

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON



“PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”

PROCESO: AGREGADOR DE VALOR / COMPLEMENTARIO TERAPEUTICO

SUBPROCESO: SALUD MENTAL

22 de Diciembre del 2023

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Dra. Álvarez Bayas Tania Fabiola	Especialista en Psiquiatría	
	Dr. Cabezas Francisco Santiago	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Gómez Coello Cadena Daniel	Psicólogo Clínico	
	Dra. Granda Vivanco Verónica Salomé	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Muñoz Benavides María Isolina	Psicóloga Infantil	
	Psc. Proaño López Andrea Carolina	Psicóloga Clínica	
	Psc. Sánchez Carvajal Mirella Patricia	Psicóloga Clínica	
	Dr. Torres Dávila Sandra Genoveva	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Zea Pachacama Paola Cristina	Psicóloga Clínica	
	Psc. Silvia Moserrat Chávez Lucero	Psicóloga Clínica	
Revisado por:	Lic. Fanny Marisol Basantes	Responsable de Gestión de Calidad	
	Dra. Margarita Mediavilla	Responsable de Gestión de Apoyo Terapéutico	
Validado por:	Dra. Ximena Alexandra Ríos	Dirección Asistencial	
Aprobado por:	Dr. Juan Pablo Velasco	Gerente del HGDC	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración /
revisión de este protocolo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCION	4
2. OBJETIVOS:.....	5
3. ALCANCE:	5
4. DEFINICIONES:	6
5. DIAGNOSTISCO:	10
6. TRATAMIENTO	24
7. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	27
8. BIBLIOGRAFIA	28
9. CONTROL DE CAMBIOS	30
10. ANEXOS	30
11. Anexo 1 Diagrama de Flujo.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	11
Tabla 2	20
Tabla 3	25

1. INTRODUCCION

Los Protocolos en el área de Salud son un conjunto de acciones que tiene como objetivo brindar una herramienta en la toma de decisiones de manera más ordenada por parte de los profesionales, pudiéndose consolidar los criterios diagnósticos y la forma de abordaje de la patología, basándose en la experticia de los profesionales de la institución y en protocolos anteriores adaptándose a la institución. Por lo que, el área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad, atendidas en el Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

El presente Protocolo realiza el abordaje del Trastorno del Espectro Autista (TEA) que se lo puede entender como un trastorno del neurodesarrollo, el cual tiene como características principales: 1) la poca o nula interacción social, por parte de la persona que lo padece, y 2) patrones de conductas repetitivas. Según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el TEA puede variar; en algunos casos los resultados son bajos y en otros son notablemente elevados, sin embargo, existe una cifra media que se calcula que 1 de cada 100 niños o niñas tienen autismo. (World Health Organization: WHO, 2023)

En España, en el 2019, se ha realizado un estudio sociodemográfico que inició en el año 2015, el cual tuvo como resultados que 2116 personas padecen del TEA; de los cuales el 81,43% son hombres, lo que equivale a 1723 hombres, y el 18,53% son mujeres, lo que equivale a 392 mujeres. Además, se muestra un incremento en comparación a otros periodos. (Confederación Autismo España, 2019)

Yáñez et al. (2021) en su estudio nos menciona las siguientes estadísticas a nivel de Latinoamérica:

La prevalencia de TEA ha sido ampliamente estudiada en países en desarrollo, a diferencia de lo que ocurre en el resto del mundo donde la disponibilidad de estos datos es limitada. Existen estimaciones en México y en algunos países sudamericanos. En un estudio realizado en Guanajuato, se determinó una prevalencia de 0,87% de TEA en niños de 8 años. En Venezuela se reportó una prevalencia de 0,17% de TEA en niños de 3-9 años; mientras que en Argentina mostró una prevalencia de 1,3%, difícil de interpretar dado su metodología. En Brasil una estimación preliminar de 0,27 % fue reportada con una muestra de 1.470 niños de 7 a 12 años en el distrito de Atibaia.

Acercándonos al contexto ecuatoriano, no se cuentan con estadísticas actuales sobre las personas con TEA. Se encuentran datos del 2015 por parte de la Guía Práctica Clínica (GPC) Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico,

tratamiento, rehabilitación y seguimiento del Ministerio de Salud Pública (2017), en el cual se menciona que en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado N.º 5 de Cuenca se atendieron a 266 pacientes con autismo en la niñez en edad de 1 a 19 años y 26 pacientes con autismo atípico en edad de 5 a 14 años. (p.17) En la misma GPC (2017) se señala que:

Para el 2016, de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública, sobre la base de su informe técnico, se reporta la existencia de 1266 personas diagnosticadas dentro de los TEA. De estas, 254 han sido registradas con diagnóstico de autismo atípico; 792 con diagnóstico de autismo de la niñez: 205 con el síndrome de Asperger y 15 se registraron dentro del síndrome de Rett. (p.17)

Otros estudios realizados en el país nos manifiestan que 1258 personas, aproximadamente, se ha registrado con el diagnóstico de TEA según reporta del Ministerio de Salud Pública del año 2016 (López & Larrea, 2017, p.204). Asimismo, “en 2018 se reportaron 1.521 casos de autismo en el Ecuador y la gran mayoría no recibe los cuidados adecuados, sin contar a quienes lo padecen y no lo saben o han sido mal diagnosticados” (Jiménez, 2019, p. 10 como se citó en Cevallos & Massón, 2021), lo cual indica que no se han realizado las suficientes investigaciones sobre las personas con TEA y, en algunos casos, los profesionales no cuentan con herramientas para establecer un adecuado diagnóstico y tratamiento en esta patología.

En el HGDC, luego de la revisión estadística de los casos atendidos durante el periodo 2016 al 2022, se reporta que el servicio de Salud Mental realizó la atención de 132 casos con diagnóstico de TEA.

2. OBJETIVOS:

Establecer directrices del diagnóstico y tratamiento del Trastorno del Espectro Autista dirigida a los profesionales de Salud Mental con la finalidad de dar una atención de calidad y segura al paciente con este diagnóstico, en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia del Hospital General Docente de Calderón.

3. ALCANCE:

Este protocolo será aplicado por el equipo de salud mental en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia del Hospital General Docente de Calderón.

4. DEFINICIONES:

4.1 Definición del Trastorno del Espectro Autista

La definición del TEA ha ido cambiando a lo largo de los años, sin embargo, la mayoría de los autores lo define como un trastorno del neurodesarrollo que aparece en la etapa de la infancia y afecta las áreas sociales de la persona. Actualmente el TEA abarca 5 categorías, según la CIE-10. Celis & Ochoa (2022) definen al TEA como:

Un trastorno del desarrollo neurológico condicionante de una neurovariabilidad caracterizada por interacción social disminuida con deficiencia en el desarrollo de la comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal e inflexibilidad en el comportamiento al presentar conductas repetitivas e intereses restringidos. (p.9)

También, tenemos la definición de Sergio Pérez (2016) donde define al TEA en su investigación como: “Los Trastornos del Espectro del Autismo constituyen un conjunto amplio de alteraciones graves que afectan al desarrollo neurológico, provocando deficiencias en la comunicación e interacción social, así como en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta” (p.5).

Con lo anterior mencionado podemos definir al TEA como un trastorno que afecta la interacción social y la presencia de movimientos estereotipados, que son movimientos repetitivos y realizados siempre de la misma manera con cualquier parte del cuerpo; en el TEA, los movimientos estereotipados que se pueden presentar son: balancear el tronco, aletear, dar palmadas, chasquear los dedos, dar saltitos, golpear un pie en el suelo, giros en su propio eje, entre otros. (Federación Autismo Madrid, 2021). Los movimientos estereotipados constituyen una forma de autoregulación de emociones en las personas con TEA.

Basándonos en la historia del TEA, las primeras características o síntomas del TEA fueron propuestas por Leo Kanner y Hans Asperger en los años 1943 y 1944, respectivamente. No obstante, existen relatos o escritos anteriores donde concuerdan los síntomas o características del TEA. (Artigas-Pallarès & Pérez, 2012, p.568-569)

4.2 Etiología del Trastorno del Espectro Autista

Al hablar de la etiología del TEA, se debe recalcar que es un trastorno complejo y no existe una causa única conocida. La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes de Perú (2020) menciona “El Autismo es considerado un síndrome heterogéneo, de etiología multifactorial, se conoce que

existen varias causas genéticas, exposiciones intrauterinas a los anti convulsionantes y factores perinatales asociados.” (p. 6)

En algunas investigaciones, se hace alusión a diversos factores como posible explicación del origen del TEA y que la unión de algunos factores puede ayudar a explicar. Los factores que más resaltan en las investigaciones son los genéticos y ambientales.

Dentro de los factores genéticos ponemos mencionar: “se considera que el TEA es altamente heredable con un riesgo de recurrencia entre hermanos que varía entre el 2% y el 8 % dependiendo de la cohorte estudiada” (Johnson & Myers, 2007, como se citó en Jara, 2019, p. 6) estos resultados se obtuvieron de estudios con gemelos idénticos. Además, la GPC del Ministerio de Salud (2017) menciona:

El modelo actual sugiere la participación de diversas alteraciones genéticas en distintos niveles (distintos genes en distintas áreas cromosómicas) tales como: gen del transportador de serotonina (SLC6A4), gen del receptor del glutamato (GRINK2), gen del receptor A del ácido-gamma-aminobutírico (GABA-A), gen de la subunidad beta 3 del receptor GABA (GABRB3), entre otros. (p.21)

Además, Vargas & Navas (2012, como se citó en García et al., 2019) la neurobiológica plantea que se puede dar por alteraciones en el desarrollo cerebral durante la etapa prenatal y permanecen toda la vida. De igual manera, las alteraciones en el cerebelo, específicamente en el número y tamaño de las células de Purkinje, sugieren un trastorno evolutivo en las conexiones sinápticas.

Varela et al. (2011) menciona otras causas que se podrían considerar para el estudio de la etiología del TEA:

El autismo se ha relacionado con problemas de inmunidad, malnutrición, carencias vitamínicas, alergias alimentarias, intolerancia al gluten, problemas intestinales, disfunción de la tiroides, problemas prenatales, infecciones maternas durante el embarazo, padre o madre de edad avanzada, uso de antiepilépticos (ácido valproico), aislamiento, intoxicación por plomo, intoxicación por mercurio, uso de fármacos durante el embarazo, radiaciones ambientales, epilepsia entre otros. (p. 218)

4.3 Categorías del Trastorno de Espectro Autista

Debido al constante avance en investigaciones y a los cambios que se dan en los Manuales Diagnósticos (DSM y CIE) las categorías o clasificaciones del TEA han sido cambiantes. Un claro ejemplo de los cambios que se han dado se refleja en el Manual Diagnostico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su cuarta y quinta edición. En el DSM-IV TR (2000), el TEA se encontraba dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), con la siguiente clasificación: Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, cada uno con sus criterios diagnósticos. Sin embargo, las actualizaciones y las nuevas investigaciones sobre el Autismo que se realizaron en los años posteriores a la publicación de la cuarta edición dieron como producto que en el DSM-5 se agrupen tres de las categorías o clasificaciones en lo que hoy se conoce como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), y se clasifiquen de la siguiente manera: Trastorno Autista, Síndrome de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. (García-Franco et al., 2019, p.27)

En el DSM-5 (2013) se menciona: “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” (p.30), además, García-Franco et al. (2019) realizan una explicación sobre el cambio de nombre del capítulo y sobre el Síndrome de Rett:

La clasificación TGD también es modificada, y se sustituye por lo que ahora aparece como Trastornos del neurodesarrollo. El Síndrome de Rett es modificado dentro de la clasificación debido a que tiene una base genética y por tal razón deja de considerarse una enfermedad mental; mientras que el Trastorno Desintegrativo Infantil no ha sido validado del todo para incluirse en la tipología del TEA. (p.27)

Por otro lado, está la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (1992) clasifica al TEA dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (F84) donde se mencionan ocho categorías o clasificaciones: Autismo en la Niñez (F84.0), Autismo Atípico (F84.1), Síndrome de Rett (F84.2), Otro Trastorno Desintegrativo de la Niñez (F84.3), Trastorno Hiperactivo Asociado con Retraso Mental y Movimientos Estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (F84.8) y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (F84.9). (OMS, 1992, p.354-356)

En la CIE-10 (1992), indica algunas características que puede presentar el Autismo en la Niñez:

Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad, b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción

social recíproca; comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones. (p.354)

Dentro de la CIE-10 (1992), señala una definición clara y las características para diagnosticar el Autismo Atípico:

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo de la niñez, sea en cuanto a la edad en que se inicia o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. Esta subcategoría debe ser utilizada cuando hay un desarrollo anormal o deteriorado que aparece solo después de los 3 años de edad y cuando faltan anomalías demostrables suficientes en una o dos de las tres áreas de la psicopatología necesarias para el diagnóstico de autismo (a saber, interacción social recíproca, comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que hay anomalías características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo. (p.354-355)

En la CIE-10 (1992), menciona datos de prevalencia, inicio y algunas características sobre el Síndrome de Rett:

Afección hasta ahora encontrada sólo en niñas, en la cual un desarrollo inicial aparentemente normal es seguido por una pérdida parcial o total del habla y de las habilidades para la locomoción y para la utilización de las manos, junto con una desaceleración del crecimiento cefálico, que comienza habitualmente entre los 7 y los 24 meses de edad. Son característicos la pérdida de los movimientos voluntarios de las manos, el retorcimiento estereotipado de las mismas y la hiperventilación. Se detiene el desarrollo social y el del juego, pero el interés social tiende a mantenerse. Alrededor de los 4 años de edad comienzan a desarrollarse la ataxia y la apraxia del tronco, lo cual con frecuencia es seguido por la aparición de movimientos coreoatetósicos. Casi invariablemente se produce un retraso mental grave. (p.355)

Dentro de la CIE-10 (1992), indica las características que Otro Trastorno Desintegrativo de la Niñez:

Tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por un período de desarrollo enteramente normal, anterior al comienzo del trastorno, seguido por una pérdida definida de las habilidades previamente adquiridas en varias esferas del desarrollo en el curso de unos

pocos meses. Esto se acompaña típicamente de una pérdida generalizada del interés por el entorno, de amaneramientos motrices estereotipados repetitivos y de un deterioro de la interacción social y de la comunicación, similar al deterioro autístico. En algunos casos se puede demostrar que el trastorno se debe a alguna encefalopatía asociada, pero el diagnóstico debería hacerse con base en los síntomas conductuales. (p.355)

Dentro de la CIE-10 (1992), señala que Trastorno Hiperactivo Asociado con Retraso Mental y Movimientos Estereotipados:

Es un trastorno mal definido, de validez nosológica dudosa. La categoría se destina para la inclusión de un grupo de niños con retraso mental grave (CI menor de 35), cuyos problemas principales se manifiestan en la hiperactividad y en la esfera de la atención, como también a través de comportamientos estereotipados. Tienden a no mejorar con fármacos estimulantes (a diferencia de aquéllos que tienen un CI dentro de límites normales), y pueden evidenciar reacciones disfóricas graves (a veces con retraso psicomotor), cuando se les administra estos fármacos. Durante la adolescencia, la hiperactividad tiende a ser reemplazada por hipoactividad (rasgo que no es habitual en niños hipercinéticos con inteligencia normal). A menudo este síndrome se asocia también con una diversidad de retrasos del desarrollo, tanto específicos como globales. No se sabe en qué medida el patrón conductual obedece a un bajo coeficiente intelectual o a un daño cerebral orgánico. (p. 355-356)

En la CIE-10 (1992), menciona las características que presentan en el Síndrome de Asperger:

Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada. Hay fuerte tendencia a que las anormalidades persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana. (p.356).

5. DIAGNOSTISCO:

Criterios Diagnósticos

CIE-10

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) para la

valoración de pacientes. Según la CIE-10 (1992), el TEA se encuentra en los Trastornos Generalizados del Desarrollo (F84) mencionándose que se trata de:

Conjunto de trastornos caracterizado por deterioros cualitativos de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, como también por la restricción del repertorio de intereses y de actividades que se aprecia estereotipado y repetitivo. Estas anormalidades cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de la persona en todas las situaciones (p.354)

Dentro de la CIE-10 nos dan las clasificaciones o categorías del trastorno y cada uno con sus especificaciones o criterios diagnósticos. A continuación se presentará una tabla donde se encuentren las categorías que nos da la CIE-10 (Tabla 1).

Tabla 1

Categorías del TEA

Categoría	Código
Autismo Infantil	F84.0
Autismo Atípico	F84.1
Síndrome de Rett	F84.2
Otro trastorno desintegrativo de la infancia	F84.3
Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados	F84.4
Síndrome de Asperger	F84.5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)

Como se menciona anteriormente cada categoría posee su criterio diagnóstico, a continuación, se colocarán los criterios descritos por la CIE-10 (1992) de cada clasificación o categoría, los criterios que se presentarán fueron obtenidos de la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (2000) (p.196-202):

Autismo Infantil (F84.0)

1. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad.

Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

- a) Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.

- b) Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
- c) Juego y manejo de símbolos en el mismo.

2. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

2.1. Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

2.2. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:

- a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
- b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).
- c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
- d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

- 2.3. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:
- a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
 - b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.
 - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.
 - d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).
3. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70–72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).

Autismo Atípico (F84.1)

- a) Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).
 - b) Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anomalía).
 - c) No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo (F84.0).
- El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.11) como por sus manifestaciones clínicas (F84.12). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificarán como F84.12.

Atipicidad en la Edad de Comienzo (F84.10)

- a) No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- b) Se satisfacen los criterios B y C del autismo (F84.0).

Atipicidad Sintomática (F84.11)

- a) Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo antes de los tres años de edad).
- b) Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.
- c) Se satisface el criterio C del autismo.
- d) No se satisface el criterio B del autismo (F84.0).

Atipicidad tanto en Edad de Comienzo Como Sintomática (F84.12)

- a) No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- b) Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a un número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.
- c) Se satisface el criterio C del autismo.
- d) No se satisface el criterio B del autismo (F84.0)

Síndrome de Rett (F84.2)

- a) Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.
- b) Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente

adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.

- c) Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.
- d) Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

Otro trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3)

- a) Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.
- b) Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:
 - Lenguaje expresivo o receptivo.
 - Juego.
 - Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.
 - Control de esfínteres.
 - Rendimientos motores.
- c) Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:
 - Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
 - Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).
 - Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
 - Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.
- d) El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).

Trastorno Hipercinético con Retraso Mental y Movimientos Estereotipados (F84.4)

- a) Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:
- Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.
 - Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B).
 - Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
 - Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio.
- b) Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:
- Manerismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.
 - Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (bien solo o junto a otra gente).
 - Autoagresiones repetidas.
- c) CI menos de 50.
- d) Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:
- Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.
 - Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, incluyendo el compartir intereses, actividades, etc.
 - Al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto.

- A veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico.
- e) No cumple criterios diagnósticos para autismo (F84.0 y F84.1), trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3) o trastornos hiperquinéticos (F90.-).

Síndrome de Asperger (F84.5)

- a) Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.
- b) Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
- c) Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.
- d) No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo compulsivo (F42).

CIE-11

En la última edición que se saca de la Clasificación Internacional de Enfermedades y trastornos relacionados con la Salud (CIE-11) (2018) existen algunos cambios con respecto a la nomenclatura que se manejaba en la CIE-10 y existe actualizaciones de las enfermedades,

por consecuencia, se modifica algunas clasificaciones de los trastornos mentales. María Funes (2021) nos explica algunos cambios realizados en la nueva edición de la CIE:

En el CIE-11 se modifica la nomenclatura de trastornos generalizados del desarrollo (TGD) al TEA, conjuntamente con las subclasificaciones. El trastorno permanece y hace referencia a un comportamiento o grupo de síntomas identificables clínicamente, que producen malestar, disfunción o interferencia con las actividades que se espera que realice el individuo. La aceptación del término espectro enfatiza la diversidad y heterogeneidad de manifestaciones de un mismo atributo. Se incluye, en la clasificación actual del TEA, al síndrome de Asperger con otro nombre (ex F84.5) como 6A02.0, a otros trastornos generalizados del desarrollo dentro de la clasificación de TEA (ex F.84.8 y F.84.9) como 6A02.Y y 6A02.Z respectivamente. Se excluye del manual al autismo infantil (ex F84.0), ya que el autismo es una condición de por vida, al trastorno desintegrativo infantil (ex F84.3) porque tiene importantes problemas de validez y al síndrome de Rett (ex F84.2) porque pertenece a otro trastorno. (p.275)

DSM-5

Por otro lado, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) (2013), el TEA tiene su propio apartado (299.00) del cual nos dan los siguientes criterios diagnósticos:

- a) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 - Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 - Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 - Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para

compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

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 (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

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 del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.
- f) Adicionalmente, el DSM-5 nos proporciona los Niveles de Gravedad del TEA que sirve de ayuda para el procedimiento de registro donde se menciona: La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos de la Tabla 2 (p. ej., “necesita apoyo muy notable para deficiencias en la comunicación social y apoyo notable para comportamientos restringidos y repetitivos”) (p.30)

Tabla 2

Niveles de Gravedad del TEA

Nivel de Gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad 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. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	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. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	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.
Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (2013) (p. 31-32)		

Diagnóstico Diferencial

Un diagnóstico diferencial se da cuando el médico tratante quiere hacer distinción entre diferentes enfermedades que pueden tener características similares y de las cuales se

pueden crear o generar una confusión, esto con el fin de identificar, de una forma más certera, la enfermedad que padece el paciente. Para hacer el diagnóstico diferencial del TEA se debe recordar que se caracteriza por déficits de la interacción y comunicación social en diferentes entornos, además de, patrones repetitivos y restringidos. En el DSM-5. Manual de Diagnósticos Diferencial de APA (2015) establece los siguientes diagnósticos diferenciales:

Tabla 3

Diagnósticos Diferenciales del TEA según el DSM-5

Diagnóstico Diferencial del TEA	Diferencia
Síndrome de Rett	Incluye alteraciones de las interacciones sociales durante la fase regresiva de esta afección neurológica (es decir, entre 1 y 4 años de edad), que también se caracteriza por desaceleración del crecimiento de la cabeza, pérdida del movimiento de las manos y deficiente coordinación.
Esquizofrenia	Por lo general, la esquizofrenia de inicio en la infancia aparece tras un período de desarrollo normal o casi normal. El estado prodrómico de la esquizofrenia puede incluir deterioro social e intereses y creencias atípicos, que se podrían confundir con los déficits sociales observados en el trastorno del espectro autista. En el trastorno del espectro autista no se observan alucinaciones ni ideas delirantes, que son características definitorias de la esquizofrenia.
Mutismo Selectivo	Se caracteriza por un desarrollo temprano normal y funcionamiento apropiado de la comunicación social en ciertos contextos «seguros» (p. ej., en el hogar, con los padres).
Trastorno del Lenguaje	Se caracteriza por la ausencia de deterioro cualitativo de la interacción social, y no hay restricción del espectro de intereses y comportamientos.
Trastorno de la Comunicación Social (Pragmático)	Se caracteriza por el deterioro de la comunicación social y las interacciones sociales sin los comportamientos o intereses repetitivos y restringidos característicos del trastorno del espectro autista.
Discapacidad Intelectual	Implica deterioro general del funcionamiento intelectual; no hay discrepancia entre el nivel de las aptitudes de comunicación social y

(Trastorno del Desarrollo Intelectual)	otras aptitudes intelectuales. Es apropiado un diagnóstico de trastorno del espectro autista en una persona con discapacidad intelectual cuando la comunicación y la interacción social muestran deterioro significativo respecto del nivel de desarrollo de sus aptitudes no verbales.
Trastorno de Movimientos Estereotipados	Aparece en ausencia de deterioro de la interacción social y del desarrollo del lenguaje. Por lo general, no se diagnostica trastorno de movimientos estereotipados si la estereotipia forma parte de un trastorno del espectro autista; sin embargo, cuando las estereotipias causan autolesión y se convierten en un foco de tratamiento, ambos diagnósticos pueden ser apropiados.

Fuente. Toda la información que se encuentra en la tabla fue obtenida de Asociación Americana de Psiquiatría (2015). *DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial.*

INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO – 2 (ADOS-2)

Edad de Aplicación. Dentro del Manual de la escala se menciona que la edad de aplicación es desde los 12 meses hasta la adultez, debido a que, la escala posee cinco módulos de evaluación y cada módulo tiene su edad de aplicación. (Lord, et al., 2015)

Finalidad de la Escala. “Evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social, el juego o el uso imaginativo de los materiales y las conductas restrictivas y repetitivas dirigida a personas de los que se sospecha que presentan un trastorno del espectro autista” (Lord, et al., 2015)

ENTREVISTA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO – REVISADA (ADI-R)

Edad de Aplicación. Dentro del Manual se indica “el sujeto evaluado —ausente durante la entrevista— puede ser de cualquier condición y edad con tal de que su nivel de desarrollo mental sea por lo menos de 2 años y 0 meses.” (Rutter et al., 2011, p.9)

Finalidad de la Entrevista. Entrevista colateral que tiene como objetivo la obtención de información más completa para poder llegar a un diagnóstico de TEA. La entrevista y la corrección dura treinta minutos a dos horas y media, dependerá de las capacidades del entrevistador, ya que deberá ser un entrevistador clínico experimentado; además de que, la persona informante, en este caso el entrevistado, debe ser el cuidador que está familiarizado con la historia de vida de la persona y los comportamientos diarios. (Rutter et al., 2011, p.9)

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN SOCIAL (SCQ)

Edad de Aplicación. Dentro del Manual del Cuestionario se indica que la edad de aplicación es a partir de los cuatro años. (Rutter et al., 2019, p.5)

Finalidad del Cuestionario. Se creo como prueba de screening que deberá ser acompañado del ADI-R. En el manual se indica “evaluación de los trastornos de autismo mediante observación de la conducta del niño. Se obtiene una puntuación total y tres posibles puntuaciones adicionales (Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada).” (Rutter et al., 2019, p.5)

Cuestionario Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F).

Edad de Aplicación. La edad indicada para aplicar el cuestionario es a niños o niñas entre los 16 y 30 meses de edad, 1 año y 4 meses hasta los 2 años y 6 meses.

Finalidad del Cuestionario. Evalúa síntomas positivos y negativos de los TEA en edades tempranas. Adaptación americana del CHAT amplía los 9 ítems del CHAT a 23 ítems de respuesta SI y NO. Realizada por los propios padres. (Consejería de Educación y Cultura, 2020).

6. TRATAMIENTO

Farmacológico

El tratamiento del TEA involucra un enfoque multidisciplinario, se debe dar la unión del tratamiento farmacológico y no farmacológico; como por ejemplo, terapias o intervención psicológica.

En el tratamiento farmacológico se utilizan estabilizadores del ánimo y antipsicóticos; en caso de que se presenten comorbilidades (ansiedad y depresión) se puede hacer uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina. Los únicos medicamentos que están aprobados por la FDA para el tratamiento del TEA son los antipsicóticos. El tratamiento con medicamentos antipsicóticos (Tabla 4) se usa cuando la persona presenta: irritabilidad, descontrol de impulsos y agresión. (Reyes & Pizarro, 2022)

Tabla 3

Tratamiento Farmacológico Antipsicótico

Medicamento	Dosis	Función
Risperidona	0,5 y 3,5 mg en total por día a pacientes mayores a 5 años.	La risperidona fue aprobada por la FDA en el 2006 para el tratamiento de la irritabilidad, mejoría de las estereotipias, impulsividad, hiperactividad y autoagresiones relacionadas con el TEA, actuando principalmente como antagonista de los receptores dopaminérgicos D2, y 5-HT2 serotoninérgicos.
Aripiprazol	5 a 15 mg por día en pacientes entre los 6 y 17 años.	El aripiprazol fue aprobado por la FDA en el año 2009 para el tratamiento de la irritabilidad asociada al TEA.

Fuente. Reyes & Pizarro, 2022; Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades – Psiquiatría (2020).

El tratamiento con medicamentos estabilizadores de ánimo sirve para tratar la desregulación del comportamiento y el comportamiento desafiante que pueden presentar las personas con TEA, aunque los estudios no son concluyentes y no existe la aprobación de la FDA. (Reyes & Pizarro, 2022)

No Farmacológico

El tratamiento del TEA involucra un enfoque multidisciplinario, los tratamientos no farmacológicos ayudan a la mejora de la calidad de vida y el desarrollo de la vida de la persona que padece de TEA.

a. Terapia Cognitivo - Conductual

Mediante la Terapia Cognitivo - Conductual y el Análisis del Comportamiento Aplicado (ABA) se van a centrar en fomentar, en la persona con TEA, las habilidades comunicativas, sociales y de comportamiento, esto se logrará mediante técnicas específicas de reforzamiento y modelado. Además, la terapia va a ayudar a reducir las estereotipias (o movimientos

estereotipados) y la rigidez de la conducta, con el objetivo de beneficiar la adaptación del niño o niña, dando como resultado la eliminación de las conductas inapropiadas. Del mismo modo, si existe una intervención temprana, ayudará en el área del lenguaje y en el área intelectual del niño o niña. La terapia Cognitivo - Conductual puede aliviar la ansiedad del paciente y favorecer la adaptación social.

b. Terapia de Lenguaje

Con la Terapia del Lenguaje se busca ayudar al paciente con la mejora de su comunicación verbal y el lenguaje receptivo y expresivo del paciente. En otras palabras, mejora el lenguaje del paciente para una mejor comunicación con los demás y que exista una mejora en las relaciones sociales. Además, se busca una ampliación del vocabulario, fomentar que se use de forma adecuada y perfeccionar la sintaxis cuando sea posible.

c. Terapia Ocupacional – Sensorial

Con esta terapia se debe enfocar en ayudar a manejar la sensibilidad sensorial y a regular las respuestas hacia ciertos estímulos sensoriales. Su finalidad es mejorar las dificultades en el área motriz del menor, además de, disminuir los problemas sensoriales que son comunes en este grupo de pacientes como son la hipersensibilidad a ciertos sonidos, olores, texturas.

d. Programas Educativos o Intervenciones Educativas Personalizadas

Los programas educativos se orientan a mejorar el nivel de lenguaje, los mecanismos de comunicación e interacción social y el aprendizaje en general. Debido a algunas de las características o sintomatología propias del autismo que plantean un serio reto a la hora de llevar los programas educativos, como por ejemplo: los periodos de atención corto, la falta de motivación, las dificultades de comprensión y las dificultades de generalizar el aprendizaje, son los retos que se presenta y por eso se debe hacer adaptaciones al entorno para satisfacer las necesidades individuales del paciente. Los programas educativos deben comenzar lo antes posible para mejor adaptación.

e. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Por naturaleza el ser humano es un ser sociable, por lo que, trabajar y enseñar habilidades sociales en el paciente con autismo, también, busca la mejora en la interacción social en

situaciones cotidianas y sociales, esto es un objetivo primordial. Se recomienda el empleo de refuerzos positivos para fomentar un incremento en habilidades sociales como saludar, pedir por favor, se, hacer contacto visual, sonreír, entre otros.

f. Entrenamiento y Apoyo a los Padres

La familia es un pilar fundamental del tratamiento de los pacientes con TEA. El apoyo médico que se les puede dar a los padres o cuidadores necesitan es tiempo para comprender y reconocer la gravedad de lo que sucede al paciente con TEA, además, de las esperanzas que pueda mejorar sus capacidades, un aprendizaje de estrategias educativas y comportamentales para enfrentarse a los síntomas clínicos en la vida cotidiana.

En las Unidades Educativas, el contacto con otros padres y el formar parte de asociaciones les ofrece la oportunidad de compartir sus dudas, lo que refuerza la importancia de dedicar tiempo y esfuerzo a mejorar sus conocimientos sobre el trastorno y a que desaparezcan ideas erróneas que perjudican al niño, empeoran el pronóstico y aumentan a la larga el sufrimiento de la familia. (Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades – Psiquiatría, 2020).

7. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

Criterios de Ingreso

7.1 Hospitalización o Terapia Intensiva

Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento autolítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con descompensación de patología médica.

Criterios de Egreso

7.2 Referencia/Contrareferencia

Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con la normativa vigente.

De la misma manera en la Guía de Práctica Clínica (GPC) Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del Ministerio de Salud Pública (2017) menciona los criterios de Referencia y Contrarreferencia:

Todo niño y adolescente con factores de riesgo en el desarrollo integral, que tenga signos de alarma según los instrumentos de tamizaje descritos en este documento, debe ser referido a un centro de especialidad con adecuada complejidad y capacidad resolutoria; para que una vez que se haya establecido el diagnóstico, se puedan tomar decisiones acertadas y oportunas. (p.50)

7.3 Alta y Referencia Inversa

Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo

7.4 Manejo de Prioridades

Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, ni referencia a un nivel de mayor complejidad, pero será de manejo prioritario en caso de riesgo de auto o heteroagresión.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Arberas, C., & Ruggieri, V. (2019). AUTISMO. ASPECTOS GENÉTICOS Y BIOLÓGICOS. *MEDICINA* (Buenos Aires), 79, 16-21. <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30776274.pdf>
2. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2015). *DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial*. Editorial Médica Panamericana. <https://drive.google.com/file/d/1NayWGyTMUR2zyfrtMdMEcB56KmbgNRMu/view>
3. Balbuena, F. (2015). Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativa. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 269-276. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272015000400007>
4. Celis Alcalá, G., & Ochoa Madrigal, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM (México)*, 65(1), 7-20. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000100007
5. Cevallos Vargas, S. S., & Massón Vaca, A. S. (2021). Inclusión educativa en los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista [Trabajo de titulación proyecto de

investigación previo a la obtención del Título de Licenciatura en Ciencias de la Educación [mención Psicología Educativa y Orientación]. Universidad Central del Ecuador.
[http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22908/1/T-UCE-PEO-](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22908/1/T-UCE-PEO-CEVALLOS_MASSON.pdf)

[CEVALLOS_MASSON.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22908/1/T-UCE-PEO-CEVALLOS_MASSON.pdf)

6. Confederación Autismo España. (2019). El estudio sociodemográfico desarrollado por Autismo España cuenta ya con 2.116 registros de personas con TEA. *Autismo España*.
<https://autismo.org.es/el-estudio-sociodemografico-desarrollado-por-autismo-espana-cuenta-ya-con-2116/>
7. Consejería de Educación y Cultura (2020). Instrumentos específicos para la evaluación TEA. *Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo*. <https://equipoautismomurcia.com/wp-content/uploads/2020/03/Instrumentos-para-la-evaluaci%C3%B3n-TEA.pdf>
8. Federación Autismo Madrid. (2021, 4 junio). ¿Qué son las estereotipias? Autismo Madrid.
<https://autismomadrid.es/articulo-especializado/que-son-las-estereotipias/#:~:text=Las%20estereotipias%20son%20movimientos%20repetitivos,realiza n%20con%20un%20fin%20concreto.>
9. Funes, M. L. G. (2021). El autismo en los manuales diagnósticos internacionales. cambios y consecuencias en las últimas ediciones. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 273-283. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.15>
10. García-Franco, A., Alpizar-Lorenzo, O. A., & Guzmán-Díaz, G. (2019). Autismo: revisión conceptual. *Boletín científico de la escuela superior Atotonilco de tula*, 6(11), 26-31. <https://doi.org/10.29057/esat.v6i11.3693>
11. Ministerio de Salud Pública. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento.: Guía Práctica Clínica (GPC)*. Dirección Nacional de Normatización.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_trastornos_del_espectro_autista_2017-1.pdf
12. Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ed. Médica Panamericana.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=992B42DFA1D98F559C63259882C4BAFF?sequence=1
13. Organización Panamericana de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Edición 2015. *Organización Mundial de la Salud*, 1(10). <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

14. Reyes, E., & Pizarro, L. (2022). Rol de la terapia farmacológica en los trastornos del espectro autista. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 387-399.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.07.002>
15. Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2019). SCQ. *Cuestionario de Comunicación Social* (J. Pereña y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
https://web.teaediciones.com/ejemplos/scq_extracto_manual.pdf
16. Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades – Psiquiatría (2020). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes*. Ministerio de Salud Perú.
<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000172-2020-DG-INSNSB%20GPC%20TRASTORNO%20ESPECTRO%20AUTISTA%202020.pdf>
17. World Health Organization: WHO. (2023). Autismo. www.who.int.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
18. Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M. A., Troncoso, L., López, C., & Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediátrica*, 92(4), 519.
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>

9. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción del Cambio	Sección que Cambia	Versión
22/12/2023	NUEVO	N/A	001

10. ANEXOS

N/A

11. Diagrama de Flujo, ver link https://drive.google.com/file/d/1aiNEgymOxzlrTirB2ZzldRIk2gaXbwSS/view?usp=drive_link

