superior en forma característica, condujo a que se adoptaran tratamientos equivocados, basados en la existencia de recursos cognitivos y comprensivos no manifiestos.

A su vez, otros autores como F. Tustin, M. Malher y D. Meltzer usan el término autismo para referirse a momentos o períodos del desarrollo normal, lo cual agrava la confusión³.

Estos conceptos propenden a clasificaciones basadas en una comprensión psicopatológica y etiológica que genera una diversidad de propuestas diagnósticas y clasificatorias con modalidades terapéuticas contrapuestas y poco eficaces las más de las veces⁴.

El Prof. Prego Silva, en su revisión sobre el autismo en 1999³, afirma: “...*aún hoy no hay un consenso sobre la ubicación del autismo infantil: ¿es una enfermedad con una etiología, con una sintomatología, con una evolución y con una propuesta (o propuestas) terapéutica bien precisa, o es un conjunto de síntomas (síndrome) que recibe una denominación para distinguirlo?*”

En los últimos veinte años, se han desarrollado investigaciones procedentes de las neurociencias que determinan cambios en la comprensión de la etiopatogenia, alejando las hipótesis psicogénicas y dando fuerte peso a los factores biológicos en interacción con los del ambiente. Paralelamente, los aportes de la neuropsicología y los estudios del desarrollo infantil, incorporan conocimientos sobre los procesos neurocognitivos.

Estos avances tienen una inmediata repercusión en los modelos terapéuticos, en la evolución y en los pronósticos.

Nos hemos visto, así, obligados a modificar y actualizar conceptos en un período corto, pero aún encontramos una cierta heterogeneidad en el diagnóstico y las clasificaciones, en las evaluaciones y en las estrategias de abordaje.

Actualmente, con el término autismo se engloba una diversidad de presentaciones clínicas de distinta gravedad, que comparte un patrón conductual común, centrado en la inhabilidad de estos niños para el establecimiento de interacciones sociales con otros, para la comunicación verbal y paraverbal y la presentación de un repertorio de conductas e intereses restringidos, rígidos y estereotipados con dificultades en los procesos de simbolización, imaginación y creatividad. Comparten, asimismo, todos ellos, alteraciones neurocognitivas características.

El recorrido es y continúa siendo, polémico, sinuoso y controversial. Es importante

transitar en forma sintética los mojones que marcan los cambios producidos en las conceptualizaciones y en la nosografía de este grupo de trastornos.

Reseña histórica

El autismo estuvo incluido dentro de las psicosis de la infancia y fuertemente vinculado a la esquizofrenia, pero los criterios nosográficos han evolucionado hacia una progresiva discriminación de estos términos en la infancia.

“El problema nosográfico de la psicosis del niño y sus límites, ha dado lugar a diversas posturas.”⁵

El término “autismo” es introducido por E. Bleuler en 1911, para designar uno de los síntomas de la esquizofrenia del adulto, determinado por la pérdida de contacto con la realidad y la dificultad para comunicarse con los demás.

Si bien Bleuler y Kraepelin describen que algunos de sus pacientes adultos presentan la enfermedad desde la infancia, no individualizan una forma de psicosis propia de esta etapa etaria⁵. Kraepelin afirma que el 3,5% de los pacientes esquizofrénicos adultos presenta en la niñez signos de “debilidad psíquica”, y Bleuler señala la aparición de la esquizofrenia desde los siete años de edad⁶.

El término “esquizofrenia infantil” incluye a todas las psicosis del niño hasta que Kanner describe el “autismo infantil precoz”⁷, incluyéndolo en el capítulo sobre esquizofrenia⁶ a pesar de que el sentido original del término se modifica, ya que en el niño pequeño no existen contenidos mentales susceptibles de perderse, sino que se trata de una incapacidad para adquirirlos⁷.

Más adelante, el autor diferenciará dentro de las psicosis del niño el “autismo precoz” y la “esquizofrenia” como dos entidades diferentes, planteando que el “autismo infantil precoz” se diferencia de la “esquizofrenia infantil” por el intenso aislamiento del sujeto y por su desapego del ambiente durante el primer año de vida⁸. Lo discrimina también de la

oligofrenia, ya que le atribuye una buena potencialidad intelectual.

La entidad nosológica descrita por Kanner se caracterizó por la presencia del “síndrome de alteraciones autísticas”, con patrones conductuales de alejamiento social, obsesividad, estereotipias y ecolalias.

“El denominador común de estos pacientes es su imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y las situaciones. Los padres dicen de ellos que quieren ser autónomos, que se enquistan, que están contentos cuando los dejan solos, que actúan como si las personas que los rodean no estuvieran, que dan la impresión de sabiduría silenciosa”¹.

A pesar de esta contribución, el autismo infantil es escasamente investigado y no se incluye el término en las clasificaciones siguientes. L. Eisenberg (1957) y E. Anthony (1958) proponen la diferenciación de los cuadros esquizofrénicos de la infancia en tres grupos⁹.

- **Grupo I.** Comienzo precoz y evolución lenta que incluye el síndrome de Kanner.
- **Grupo II.** Inicio entre 3-5 años con una evolución aguda seguida de una regresión que comprende la enfermedad de Heller, entre otras.
- **Grupo III.** De inicio más tardío con un curso fluctuante que abarca los cuadros “pseudopsicóticos” de L. Bender.

Autores franceses, R. Diatkine, R. Misés (1968), distinguen de acuerdo con el tiempo de aparición:

- **Psicosis precoces**, “autismo infantil precoz”, “la psicosis infantil simbiótica de Mahler”, las “psicosis deficitarias”, etcétera.
- **Psicosis tardías**, que se inician luego del cuarto año de vida.

En el DSM-I (APA-1952) y DSM-II (APA, 1968) bajo la definición de “esquizofrenia o reacción esquizofrénica, tipo infantil” se incluyen las “reacciones psicóticas en niños, manifestando primariamente autismo”.

Trastornos del desarrollo

Michael Rutter¹⁰ incorpora conceptos fundamentales, al plantear que el autismo corresponde a “alteraciones” de aspectos del desarrollo desde el nacimiento o en los primeros años. Distingue así aquellos trastornos precoces de los que aparecen más tardíamente subrayando:

- 1) La baja incidencia familiar de esquizofrenia en niños con trastornos de inicio precoz.
- 2) La asociación con niveles socioeconómicos más altos que en los padres de niños con trastornos de inicio más tardío.
- 3) Diferencias en los patrones de las funciones cognoscitivas.
- 4) Diferencias en la evolución. En tanto los niños con alteraciones precoces excepcionalmente desarrollan alucinaciones e ideas delirantes, estas son frecuentes en las de inicio más tardío.

Se formula a partir de investigaciones sobre el desarrollo normal y el autismo, el primer conjunto de criterios clínicos para estos cuadros y se introduce el término “trastornos del desarrollo”. Estos trabajos generan un cambio conceptual esencial: la conducta de los niños con autismo se debe a trastornos de aspectos del desarrollo que se expresan desde el nacimiento o en los primeros años de la infancia, y reconocen causas biológicas.

Trastorno generalizado del desarrollo

En el DSM-III (APA, 1980) fue usado por primera vez el término trastorno generalizado del desarrollo.

En paralelo, el otro sistema de clasificación de los trastornos psiquiátricos, la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-OMS), en sus primeras ediciones no incluye en absoluto el autismo. En la versión de 1967 menciona sólo el autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluye bajo el encabezamiento de “psicosis infantil”. Es recién en la ICD-10 (OMS-1992) que aparecen los *trastornos generalizados del desarrollo*¹¹.

Previo a la incorporación de esta terminología, la consideración en las clasificaciones de aspectos clínicos, psicopatológicos y evolutivos en forma simultánea y no bien discriminada, hizo difícil la comunicación entre investigadores y clínicos.

La inclusión de condiciones clínicas diversas en las distintas categorías diagnósticas impide comparar y evaluar resultados de programas y prácticas psicoterapéuticas. El “aislamiento” no es sólo de los niños y sus familias, sino de aquellos que se dedican a su estudio y tratamiento. Esta situación genera confusión y desconcierto, tanto entre los profesionales como en las familias.

Nosografía actual, acuerdos, consensos y dificultades

La Psiquiatría Pediátrica debe propender a lograr acuerdos básicos con otros actores involucrados en la temática del autismo y trastornos afines –especialidades médicas, asociaciones de padres, educadores, técnicos del primer nivel de atención– para poder desarrollar acciones que apunten a:

- * la detección temprana de estos trastornos;
- * la implementación de tratamientos integrales y oportunos, en los distintos niveles de atención; y
- * la búsqueda de apoyos efectivos desde los sectores de la salud, la educación y la previsión.

En este sentido, se destacan algunos hechos importantes para el logro de consensos en el ámbito internacional:

A. La incorporación de las clasificaciones multiaxiales que permiten realizar una formulación diagnóstica considerando distintas dimensiones. Evita la confusión que surge de la utilización de criterios etiológicos, edades de inicio, niveles de funcionamiento y presentaciones clínicas en forma indiscriminada^{12, 13}.

La clasificación multiaxial evita contraponer diagnósticos como, por ejemplo: “autismo”/ “retardo mental”/“epilepsia”, asignándolos a distintos ejes lo que permite integrar en un

mismo paciente estas entidades tan frecuentemente asociadas (Esquema 1).

Esquema 1

Clasificación multiaxial de los trastornos generalizados del desarrollo (DSM-IV)

- Eje I. Trastornos profundos del desarrollo-TIPO
- Eje II. Nivel intelectual - Retardo mental o no
- Eje III. Patología orgánica identificable
- Eje IV. Aspectos vinculares, familiares y ambientales
- Eje V. Funcionamiento global

B. Otro punto a destacar es la incorporación del término “paraguas”¹⁴ de “Pervasive developmental disorder” (PDD) en el DSM-III (1980), en español “trastorno generalizado del desarrollo” (TGD) o su sinónimo “trastorno profundo del desarrollo” (TPD).

Este término logra una amplia recepción y difusión entre clínicos de diversas especialidades y formaciones teóricas, lo cual facilita el uso de un lenguaje común, favoreciendo compartir información y comparar estudios e investigaciones.

Volkmar y Cohen¹⁵ señalan las ventajas de esta terminología:

- 1) la ausencia de un bagaje teórico excesivo o controversial,
- 2) el uso extendido en las distintas disciplinas y
- 3) el énfasis en los aspectos del desarrollo y en sus alteraciones precoces.

C. Por último, para el logro de los acuerdos se destaca el Consenso entre los sistemas de Clasificación de la Enfermedad Mental en sus últimas versiones, el DSM-IV (1994)¹⁶ y el CIE-10¹⁷ (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS, el cual representa un avance para la unificación de criterios (Tabla 1).

Estos hechos permiten contar con un sistema diagnóstico de los trastornos profundos del desarrollo, internacionalmente aceptado y válido³.

El DSM-IV TR (2000) mantiene el mismo grupo de trastornos e iguales criterios, in-

Tabla 1

Correspondencia entre las categorías del DSM-IV y el CIE-10	
Diagnóstico en el DSM-IV (APA, 1994)	Diagnóstico en la ICD-10 (WHO, 1992, 1993)
Trastorno autista	Autismo infantil (F 84.0)
Trastorno de Rett Trastorno de Asperger	Síndrome de Rett (F84.2)
Trastorno desintegrativo de la infancia	Otros trastornos desintegrativos de la infancia (F84.3)
Trastorno de Asperger	Síndrome de Asperger (F84.5)
Trastorno generalizado del desarrollo No especificado TGD-NO	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (F84.9)
(Incluidos en TGD-NO)	Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8)
(Incluidos en TGD-NO)	Autismo atípico (F84.1)
(No se corresponde con ningún diagnóstico de DSM-IV)	Trastorno hiperactivo con retraso mental con movimientos estereotipados (F84.4)

corporando exclusivamente modificaciones en el texto.

Seguramente las próximas ediciones de los sistemas clasificatorios, recojan la información proveniente de investigaciones en curso e incorporen nuevos cambios en la nosografía.

Consideraciones diagnósticas

El diagnóstico positivo de los trastornos profundos del desarrollo continúa siendo clínico. Esto quiere decir que se realiza sobre la base de la historia clínica completa, a través de entrevistas a padres, de la observación del niño y de la utilización de cuestionarios complementarios. No hay técnicas de laboratorio ni estudios de imagen, ni pruebas específicas para la certificación del diagnóstico. Los estudios paraclínicos son fundamentales para la pesquisa etiológica. El diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde temprana edad, coincidiendo todos los sistemas de clasificación actuales en que las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación con un patrón de actividades repetitivo y rígido, son rasgos cruciales para el diagnóstico (Esquema 2).

Esquema 2

Trípode de alteraciones consideradas centrales para el diagnóstico de trastornos profundos del desarrollo (PDD)

- 1) Alteración en la interacción social
- 2) Alteraciones o déficits en la comunicación
- 3) La existencia de intereses y conductas restringidas y estereotipadas

1) **Alteraciones cualitativas de la interacción social o déficits en el establecimiento de relaciones sociales.** Se destaca el fracaso del uso de comportamientos no verbales, como, por ejemplo: la mirada ojo a ojo, los gestos, la postura corporal, elementos fundamentales en la regulación de la interac-

ción social y la comunicación entre los seres humanos. Hay un fracaso en el desarrollo de relaciones con otros, acordes o esperadas para la edad. No hay participación en juegos sociales habituales, competencias, prefiriendo el juego solitario. Involucran a otros en actividades, simplemente como herramientas o ayudas mecánicas. Se puede afirmar que hay una falta de reciprocidad emocional social¹⁸. Son frecuentes las expresiones emocionales inadecuadas, como llantos y risas inmotivados que generan dificultades en el entorno familiar o educativo para su comprensión.

2) **Alteraciones o déficits en la comunicación.** Incluye el lenguaje, la capacidad conversacional y juego simbólico. En el repertorio de las alteraciones del lenguaje hay una amplia gama que va desde la ausencia total de lenguaje expresivo, hasta alteraciones más sutiles donde puede existir un lenguaje con rico contenido lexical, sin alteraciones formales, pero con francas alteraciones en la pragmática, cargado de ecolalias o neologismos.

3) **Alteraciones en los patrones de conducta,** con intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. Incluyen desde estereotipias motoras, como balanceo, aleteo de manos, conductas auto-lesivas. Muestran una marcada adherencia a rutinas o rituales “no-funcionales”, con preocupaciones obsesivas y elección de juegos repetitivos con un peculiar interés centrado más en las partes de los objetos que en su totalidad¹⁸.

Entidades clínicas

Dentro de la categoría *trastornos generalizados del desarrollo* se incluyen en el DSM-IV cuatro secciones bien diferenciadas y una que abarca todas aquellas situaciones que, presentando el trípode diagnóstico, no reúnen los criterios requeridos para los otros grupos:

- a) Trastorno autista
- b) Trastorno de Rett
- c) Trastorno desintegrativo de la infancia
- d) Trastorno de Asperger
- e) Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

El trastorno autista corresponde al autismo infantil clásico o autismo infantil de Kanner. Además de las características clínicas ya mencionadas, se caracteriza por su inicio muy precoz, habitualmente antes del tercer año y asociarse aproximadamente en el 75% de los casos con retardo mental.

El trastorno de Rett presenta características clínicas propias –desaceleración del crecimiento cefálico, movimientos estereotipados de manos muy característicos, pérdida de destrezas adquiridas con severo deterioro del lenguaje– y un curso evolutivo y pronóstico diferente al resto de los TGD. Si bien en los primeros años comparte el trípode para el diagnóstico, luego se aleja, mejorando parcialmente lo referente a la interacción social y persistiendo y agravándose en forma progresiva, el déficit cognitivo y las alteraciones motoras.

El trastorno desintegrativo infantil en su forma de deterioro progresivo, se asemeja a la situación anterior, y generalmente está asociado con patología metabólica o neurológica que en la evolución pueden ser diagnosticadas.

Estas dos últimas categorías son consideradas por algunos autores como “trastornos profundos del desarrollo desintegrativo”, por su característico perfil evolutivo al deterioro¹⁴.

El trastorno de Asperger comparte con el autismo clásico las alteraciones cualitativas en la interacción social y los repertorios restringidos y repetitivos, pero no asocia déficit intelectual. Estos pacientes adquieren un lenguaje fluido aun cuando siempre aparecen alteraciones variadas en la pragmática.

Finalmente, la categoría trastorno profundo del desarrollo - no especificado (PDD-NOS)¹⁹,

sigue representando una gran “bolsa”, pues como diagnóstico de exclusión reúne cuadros clínicamente muy heterogéneos que en conjunto resultan más frecuentes que el trastorno autístico restringido y de mayor complejidad para su diagnóstico clínico.

Algunos autores plantean que es frecuente que esta categoría sea utilizada con distintos objetivos, lo cual hace más compleja su delimitación.

1. Como diagnóstico provisional cuando no se ha completado la evaluación.

2. Para ubicar cuadros de menor gravedad que el trastorno autístico; son trastornos con menor componente autístico.

3. Para cuadros que comienzan luego de los 36 meses.

4. Algunos autores proponen la inclusión en esta categoría de una serie de trastornos aún no bien caracterizados y que no están incluidos en forma independiente en el DSM-IV, tales como: el trastorno semántico-pragmático, el trastorno múltiple y complejo del desarrollo (MCDD), el multiple developmental impairment (MDI), y diversos trastornos reactivos de la vinculación. Continúa siendo esta una zona oscura que requiere mayores estudios y delimitaciones (Esquema 3).

Las tres categorías (trastorno autístico, trastorno de Asperger y trastorno no especificado) constituyen por el momento, un espectro amplio de presentaciones clínicas que tienen en común los elementos centrales del “trípode” de los trastornos profundos del desarrollo y una evolución con tratamiento, hacia la adquisición paulatina de habilidades.

Esquema 3

Trastornos profundos del desarrollo no especificados



INCLUYE:

- 1- MMD (Multiple Developmental Disorder)
- 2- MDI (Multiple Developmental Impairment)
- 3- TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA
- 4- TRASTORNO SEMÁNTICO PRAGMÁTICO
- 5- OTROS...

El espectro autista

Un continuo que se extiende desde el trastorno autista con ausencia de lenguaje y retardo mental, hasta el síndrome de Asperger de alto funcionamiento, pasando por el heterogéneo grupo de los “no especificados”, constituye el grupo de cuadros que abarcan los trastornos del espectro autista definidos por Lorna Wing²⁰, “como un amplio continuo de trastornos con diversidad en su presentación clínica y con alteraciones cognitivas y neuroconductuales en común”.

Con esta conceptualización la autora introduce una noción dimensional para la clasificación de estos trastornos, basándose en dos estudios epidemiológicos rigurosos de prevalencia; el primero de Wing y Gould en un distrito de Londres²¹, que considera niños con coeficiente intelectual inferior a 70 y un segundo estudio que investiga el síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento en Gothenburgo²². Estos estudios permiten ver que ambos grupos tienen características centrales en común, aun cuando estos abarcan una amplia gama de presentaciones clínicas y de gravedad (Esquema 4)²³.

Wing señala que la noción de espectro autista establece una gama de distintos grados

de compromiso en la calidad de la interacción social y que esta se vincula estrechamente con las necesidades de servicios que presentan estos niños²⁰. Se agrega que este término ha sido mejor acogido por los padres del Reino Unido que el de trastornos generalizados del desarrollo, lo que aumenta el interés por su uso. En nuestro país, se ha ampliado la utilización del término trastorno del espectro autista (TEA), lo que facilita la comprensión por parte de los padres y brinda una mayor utilidad en la organización de estrategias terapéuticas y educativas, presentando una perspectiva pronóstica más alentadora.

Complejidades diagnósticas

A pesar de los avances en cuanto a las clasificaciones, aún existen dificultades en el diagnóstico de los trastornos del desarrollo.

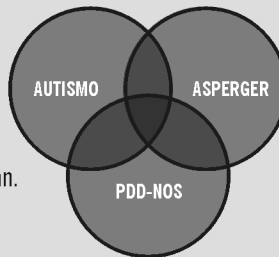
1) Los cuadros en los límites de la nosografía

Los cuadros no claros o de intersección, los cuales generan dificultades para el uso de las clasificaciones categoriales (DSM-CIE). Es paradigmática la complejidad diagnóstica entre el trastorno autista de alto funcionamiento y el trastorno de Asperger (Ejemplo 1).

Esquema 4 | Sistemas de Clasificación

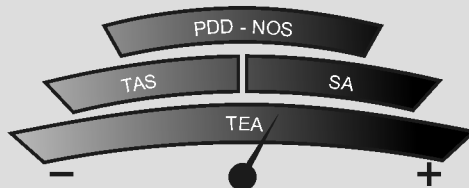
CATEGORIAL:

Sistema médico que establece que los Trastornos están presentes o no lo están.



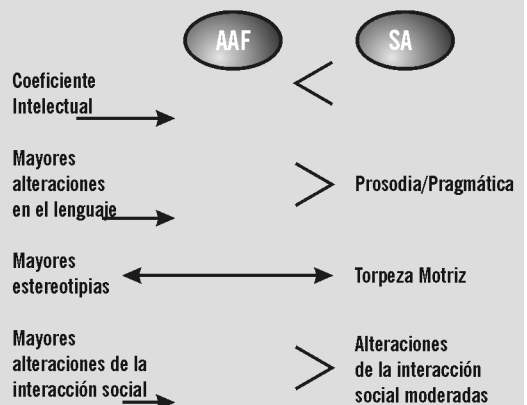
DIMENSIONAL:

Sistema que incluye los Diagnósticos DE ESPECTRO. Implica que los fenómenos se distribuyen según grados de Funcionalidad o disfuncionalidad.



Ejemplo 1

Dificultades para separar AUTISMO ALTO FUNCIONAMIENTO (AAF)/ ASPERGER(SA) en DSMIV y CIE 10



Ocurre algo similar con la posibilidad de diferenciar el trastorno de Asperger y algunos casos de trastornos no especificados (Ejemplo 2).

Ejemplo 2

Dificultades para separar PDD-NOS/Asperger en DSM-IV y CIE-10

ASPERGER

Disfunción social
buen desarrollo del lenguaje
(con alteración en ciertas áreas)
Torpeza motriz

PDD-NOS

Disfunción social
Generalmente retardo en el desarrollo del lenguaje
Pueden o no ser torpes

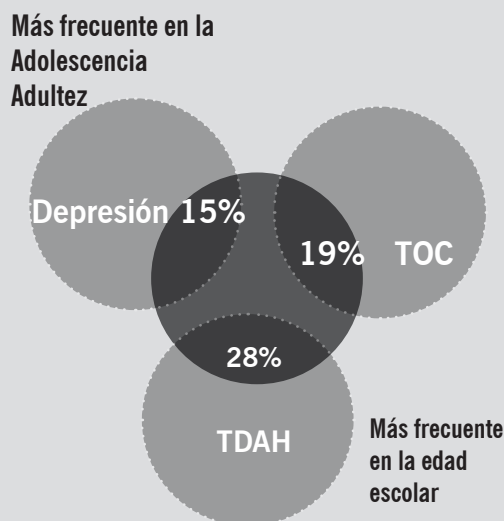
Las diferencias pueden resultar sutiles e impedir el diagnóstico de tipo de TGD. Estos esfuerzos para discriminar entre las distintas categorías no parecen sustanciales a efectos de los tratamientos ni del pronóstico. El sistema dimensional es el que mejor da cuenta de la pérdida de distancia entre las categorías.

2) La posible asociación de otros trastornos en los distintos ejes

Un niño con un trastorno del espectro autista puede asociar otros trastornos. García Coto plantea que la comorbilidad en el eje I es muy amplia, sobre todo en los niños con mejor funcionamiento²⁴. Pueden asociarse trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, etc. Es fundamental diferenciar los síntomas y conductas propios del autismo de los trastornos asociados (Ejemplo 3).

Ejemplo 3

Comorbilidad síndrome de Asperger



Como ya fue dicho, el retardo mental (eje II) está frecuentemente asociado y es importante su valoración por ser un indicador del pronóstico.

Distintos estudios muestran la co-ocurrencia del trastorno del espectro autista con trastornos claramente orgánicos (eje III), como los factores de riesgo perinatales, las alteraciones en el EEG y la epilepsia, las alteraciones genéticas, los déficits sensoriales, etc.²⁵.

La presencia de situaciones traumáticas, condiciones de crianza o modalidades vinculares inapropiadas, los problemas psicosociales o ambientales del eje IV, pueden interactuar con los factores biológicos.

Todos estos diagnósticos asociados deben identificarse y tratarse en forma específica, ya que, de ignorarse, pueden determinar el fracaso del tratamiento.

3) Los niños tempranos o menores de 3 años

La Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los Desórdenes en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana - "Clasificación diagnóstica: 0-3"²⁶, alerta sobre las limitaciones en la utilización de las categorías

diagnósticas del DSM-IV o CIE-10 en niños pequeños, fundamentalmente en los menores de 3 años, en los cuales el “*desarrollo es rápido, naturalmente desigual y potencialmente más flexible*”²⁶, siendo probable que los niños pequeños entren y salgan de los patrones conductuales de riesgo, señalando que ninguno de los rasgos clínicos de los TGD son patognomónicos de los mismos.

Esta clasificación señala lo inconveniente de considerar a los niños pequeños con dificultades para el relacionamiento y la comunicación dentro de los TGD. Plantea la denominación de “trastorno multisistémico del desarrollo” (TMSD), categoría descriptiva que expresa los múltiples tipos de retrasos o disfunciones.

Se debe considerar esta categoría cuando el niño presenta un “deterioro significativo en la comunicación y el procesamiento motor y sensorial, pero revela alguna capacidad o potencial para la interacción y la proximidad relacionales”.

Posibilita la diferenciación en tres tipos específicos de TMSD de acuerdo con la gravedad en la afectación de los niveles de relacionamiento social, comunicación, lenguaje, afecto y procesamiento sensorial.

Se jerarquiza que en estas etapas, una vez detectadas ciertas conductas de riesgo, se debe realizar un seguimiento cercano del niño y un control evolutivo, ya que la fijeza de la sintomatología será lo que determinará el diagnóstico futuro y con él, el pronóstico. La identificación precoz y la realización de tratamientos adecuados, permiten que muchos niños con “rasgos autistas” desarrollen relaciones con calidez e intimidad.

La detección temprana de ciertas conductas de riesgo para desarrollar TGD se vuelve fundamental para poder iniciar, lo antes posible, un tratamiento adecuado ya que puede modificar los pronósticos de estos niños²⁷. Este concepto es aceptado en forma unánime por toda la comunidad científica²⁸.

La Clasificación diagnóstica: 0-3 no está contemplada en los consensos, por lo cual se debe tomar con esta salvedad.

4) El grado de funcionamiento, discapacidad y la clasificación de enfermedad

Para poder informar sobre el compromiso funcional y el nivel de discapacidad no alcanza con el diagnóstico de la enfermedad o trastorno. En el DSM-IV se cuenta con el eje V (evaluación del funcionamiento global) que permite una aproximación al grado de compromiso funcional. El CIE-10 se debe complementar con las clasificaciones de funcionamiento, cuya última versión se denomina “Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF). Integra la familia de Clasificaciones de la OMS; a diferencia de la CIE, no clasifica enfermedades sino niveles de funcionamiento/actividad y participación, siendo ambas complementarias.

Los trastornos del espectro autista están considerados en la CIF en la dimensión de las “funciones corporales”, como “funciones psicosociales globales”. “*Las funciones mentales generales, que se desarrollan a lo largo del lapso de vida requerido para entender e integrar constructivamente las funciones mentales que llevan a la formación de las habilidades necesarias para establecer interacciones sociales recíprocas, en términos de significado como de finalidad.*” *Inclusión: Tales como AUTISMO (CIF-2001).*

Es un instrumento útil a la hora de establecer niveles de funcionamiento y de discapacidad y de promover políticas de protección. Son muy escasos aún los estudios de aplicación de este instrumento, sobre todo en niños.

Conclusiones

Si bien se plantea que diagnóstico y clasificación están vinculados, es un error reducir el diagnóstico a una categoría de la clasificación, pues difícilmente esta dé cuenta de las particularidades y de la complejidad de cada caso. El uso de las clasificaciones es útil en tanto unifica criterios, permite un lenguaje común que facilita intercambios e investigaciones. Brinda un camino para organizar estrategias

de tratamiento y así mejorar los pronósticos de estos graves trastornos del desarrollo⁴.

Los sistemas clasificatorios que se utilizan repercuten fuertemente en los estudios de prevalencia y es importante considerar los cambios que se han producido a este nivel a la hora de analizar las posibles causas del incremento de los trastornos generalizados del desarrollo^{29, 30}.

Los cambios en la nosografía influyen en los estudios de la evolución a largo plazo. Se debe tomar en cuenta que recién están en la edad adulta los primeros niños diagnosticados con los términos y los criterios aquí mencionados. A su vez, las investigaciones y la práctica clínica se han focalizado en niños pequeños y existen pocos estudios prospectivos que permitan conclusiones definitivas sobre la continuidad de estos trastornos³¹.

Para un diagnóstico preciso se requiere de un proceso de evaluación que incluya entrevistas a padres e informantes, la observación del niño en condiciones de actividad libre y estructurada, la aplicación de instrumentos complementarios de evaluación y la realización de estudios electroencefalográficos, metabólicos, genéticos y otras evaluaciones específicas. Requiere, entonces, recursos humanos especializados, tiempo e instrumentos. La creación de equipos especializados para el diagnóstico de estos trastornos es imprescindible y su colaboración con los equipos que toman a cargo el seguimiento del niño y su familia³².

En el ámbito de la Psiquiatría Pediátrica, en el momento actual se cuenta con los siguientes acuerdos básicos:

- * Cuando se habla de trastornos profundos del desarrollo se está haciendo referencia a un “espectro” de presentaciones clínicas de distinta gravedad.
- * Estos trastornos tienen una base orgánica con marcada “heredabilidad”.
- * Todos ellos comparten alteraciones en mayor o menor grado en una serie de funciones neurocognitivas.
- * Todos los estudios coinciden en las ventajas de una detección temprana y un diagnóstico precoz.

- * La intervención temprana con programas específicos, determina un mejor pronóstico.
- * Los tratamientos deben ser multimodales y oportunos.

Referencias bibliográficas

1. **Kanner L.** Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child* 1943; 2:217-50.
2. **Bettelheim B.** *La Fortaleza Vacía*. Barcelona: Paidós; 1967, 640 pp.
3. **Prego Silva LE.** Autismo y Síndromes Autistas. En: *Autismos: revisando conceptos*. Montevideo: Trilce; 1999, pp. 21-76.
4. **Garrido G.** Dificultades y necesidades en el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Montevideo: INAU - INN; 2003, pp. 13-25.
5. **Ajuriaguerra J.** Las Psicosis Infantiles. Historia y Clasificación. En: *Manual de psiquiatría infantil*. 4 ed. Barcelona: Masson; 1977, pp. 663-677.
6. **Kanner L.** La Esquizofrenia. En: *Psiquiatría Infantil*. 1ª edición en castellano. Oxford: Paidós; 1966, pp. 709-31.
7. **Brauner A.** Dificultades fundamentales inherentes al autismo infantil precoz. En: *Vivir con un niño autístico*. 1ª edición en castellano. Barcelona: Paidós; 1978, pp. 17-30.
8. **Kanner L.** How far can autistic children go in matters of social adaptation? *Journal of Autism Child Schizo* 1972; 2:9-33.
9. **Ajuriaguerra J.** Las psicosis infantiles. Trastornos Psicóticos Precoces. En: *Manual de psiquiatría infantil*. 4 ed. Barcelona: Masson; 1977, pp. 677-731.
10. **Rutter M.** Psychotic disorders in early childhood. *Recent developments in schizophrenia*. 1967.
11. **Wing L.** Descripción de los trastornos del espectro autista. Historia. En: *El autismo en niños y adultos*. 1ª edición

- en castellano. Barcelona: Paidós; 1998, pp. 23-101.
12. **Rutter ML, Eisenberg L.** A tri-axial classification of mental disorders in childhood: An international study. *J Child Psychol Psychiatry* 1969; 10:41-61.
 13. **Ferrari M.** Can differences in diagnostic criteria be stopped? *J Autism Developmental Disorders* 1982; 12:85-8.
 14. **Volkmar F, Cohen D.** Diagnosis and Classification of Autism and Related Conditions: Consensus and Issues. In: *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Cohen D; 1997, pp. 5-40.
 15. **Volkmar FR, Cohen DJ.** Debate and Argument: The Utility of the Term Pervasive Developmental Disorder. *Journal of Child Psychol and Psychiatry* 1991; 32:1171-1172.
 16. Asociación Americana de Psiquiatría. *Trastornos Generalizados del Desarrollo. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995, pp. 69-82.
 17. OMS. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima edición*. Meditor.1992.
 18. **Charman TG.** Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista en niños de dos-tres años de edad. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43:289-305.
 19. **Towbin K.** Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified. In: *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Second ed. USA: Cohen D, Volkmar F; 1997, pp. 123-147.
 20. **Wing L.** Syndromes of Autism and Atypical Development. In: *Handbook of Autism and Developmental Disorders*. Second ed. USA: Cohen D, Volkmar F; 1997, pp. 148-170.
 21. **Wing L.** Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Developmental Disorders* 1979; 9:11-29.
 22. **Gillberg C.** The epidemiology of Asperger syndrome: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:1327-50.
 23. **Volkmar F, Shaffer D.** "PPD-NOS in DSM IV". *J Autism Developmental Disorders* 2000; 30:74-75.
 24. **García Coto M.** Trastornos generalizados del desarrollo: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En: *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Grau Martínez A. Barcelona: Panamericana; 2000, pp. 561-594.
 25. **Sinigagliesi F.** Trastornos asociados en TGD, estudio sobre 55 pacientes. 1996.
 26. National Center CIP. *Clasificación diagnóstica: 0-3. Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los Desórdenes en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana*. 1 ed 1998.
 27. **Lord C, Risi S, Di Lavore PS.** Autism from 2 to 9 years of age. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:694-701.
 28. Consenso de la Sociedad de Neurología Infantil y Academia Americana de Neurología. Comité de Expertos presidido por Filipek J. *Parámetros Prácticos para el Diagnóstico y la Evaluación del Autismo*. In: Web 2001: 1-19.
 29. **Baird G et al.** Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project. *Lancet* 2006; 368:179-181.
 30. **Fombonne E et al.** Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canadá: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics* 2006; 118:139-150.
 31. **Gari B.** Adolescent and Adults with Autism. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Cohen D. Second ed 1997:309-24.
 32. **Fédération Française de Psychiatrie avec la Haute Autorité de Santé sous le Patronage de la Direction Générale de la Santé.** Dépistage et diagnostic de l'autisme. In: <http://www/sante.gouv.fr/actu/autisme2005>