

8. Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA)

HÉCTOR RODRÍGUEZ JUÁREZ*



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.08>

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación y las interacciones sociales en múltiples contextos, que afectan la reciprocidad socioemocional, las conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social y en el desarrollo, el mantenimiento y la comprensión de las relaciones interpersonales. Desde 2013, tanto el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) editado por la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de los trastornos mentales (CIE-11 por sus siglas en inglés) homologan los criterios del ahora llamado Trastorno del Espectro Autista.

Consideraciones

1. El cuadro clínico del autismo es variable y heterogéneo debido a las diferencias en la gravedad del propio autismo, la presencia de afecciones coexistentes y los niveles de capacidad cognitiva.
2. Alrededor del 70% de los TEA también cumplen los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psiquiátrico (a menudo no reconocido) que deteriora aún más el funcionamiento psicosocial, por ejemplo, el tras-

* Médico especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

torno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o los trastornos de ansiedad.

3. La discapacidad intelectual (CI inferior a 70) coexiste en aproximadamente el 50% de los niños y jóvenes autistas.

4. Es prioritario, y se reconoce por derecho fundamental de acuerdo con la ley general para la atención y protección a personas con la condición del espectro autista (diario oficial de la federación 2015), garantizar que todas las niñas, los niños y los adolescentes con TEA tengan pleno acceso a los servicios sanitarios y sociales, incluidos los servicios de salud mental.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que tiene una prevalencia en México de 0.87%, 4:1 hombres. Según la carga global de enfermedad 2020, a nivel mundial 1 de cada 132 personas presentan TEA. Hay una ley general para la protección de personas con la condición del espectro autista.

Los TEA en adultos pasan desapercibidos mientras que en niños cada vez aumentan más. Las estimaciones de la prevalencia del autismo en diversas poblaciones y entornos difieren según el método de determinación utilizado en el estudio, incluida la definición, el muestreo y el alcance de la evaluación independiente de casos en la población, en contraste con las fuentes administrativas.

En el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad de 2010 se estimó que 52 millones de personas padecían autismo en todo el mundo, lo que equivale a una prevalencia de 1 de cada 132 personas (Baxter, A.J., 2015).

Las características del TEA (Lord, C. *et al.*, 2020) son:

- Dificultades persistentes en la comunicación y la interacción social
- Dificultades en la reciprocidad emocional
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales
- Alteraciones en el contacto visual
- Dificultades en la comprensión del lenguaje no verbal y el uso de gestos
- Dificultad para realizar juegos imaginativos, son funcionales
- Ausencia de interés en otras personas más que en los pares o en la familia
- Comportamientos, intereses o actividades restrictivas y /o repetitivas

- Movimientos, aleteo de las manos, ecolalia, habla estereotipada o repetitiva, monotonía, inflexibilidad, patrones ritualizados de comportamiento, hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales, intereses muy restringidos (Lord, C. *et al.*, 2020)

Según el manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-5, la escala de severidad se divide en 3:

Nivel 1:

Comunicación social: requiere de apoyo: las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación, pero que, a veces, falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.

Intereses restringidos y conducta repetitiva: la inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

Nivel 2:

Comunicación social: requiere de apoyo sustancial, tiene déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyo; inician un número limitado de interacciones sociales y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros.

Intereses restringidos y conducta repetitiva: comportamiento inflexible, dificultades para afrontar el cambio u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.

Nivel 3:

Comunicación social: requiere de un apoyo muy sustancial. Hay déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales y, cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y solo responde a acercamientos sociales muy directos.

Intereses restringidos y conducta repetitiva: la inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad de afrontar cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta (Lord, C., 2020).

Rice presenta una tabla en niños de 1 a 6 años y de 6 años y más, donde se muestran los dominios centrales del TEA, junto con el nivel de intensidad del apoyo requerido y los especificadores (2019).

En los trastornos del neurodesarrollo, como es el TEA, los dominios posibles de afectarse son el emocional, el conductual, el social/familiar, el aprendizaje, la comunicación, la motricidad y la salud física, por lo que se tienen que considerar ciertos factores importantes. Hay una disrupción precoz del sistema nervioso central, un inicio precoz, un perfil evolutivo estable, una alta heredabilidad y multifactorialidad, y una alta sobreposición, es así como pueden coincidir los trastornos por déficit de atención con los TEA, los trastornos de aprendizaje, los trastornos motores, de comunicación y la discapacidad intelectual. Es por ello que existe una gran dificultad para realizar la semiología, y es la gran tarea del especialista cuando realiza la historia clínica y el examen mental donde debe aplicar todos sus conocimientos y experiencia para realizar un diagnóstico clínico adecuado.

Los puntos clave para el diagnóstico y tratamiento del TEA son los siguientes:

El diagnóstico clínico es individualizado y contextualizado, pues se basa en las fortalezas y las debilidades del desarrollo de cada paciente.

1. El diagnóstico por sí solo no establece los tipos de tratamiento necesarios.
2. Las evaluaciones psicológicas son esenciales, sabiendo siempre la validez y la fiabilidad de los instrumentos clínicos.
3. Las intervenciones deben centrarse en estrategias para que el entorno sea más favorecedor para la inclusión de las niñas, niños y adolescentes (NNA) con TEA y sus familias, contribuyendo y aliándonos con otros sectores de la salud y educación (Kubo *et al.*, 2021).

Se da a conocer un modelo de atención en un primer nivel de atención con un servicio, considerando al equipo real y no al ideal, teniendo en cuenta los recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos, recordando que no hay un modelo perfecto. Por tal motivo, se trabaja con lo que se tiene, buscando ser eficaces y eficientes, además de considerar el compromiso del equipo de trabajo, la interdisciplinariedad y la competencia.

Se dan a conocer los posibles comportamientos de apego del hijo con TEA en relación con su madre:

Evitativo:

- Evita o rechaza las interacciones con sus cuidadores.
- Minimiza sus emociones y desconfía de los demás.
- Inconsistencia de la respuesta a las necesidades del niño.

Inseguro:

- Buscan de forma constante la atención y el apoyo de la figura del apego.
- Preocupado o ansioso cuando la figura de apego no está disponible.
- Dificultad para regular sus emociones y el estrés.

Desorganizado:

- **Comportamientos contradictorios:** los niños pueden mostrar acercamiento y evitación de manera simultánea hacia sus figuras de apego.
- **Dificultad para buscar consuelo:** en momentos de estrés, pueden no recurrir a sus cuidadores para sentirse seguros.

- **Respuestas emocionales incoherentes:** pueden reaccionar de manera impredecible ante situaciones similares.
- **Ansiedad y miedo:** pueden experimentar altos niveles de angustia, sin tener una estrategia clara para manejarla.
- **Falta de confianza en los cuidadores:** debido a experiencias previas con respuestas inconsistentes o negativas.
- **Mayor tendencia a la disociación:** como mecanismo de defensa ante situaciones de estrés extremo (Rice, 2019).
- **Dificultades en la comunicación y regulación emocional:** los niños con TEA pueden tener dificultades para expresar sus necesidades emocionales de manera convencional, lo que puede generar respuestas inconsistentes o poco adaptativas por parte de la madre.
- **Sensibilidad sensorial:** La sobrecarga sensorial o la dificultad para procesar estímulos puede hacer que el niño evite el contacto físico o las muestras de afecto, lo que puede interpretarse como desapego.
- **Experiencias previas de incompreensión:** si el niño percibe que sus intentos de comunicación no son comprendidos o recibidos de manera efectiva, puede desarrollar estrategias de evitación como forma de autoprotección.
- **Expectativas sociales diferentes:** muchas madres, especialmente cuando no han recibido información clara sobre TEA, pueden intentar reforzar patrones de apego tradicionales sin considerar las particularidades del niño, lo que puede generar frustración y distancia emocional.
- **Ambiente de estrés o incertidumbre:** la preocupación por el desarrollo del niño, junto con posibles dificultades para establecer una rutina estable, puede contribuir a un vínculo inseguro.

Sin embargo, es importante destacar que los niños con TEA pueden desarrollar un apego seguro con sus cuidadores cuando estos adaptan su estilo de interacción, promoviendo comunicación respetuosa, la seguridad emocional y la comprensión de sus necesidades específicas.

Aquí hay algunas formas efectivas de promover una conexión segura y significativa:

- **Comunicación respetuosa y adaptada:** aprender el estilo de comunicación del niño es clave. Puede ser verbal, gestual, pictográfico o mediante dispositivos de apoyo. Adaptarse a su forma de expresión fortalece la confianza y el vínculo.
- **Rutinas predecibles:** los niños con TEA suelen sentirse más seguros con estructuras claras. Mantener rutinas consistentes para actividades diarias les brinda estabilidad y seguridad emocional.
- **Espacios de interacción sin presión:** no todos los niños con TEA disfrutan el contacto físico tradicional. Crear momentos de conexión basados en sus intereses (como juegos, música o actividades sensoriales) ayuda a fortalecer la relación sin forzar interacciones incómodas.
- **Regulación emocional compartida:** ayudar al niño a reconocer y gestionar emociones con estrategias como el uso de imágenes, respiración guiada o espacios tranquilos puede fomentar un apego más seguro.

Una de los modelos lógicos para la intervención adecuada en los padres para establecer un mejor apego con sus hijos con TEA es el círculo de seguridad parental, que ha demostrado ser efectivo, pero requiere mucho tiempo y recursos. Sin embargo Cooper, Hoffman y Powell realizaron un protocolo de 8 sesiones basados en el pensamiento reflexivo llamado círculo de seguridad parental (COSP por sus siglas en inglés), donde se utilizan videos de otros padres e hijos donde se detectan las irregularidades para discutir el apego seguro y las necesidades de los niños. Esto ayuda a centrar la atención en las inconsistencias de los padres, donde se reflexiona sobre sus conductas defensivas ante el apego que está llevando como la inseguridad y la desorganización (Fuentes, J. *et al.*, 2020).

Camuflaje y TEA

Es el enmascaramiento y la compensación de actitudes conscientes e inconscientes con el fin de mejorar su ajuste social. Es una forma de afrontamiento que trata de disimular y compensar sus rasgos autistas en los con-

textos sociales para integrarse mejor con sus pares o en el ambiente de trabajo o escolar (Jalaghbandrad, J. *et al.*, 2023).

Avances

Evaluar las intervenciones tecnológicas innovadoras, incluyendo los programas informáticos y la realidad virtual. Los estudios seleccionados han proporcionado intervenciones mediante una computadora de escritorio, un DVD interactivo, una superficie activa compartida y la realidad virtual. Los resultados proporcionan evidencia de la efectividad general de la capacitación tecnológica. La tecnología implementada en los ensayos clínicos varió entre el móvil, un robot y el *head-tracker*. Otra área de innovación es la tecnología de seguimiento ocular (*eye tracker* por sus siglas en inglés), donde se evalúa el desarrollo social y cognitivo de los niños al analizar los patrones del movimiento ocular al ser estimulados con videos e imágenes que difieren de los niños normotípicos al ver escenas sociales (Qin L. *et al.*, 2024).

Lord (2020) cita que las evidencias de los primeros estudios de resonancia magnética (RM) se llevaron a cabo en los volúmenes de materia gris cerebral, cerebelosa y la materia blanca en niños menores de dos años, lo que hace perder los biomarcadores en el primer año de vida. Sin embargo, recientemente, estudios longitudinales han obtenido múltiples resonancias magnéticas cerebrales de bebés con alto riesgo de desarrollar autismo (es decir, aquellos con un hermano con autismo, conocidos como estudios de hermanos bebés) durante sus primeros dos años de vida y evaluaron a estos niños para detectar autismo a esta edad. En estos estudios se observaron diferencias detectables en la estructura cerebral a los seis meses de edad en las trayectorias de anisotropía fraccional de 12 de los 15 tractos de fibras neuronales del cerebro en niños diagnosticados con autismo a los dos años en comparación con niños no diagnosticados. Además, se observó un crecimiento anormal de la superficie cortical entre los seis y los 12 meses de edad, así como un mayor volumen cerebral entre los 12 y los 24 meses de edad en los niños a los que, posteriormente, se les diagnosticó autismo en comparación con los que no fueron diagnosticados. Además, la integridad

de la materia blanca en la vía genu a los seis meses de edad predijo la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos a los dos años de edad, y el trabajo computacional demostró que la conectividad funcional de todo el cerebro a los seis meses de edad predecía el diagnóstico de autismo a los dos años. En conjunto, estos estudios sugieren la presencia de vías neuronales alteradas antes de la aparición de los síntomas conductuales en niños con autismo y podrían proporcionar pistas sobre los mecanismos neuronales subyacentes del autismo (Qin, L. *et al.*, 2024).

En relación a la alimentación

- Se sugiere ofrecer dietas específicas, dietas sin gluten y sin lactosa con suplementos de ácidos grasos 3, vitaminas y minerales (magnesio y zinc).
- Algunos alimentos pueden alterar el equilibrio microbiano del intestino, disminuir las grasas saturadas, las azúcares y la sal.
- Evitar los ácidos grasos saturados que se derivan de animales, tales como la mantequilla, la leche entera, el helado, la crema, las carnes grasosas y los embutidos. Debido a esto, lo más recomendable es consumir productos lácteos desgrasados. Y en el caso de la carne: mientras más magra, mejor.
- Se sugiere la ingesta de lentejas, frijoles, garbanzos, habas, chícharos, ejotes.
- Ingerir legumbres como frutos secos, semillas, cereales, avena, cacahuates.
- Polifenoles, que son antioxidantes (frutas como uvas, fresas, fram-buesas, granada y arándanos, hortalizas como tomate, cebolla, ajo y pimientos).
- Grasas insaturadas, como el pollo sin piel, pavo, conejo, lomo de cerdo. Bistec de pierna, el filete, el lomo y la falda disminuyen el colesterol malo (LDL) (Moreno, M., 2024).

Por otro lado, es necesario que todo personal interdisciplinario que interviene en la evaluación y el tratamiento apliquen técnicas de relajamiento.

Derivado de la carga de trabajo, cuando es excesiva, cuando la demanda laboral impide la recuperación y es desgastante, esto conduce al agotamiento, muchas veces por el ambiente laboral o procedimientos inadecuados. Cuando el tiempo es insuficiente para realizar las tareas o actividades laborales, o hay un exceso de tareas por la mala organización del servicio, se proponen estrategias preventivas en las organizaciones o instituciones de salud y salud mental como el autocuidado y terapias de mentalización como, por ejemplo, el programa Cuídate para cuidar a otros (Fuentes, J., *et al.*, 2020).

Conclusiones

- La alta demanda de atención TEA rebasa nuestra capacidad de servicio.
- Se requiere organización, creatividad y liderazgo en el ámbito clínico para poder satisfacer las necesidades de los usuarios debido a la gran demanda de atención.
- Es necesario implementar en los servicios de salud mental estrategias directivas, tácticas y operativas.
- Se requiere llevar a cabo psicoeducación para los padres y pacientes que atendemos.
- Atención centrada en el paciente y su familia (*empowerment*).
- Procedimientos específicos en la atención del paciente con TEA.
- Trabajo en equipo.
- Conocimiento amplio del desarrollo y experiencia del equipo de trabajo.
- Capacitación al primer nivel de atención.
- Reuniones académicas, intersectoriales e interdisciplinarias.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Baxter, A. J., Brugha, T. S., Erskine, H. E., Scheurer, R. W., Vos, T., y Scott, J. G. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 45(3), 601–613. <https://doi.org/10.1017/S003329171400172X>
- Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., y ESCAP Autism Working Group. (2020). ESCAP practice guidance for autism: A summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
- Jalaghand-Rad, J., et al. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1108110. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1108110>
- Kubo, T., et al. (2021). Effects of an attachment-based parent intervention on mothers of children with autism spectrum disorder: Preliminary findings from a non-randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), Article 37. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00389-z>
- Lord, C., et al. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6, Article 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
- Marín Tejada, M. (2016). *Cuídate para cuidar a otros*. Editorial Pax México.
- Moreno, M. (2024). *Pon a tono tu microbiota*. Edaf.
- Qin, L., et al. (2024). New advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *European Journal of Medical Research*, 29(1), Article 322. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01916-2>
- Rice, C. E. (2019). *Autism spectrum profile matrix*. Emory University.