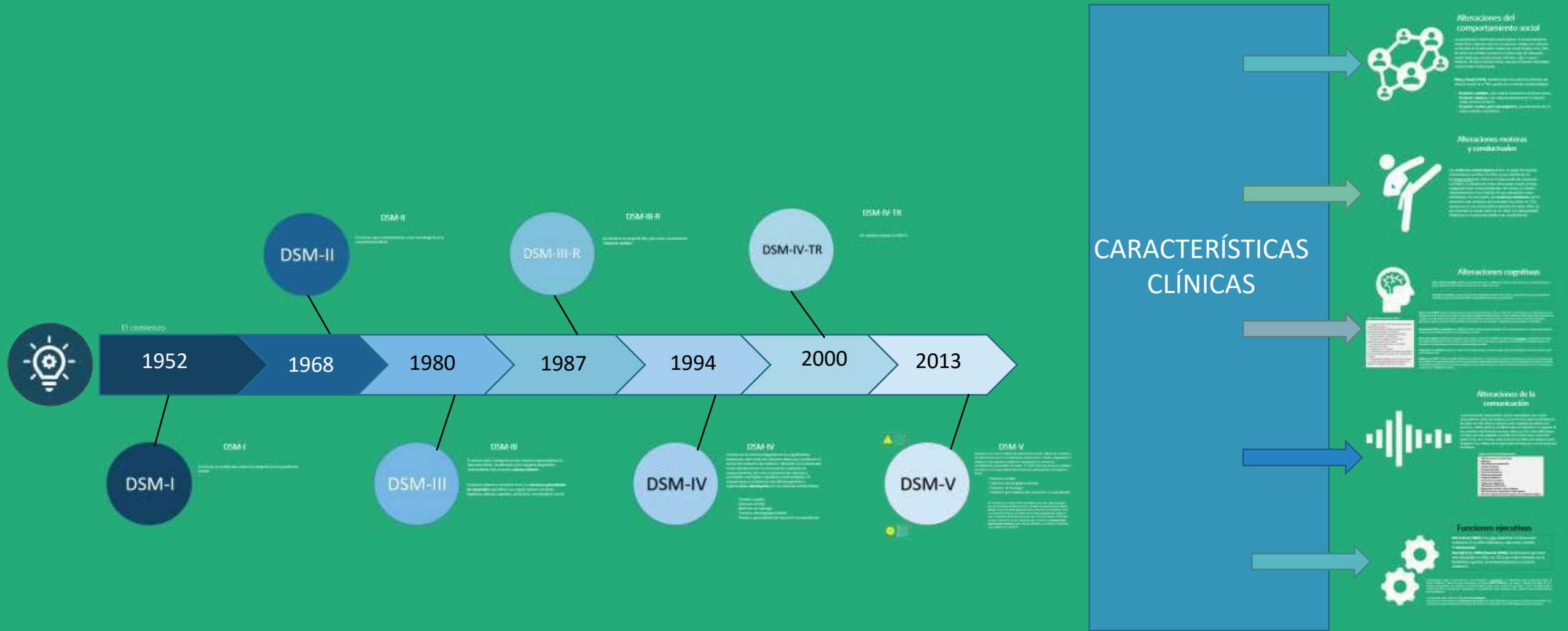


Trastorno del espectro del autismo



El comienzo



1911. Bleuler emplea por primera vez el termino autismo para Referirse a la marcada tendencia de los pacientes esquizofrénicos a vivir encerrados en sí mismos, aislados socialmente y casi sin comunicación con el mundo exterior.

1943. Leo Kanner (1943) es pionero en investigar y definir el autismo en niños. Considera el autismo como una alteración del contacto psicoafectivo.



DSM-I

DSM-I

El autismo se consideraba como una categoría de la esquizofrenia infantil.



DSM-II

DSM-II

El autismo sigue considerándose como una categoría de la esquizofrenia infantil.

DSM-III

DSM-III

El autismo pasó a integrarse en los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), considerado como categoría diagnóstica independiente denominada «**autismo infantil**».

El autismo infantil se considera como un «**trastorno generalizado del desarrollo**» que afecta a un amplio espectro de áreas: lingüística, afectiva, cognitiva, conductual, comunicativa y social.



DSM-III-R

DSM-III-R

Se mantiene la categoría TGD, pero pasa a denominarse «**trastorno autista**».

DSM-IV

DSM-IV

Cambios en los criterios diagnósticos muy significativos, destacando sobre todo tres síntomas claves que constituyen el núcleo del «espectro del autismo»: alteración en la interacción social, alteraciones en la comunicación y patrones de comportamiento, así como la presencia de intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. El autismo pasa a considerarse una etiqueta genérica y engloba **cinco subcategorías** con sus síntomas característicos:

- Trastorno autista.
- Síndrome de Rett.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.



DSM-IV-TR

DSM-IV-TR

Sin cambios respecto al DSM-IV.



DSM-V



DSM-V

Agrupar en un mismo criterio las alteraciones de las relaciones sociales y las alteraciones de la comunicación; eliminar como criterio diagnóstico el trastorno del lenguaje y señalar la importancia de valorar las sensibilidades sensoriales inusuales. El DSM-5 incluye todos los subtipos de autismo en lo que denomina «trastorno del espectro del autismo» (TEA):

- Trastorno autista.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Se considera un trastorno del neurodesarrollo, de origen biológico, que se manifiesta de forma precoz, siendo frecuente su aparición en edades muy tempranas (generalmente antes de los tres años), tiene una evolución crónica con diferentes niveles de gravedad, según el caso y momento evolutivo de la persona. De esta manera el término «autismo infantil» ha sido sustituido por el término «**trastorno del espectro del autismo**», que incluye también a los adultos y ancianos que padecen el trastorno.

Criterios diagnósticos DSM-5 para el TEA

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

Especificar la gravedad actual.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

Especificar la gravedad actual.

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Hay que especificar si:

- Existe discapacidad intelectual o no.
- Si hay alteraciones o retraso en el desarrollo del lenguaje.
- Si está asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Si está asociado a un trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.
- Si está asociado con catatonía.





Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 «Necesita ayuda muy notable»	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios y otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. <u>Ansiedad</u> intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 «Necesita ayuda notable»	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales, y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 «Necesita ayuda»	Sin ayuda <i>in situ</i> las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes, Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos, Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Alteraciones del comportamiento social



La variabilidad y diversidad observada en el comportamiento social llevó a algunos autores a proponer subtipos de autismo en función de la alteración social que predominaba en el niño. No todos los autistas muestran el mismo tipo de alteración social, dado que muchos hacen intentos, más o menos exitosos, de acercamiento social, aunque utilizando estrategias conductuales inadecuadas.

Wing y Gould (1979). Establecieron tres patrones distintos de relación social en el TEA a partir de su estudio epidemiológico:

- El patrón «aislado», que evita la interacción de forma activa.
- El patrón «pasivo», que soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.
- El patrón «activo, pero extravagante», que interactúa de un modo extraño y excéntrico.

Alteraciones de la comunicación



La comunicación «intencional», activa y espontánea, que suelen desarrollar los niños neurotípicos a los 8-9 meses está muy limitada en los niños con TEA: falta de sonrisa social, mantener la mirada a las personas, realizar gestos y vocalizaciones comunicativos son algunas de las carencias más evidentes de estos niños con TEA. Estas dificultades se hacen aún más patentes a medida que el niño crece, sobre todo partir de los 18-24 meses, edad en la que los niños neurotípicos hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje y en las conductas simbólicas.

Algunas características del lenguaje autista

- ✓ Falta de **intención** comunicativa.
- ✓ **Mutismo**.
- ✓ **Dificultades de comprensión**.
- ✓ **Ecolalia inmediata**.
- ✓ **Ecolalia demorada**.
- ✓ **Inversión pronominal**.
- ✓ **Evitación pronominal**.
- ✓ **Lenguaje metafórico**.
- ✓ **Escasez de vocabulario**.
- ✓ **Empleo de neologismos**.
- ✓ **Dificultades articulatorias**.
- ✓ **Alteraciones de tono, ritmo e inflexión**.
- ✓ **Dificultades para comprender y utilizar gestos**.
- ✓ **Falta de coordinación entre los gestos y las emisiones verbales**.

Alteraciones motoras y conductuales



Las **conductas estereotipadas** tienen un papel de especial relevancia en los niños con TEA, ya que interfieren en la responsividad del niño y en la adquisición de conductos normales. La mayoría de estos niños pasan mucho tiempo realizando estos comportamientos. De hecho, se resisten obstinadamente a los intentos de que abandonen estas actividades. Por otra parte, las **conductas autolesivas** son la alteración más llamativa que presentan los niños con TEA, aunque no es una característica exclusiva de estos niños, ya que también se puede observar en niños con discapacidad intelectual o en personas adultas con esquizofrenia.

Alteraciones cognitivas



Signos y síntomas tempranos del TEA

- ✓ No expresa sonrisa u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses.
- ✓ Tiene dificultad para dirigir su mirada en la misma dirección en la que mira otra persona.
- ✓ No mira hacia donde otra persona le señala.
- ✓ Ausencia de gestos comunicativos.
- ✓ No responde «a sonidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses.
- ✓ No responde al ser llamado por su nombre.
- ✓ Falta de sonrisa social.
- ✓ No balbucea a los 12 meses.
- ✓ No hace gestos sociales ni responde a ellos (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses.
- ✓ No dice palabras sencillas a partir de los 16 meses,
- ✓ No hace frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses.

Ritvo y Freeman (1978). Indican que aproximadamente un 60% de los niños con TEA presenta un cociente intelectual (CI) por debajo de 50, un 20% entre 50 y 70, y un 20% de 70 o más.

Charman et al. (2011). Confirman que aproximadamente el 50% de los niños con TEA tienen discapacidad intelectual asociada, aunque en menos del 20% la discapacidad intelectual es grave (CI<50).

Zakian et al. (2000). Durante el primer año de vida, las conductas de los niños con TEA están caracterizadas por la baja frecuencia de interacción social, ausencia de la sonrisa social y falta de expresividad emocional, así como ausencia o dificultades para responder a su nombre, ausencia de actos de señalar y mostrar poca tendencia a orientarse hacia el rostro de los otros, ausencia de imitación espontánea, postura y patrones de movimiento anormales, como por ejemplo, movimientos desorganizados o inactividad.

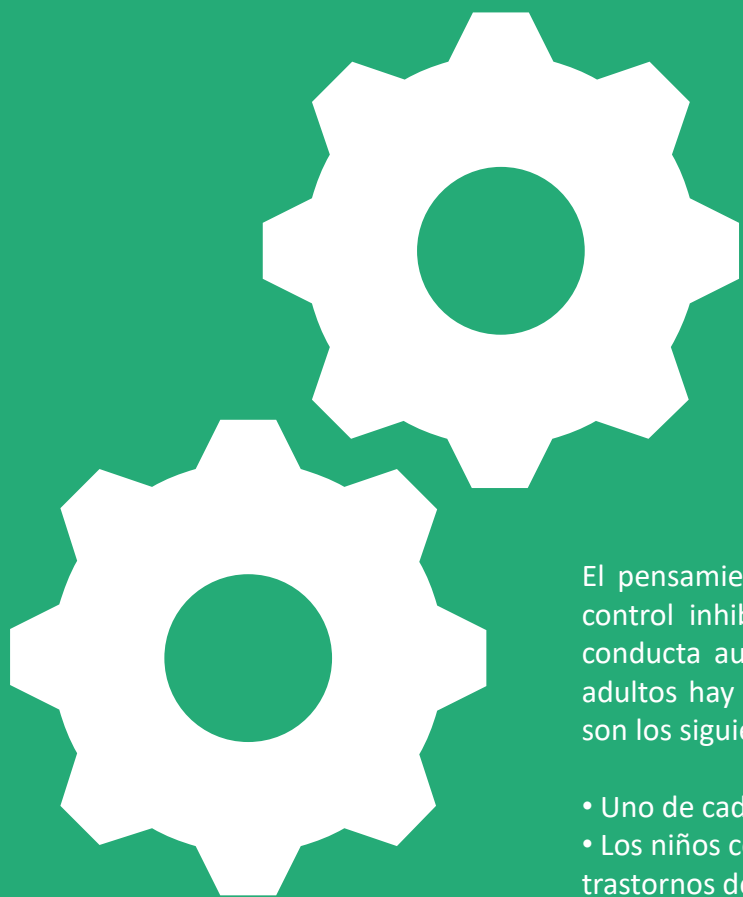
Canal-Bedia (2007); Canal-Bedia et al. (2011). Estudios realizados para identificar TEA en niños menores de 3 años plantean que las conductas más significativas son las comunicativas y sociales.

Jones y Klin (2013). Utilizando la tecnología Eye-Tracking, compararon 25 bebés con desarrollo neurotípico y 10 bebés de alto riesgo que después desarrollaron TEA. Los niños con TEA, entre los dos y seis meses, mostraron una disminución en la fijación ocular y un aumento de la mirada hacia la boca de la mujer grabada en el vídeo.

Chawarska et al. (2013). Encontraron que la atención espontánea e escenas sociales está alterada desde los primeros meses de vida en los niños con TEA.

Zúñiga et al. (2017). Plantean posibles hipótesis que necesitan ser confirmadas en futuras investigaciones, como la que establece que en la población en general las redes o circuitos neuronales se desarrollan jerárquicamente y están relacionadas con sistemas motores y sensoriales, además se forman antes que aquellos circuitos relacionados con un alto nivel de funcionamiento, como es el lenguaje, la cognición y las habilidades sociales.

Funciones ejecutivas



Díez Cuervo (1989). Las crisis epilépticas con frecuencia comienzan en la niñez temprana y, sobre todo, durante la adolescencia.

Ozonoff et al. (2004) Bausela (2020). Las funciones ejecutivas más estudiadas en niños con TEA y que están alteradas son la flexibilidad cognitiva, la memoria funcional y el control inhibitorio.

El pensamiento rígido, la baja tolerancia a la frustración, la impulsividad y las dificultades para el autocontrol (falta de control inhibitorio, falta de control emocional), en determinados momentos, dan lugar a rabietas, episodios de ira y conducta autoagresiva. Sin embargo, el comportamiento puede variar mucho de unos niños a otros. En adolescentes y adultos hay falta de planificación, organización y capacidad para tomar decisiones. Otros aspectos que conviene destacar son los siguientes:

- Uno de cada cuatro niños con TEA sufre **crisis epilépticas**.
- Los niños con TEA suelen tener **alteraciones del sueño**. Sobre todo dificultades para dormirse y permanecer dormidos. Los trastornos del sueño favorecen los problemas de conducta y se relacionan con las dificultades para prestar atención.