

Explorando y comprendiendo el trastorno del espectro autista



Por Mtro. José Cuauhtémoc Jiménez Núñez

La palabra autismo, etimológicamente se deriva del griego *autos*, que significa uno mismo, e *ismós*, que hace referencia al modo de estar, por lo cual, la acepción apropiada sería “internarse en uno mismo” (1).

El autismo fue descrito por primera vez por el psiquiatra infantil austro-húngaro Leo Kanner en 1943, a través de la observación de 11 niños, en los cuales notó comportamientos particulares, caracterizados por falta de contacto afectivo y dificultades en la interacción social, así como en la adquisición del lenguaje (2). Las aportaciones de Kanner se vieron complementadas de manera importante por el trabajo desarrollado de forma paralela e independiente por Hans Asperger dado que, anteriormente, pacientes con estas características eran diagnosticados con esquizofrenia (3).

Actualmente, la Asociación Americana de Psiquiatría propone un cambio en la concepción del autismo, considerándolo un conjunto de síndromes del desarrollo neurológico caracterizados por déficit en la comunicación y la interacción social, así como por conductas inusualmente restringidas y repetitivas. La presencia de estas condiciones son heterogéneas, por lo cual, se prefirió nombrar a esta condición como Trastorno del Espectro Autista (TEA) (4). Cada persona con TEA tendrá un perfil único. El Código Internacional de Enfermedades (CIE-299.00 F84.0) corresponde a esta condición (5). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 1 de cada 160

niños son afectados por esta condición de forma global, mientras que en México, se estima que 1 de cada 115 niños padecen TEA (6).

La etiología del TEA es compleja, sin embargo, tras años de investigación se ha encontrado evidencia contundente relacionada con el desarrollo de este padecimiento. Factores tales como padre o madre mayores de 40 años (7), antecedentes familiares de TEA (8) y la presencia de trastornos genéticos como los síndromes de Rett, el de Martin Bell y complejo de esclerosis tuberosa, incrementaron la probabilidad de desarrollar esta condición. Existen otros factores los cuales siguen siendo estudiados debido a que las investigaciones desarrolladas no han arrojado datos concluyentes, dentro de estos se pueden contemplar los antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes (6) así como factores perinatales y neonatales (9). No existe un patrón definido respecto al TEA de acuerdo con el modo en que afecta a diversos grupos étnicos y raciales, tampoco respecto al nivel socioeconómico ni el sexo (10).

El monitoreo del desarrollo es importante para todos los niños pequeños desde el nacimiento hasta los 5 años. Los cuidadores, como padres, proveedores de atención médica y educadores de la primera infancia, deben estar al tanto de cómo los niños crecen, se mueven, se comunican, interactúan, aprenden y juegan. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños sean examinados específicamente para detectar TEA entre los 18 y 24 meses de edad, periodo en el cual es posible obtener

un diagnóstico confiable. El diagnóstico formal del TEA, actualmente, se lleva a cabo por medio de los criterios descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-5) (Tabla 1). De acuerdo con este mismo instrumento, el responsable del diagnóstico de esta condición deberá ser un psicólogo con

estudios especializados en el área, aunque en ocasiones, será necesario el acompañamiento médico cuando existan patologías psiquiátricas acompañando al TEA como conductas autodestructivas o autolesiones. En México, el diagnóstico también puede establecerse por el neurólogo (5).

A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, en el presente o el pasado:

- Deficiencias de reciprocidad socioemocional.
- Dificultades en la comunicación no verbal.
- Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas.

B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:

- Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva.
- Adhesión excesiva a las rutinas.
- Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales.
- Híper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno.

C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.

D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

Tabla 1.- Resumen de los criterios del trastorno del espectro autista de acuerdo el DSM-5

El DMS-5 clasifica al TEA en tres niveles dependiendo su severidad y considerando el nivel de apoyo que requiere quien lo padece en

los aspectos relacionados con la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos (Tabla 2) (5):

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
	Requiere apoyo	Requiere apoyo sustancial	Requiere apoyo muy sustancial
Comunicación social	Sin apoyo en su lugar, los déficits en la comunicación social son notables. Existen deficiencias para comenzar interacciones, así como respuestas atípicas o fallidas en la misma.	Existen deficiencias sociales evidentes en la comunicación, existe un escaso interés en comenzar interacciones, y durante estas, existe una comunicación no verbal marcadamente extraña.	La comunicación verbal y no verbal causan impedimentos severos en la interacción social, existiendo además una respuesta mínima ante esta, enfocada únicamente a la satisfacción de necesidades.
Comportamientos restringidos y repetitivos	Existe dificultad para el cambio de actividades debido a inflexibilidad; existen problemas en la organización que dificultan la independencia.	La inflexibilidad se hace totalmente evidente, los comportamientos repetitivos son obvios para observadores casuales. Existen sentimientos de angustia para cambiar el enfoque o la acción.	Inflexibilidad total ante el cambio del enfoque o la acción. Interferencia total con la vida diaria.

Tabla 2.- Resumen de los niveles de severidad del trastorno del espectro autista de acuerdo con el nivel de apoyo requerido según el DSM-5.

La detección, evaluación y diagnóstico de niños con TEA lo más temprano posible es crucial para garantizar que estos niños accedan a los servicios y apoyos que necesitan, mismos que se encontrarán enfocados a minimizar las consecuencias de deterioro en el desarrollo del niño a largo plazo, fortalecer a la familia, así como también poder disminuir los costos de atención en salud y favorecer su integración

social. La elección del tratamiento sobre el TEA depende de las manifestaciones más relevantes de esta condición, de acuerdo con el perfil del paciente. El experto puede contemplar la aplicación de tratamientos sensomotrices, psicoeducativos, psicológicos y el entrenamiento en sistemas alternativos de la comunicación (1).

Conclusiones

Para el conocimiento y la visibilización del TEA, resulta relevante establecer compromisos científicos, políticos y comunitarios debido a las repercusiones biopsicosociales de quienes lo padecen, así como de quienes fungen como cuidadores (frecuentemente el núcleo familiar).

Por un lado, científicamente, es necesario seguir desarrollando estudios enfocados a la identificación de la etiología de este padecimiento, así como a la detección de los factores e indicadores de riesgo asociados al desarrollo de esta condición. También resultaría relevante la innovación terapéutica con la finalidad de aumentar los logros en las habilidades funcionales relacionadas con la interacción social, la comunicación y en el funcionamiento intelectual.

Sobre las políticas en salud, sería necesario invertir recursos en programas sistemáticos y cuidadosamente planificados, que incluyan objetivos individualizados y se lleven a cabo de forma intensiva durante los cinco primeros años de vida. Estos programas deberán ser enfáticos en la capacitación de personal para llevar a cabo tamizajes que faciliten la detección de este padecimiento para su derivación con el especialista en el manejo del TEA. También deberá contemplar la construcción de infraestructura destinada a la atención y el seguimiento de esta condición. En Latinoamérica, solamente existe una clínica del sector público centrada en el TEA “La clínica de autismo” orgullosamente ubicada en México. Aunque esta clínica resulta un gran logro, permite visualizar que aún hay aspectos susceptibles de mejora, entre ellos, las facilidades con las que pueden contar, para

acceder a los servicios de atención del TEA, quienes no tengan la capacidad de costear un centro de atención privada. También sería necesario el desarrollar políticas educativas encaminadas, a estimular el progreso intelectual de quienes padecen TEA, así mismo, valdría la pena el promover el entendimiento, respeto, no discriminación e inclusión de estas personas en los programas de educación y sus respectivos planes de estudio.

Finalmente, en la comunidad, resultaría relevante, por medio de los sectores previamente contemplados, la difusión de información sobre el TEA, con la finalidad de crear conciencia. El día 02 de abril, se conmemora el Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, el objetivo de esta celebración es mejorar la calidad de vida de las personas con autismo, para que puedan tener una vida plena y digna. Los emblemas que se emplean para visibilizar el TEA son el símbolo de infinito y el arcoíris, este último es el más usado y plantea el representar las diferentes formas en las que puede manifestarse el TEA, el cual es como una paleta de colores con muchas posibilidades.

Referencias

1. Celis Alcalá G, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina*. 2023;65(1):7-20.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. 1943;2(3):217-50.
3. Artigas-Pallares J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012;32(115):567-87.
4. Lord C, Cook EH, Leventhal BL, Amaral DG. Autism Spectrum Disorders. *Neuron*. 2000;28(2):355-63.
5. Svenaeus F. Diagnosing mental disorders and saving the normal: American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Publishing: Washington, DC. 991 pp., ISBN: 978-0890425558. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2014;17:241-4.
6. Richards C, Jones C, Groves L, Moss J, Oliver C. Prevalence of autism spectrum disorder phenomenology in genetic disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(10):909-16.
7. Sandin S, Hultman CM, Klevzon A, Gross R, MacCabe JH, Reichenberg A. Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(5):477-86. e1.
8. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. *Jama*. 2014;311(17):1770-7.
9. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(2):344-55.
10. Feldman HM, Chaves-Gnecco D. Developmental/behavioral pediatrics. *Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis E-Book*. 2017;71.

Semblanza del autor:

Mtro. José Cuauhtémoc Jiménez Núñez

Cirujano Dentista por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). Maestro en Ciencias Odontológicas por la Facultad de Odontología, UNAM. Académico de la licenciatura en Cirujano Dentista de la FESI y del Posgrado en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en el Instituto de Ortodoncia Bioprogresiva. Contacto: jose.jimenez.unam@gmail.com Doctorado en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesora de asignatura A desde 2019 a la fecha.