



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Trastornos del espectro autista

Nombre de la alumna: Alinne Pérez Velasco

Semestre: Cuarto semestre

Grupo: "B"

Materia: Psiquiatría

**Nombre del profesor: Cristian Jonathan
Aguilar Ocampo**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de septiembre de 2023

Trastornos del espectro autista (TEA)

HISTORIA

La palabra autismo es un neologismo procedente del prefijo griego (autos), que significa uno mismo, y el sufijo (ismós) que forma sustantivos abstractos que denotan cierto tipo de tendencia, en este caso la acepción apropiada sería “internarse en uno mismo”, y el vistazo clínico nos dicta que la palabra designa a aquellos que “se aíslan del mundo externo”

Eugen Bleuler (1908) utilizó esta nominación para describir a un paciente esquizofrénico que se aisló en su propio mundo. A pesar de que en la actualidad se habla de un factor general para los trastornos mentales y que el TEA y el del espectro esquizofrénico son identidades con similitudes trascendentes, esta historia en su mayor parte tiene un enfoque dicotómico, tal como Hans Asperger y Leo Kanner, pioneros que trabajaron de manera separada en los años 40, con enfoques muy particulares.

Kanner (1943) describió el cuadro clínico del autismo con observaciones sobre 8 niños y 3 niñas que tenían en común las siguientes características:

- 1) incapacidad para establecer relaciones
- 2) alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social, si bien en 8 de ellos el nivel formal de lenguaje era normal o solo ligeramente retrasado
- 3) insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios
- 4) aparición, en ocasiones, de habilidades especiales
- 5) buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés
- 6) aspecto físico normal y “fisonomía inteligente”
- 7) aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento, los cuales estaban importantemente afectados y con gran repercusión.

Asperger (1944) describía en su serie niños muy capaces debido a estas capacidades y conductas diferentes respecto al resto de la población.

La primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-I (1952) incluyó en esta entidad nosográfica eran diagnosticados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”.

El DSM-II (1968) tampoco contempló el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil.

DSM-III (1980), al contemplarse como una entidad única, denominada “autismo infantil”.

En años posteriores aparecieron respectivamente el DSM-IV (1994) y el DSM IV-TR (2000), se definieron 5 categorías de autismo:

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

En el DSM-5 (2013) incorpora la palabra Espectro, entonces la definición quedaría así:

Comprende un conjunto de comportamientos que se caracterizan por dificultades graves en numerosas áreas del desarrollo, como reciprocidad social, comunicación y patrones de comportamiento o actividades de tipo restrictivo o repetitivo, incluyendo el habla.

Se divide en tres grupos:

Grado 1: se caracteriza por la capacidad para hablar con una interacción social reducida (similar al trastorno de Asperger).

Grado 2: se distingue por un lenguaje e interacción social mínimos (diagnosticado como el trastorno de Rett en el DSM-IV, en el DSM-5 ya no aparece).

Grado 3: está marcado por una ausencia total de lenguaje e interacción social.

El TEA se ve influido por una variedad de factores ambientales, genéticos e incluso inmunológicos que actúan en momentos clave del proceso de desarrollo.

Subsiste afectación simultánea de múltiples sistemas debido a la interacción existente entre la exposición al ambiente y susceptibilidades genéticas individuales, su compleja relación y la etiología multifactorial devienen en heterogeneidad y variabilidad del autismo e incluso lo anteriormente señalado, suma diferentes comorbilidades psiquiátricas al TEA, dificultando la localización de un trastorno puro y, por ello, sus factores directos.

Estudios epidemiológicos han identificado fármacos, metabolitos, toxinas y nutrientes que incrementan el riesgo de esta alteración especialmente en el periodo prenatal.

Recientemente el interés se ubica más allá del cerebro, se ha propuesto que el sistema inmune y el eje cerebro-intestino-microbioma desempeñan un papel considerable.

Los folatos y el neurodesarrollo son un tema de gran interés, tanto para clínicos como para investigadores. Sin bien se ha encontrado en estudios de cohorte prospectivos que la ingesta reducida en folatos durante el embarazo predispone a problemas del neurodesarrollo e incluso a trastornos neuropsiquiátricos en la edad adulta. Otro factor controversial es la vacunación, principalmente la vacuna triple viral y el excipiente timerosal; sin embargo, esta y el resto de las vacunas no tienen ninguna relación con el desarrollo del desorden.

Existen 2 tendencias actualmente para hacer el diagnóstico de TEA, la primera es tradicional, ampliamente utilizada, pero con barreras y fallos constantemente criticados por expertos en el tema, es decir, el diagnóstico clínico representado por criterios de DSM-5. Los recientemente establecidos en la CIE- 11 muestran una aproximación a la segunda tendencia que se estima revolucionaria, por el mencionado reciente establecimiento ha sido poco difundida, sustentada en evidencia científica que da apertura a información traslacional, que probablemente conforme los futuros manuales y guías diagnósticas.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5

Dentro del diagnóstico del TEA, las características clínicas individuales se registran a través del uso de especificadores:

- ✓ Con o sin déficit intelectual acompañante.
- ✓ Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- ✓ Asociado a una afección médica/genética o ambiental/adquirida conocida.
- ✓ Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

Además de los especificadores que describen los síntomas autistas:

- ✓ Edad de la primera preocupación.
- ✓ Con o sin pérdida de habilidades establecidas.
- ✓ Gravedad.

Debe considerarse que el trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo y es normal que el aprendizaje y la compensación continúen durante toda la vida. Los síntomas a menudo son muy marcados durante la infancia temprana y en los primeros años

escolares, con mejoría del desarrollo típico en la infancia más tardía, al menos en algunas áreas. Solamente una minoría de individuos con TEA vive y trabaja independientemente en la edad adulta; los que lo hacen tienden a contar con mayores capacidades lingüísticas e intelectuales, y logran encontrar un área que compagina sus especiales intereses y capacidades.

Complicaciones

Los síntomas de tipo internalizante, como la disminución del estado de ánimo, la ansiedad, miedos, somatizaciones, fobias e inseguridad son prominentes dentro del espectro autista y pueden exacerbar los síntomas nucleares del desorden, complicando el cuadro con desempleo, abandono y falta de autonomía.

Es importante destacar que esta última puede hacer que enfermedades médicas de tipo crónico degenerativo sean diagnosticadas tardíamente y no sean atendidas en forma adecuada en su oportunidad. Una complicación también temida en estos pacientes es que la inestabilidad emocional y la dificultad para identificar sintomatología depresiva pueden llevar al suicidio.

Tratamiento

Aquella que facilite el desarrollo de las habilidades sociales. Ningún medicamento ha sido aprobado para el tratamiento de los síntomas capitales del trastorno del espectro autista.

Se propone una terapia integrativa, la cual no es lineal o escalonada, sino que emplea herramientas pertenecientes a 3 formas diferentes de intervenir, y pueden ser utilizadas a criterio clínico para la atención individualizada de los pacientes según sus necesidades.

- Psicoterapia

La terapia intensiva de comportamiento se refiere al análisis de comportamiento aplicado (ACA) la cual representa la única terapia convencional que provee, mediante métodos basados en evidencia, una mejora marginal en los síntomas nucleares del TEA. El ACA se encarga de tratar el comportamiento y está diseñado para que sus técnicas incrementen la sociabilidad apropiadamente y disminuyan la severidad o emergencia de comportamientos desafiantes.

- Psicofarmacología

Son diferentes los grupos farmacológicos empleados, su fin ha sido, de manera histórica, el control sintomático de las comorbilidades y sus disturbios afectivos y conductuales, encontrándose que lo más común asociado al TEA es la ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), compulsiones y comportamientos repetitivos, irritabilidad y agresión. Sin embargo, actualmente existen varias propuestas para atender los síntomas capitales del trastorno.

- Antipsicóticos

La risperidona y el aripiprazol son los únicos aprobados por la Agencia de Regulación de Bebidas y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) para atender la irritabilidad y comportamiento explosivo de estos pacientes.

- Estimulantes

Es importante iniciar también con la premisa “empezar a dosis baja e ir lento”. Media tableta de metilfenidato de 10 mg de liberación inmediata es típicamente la dosis inicial, teniendo la posibilidad de aumentar la dosis según repuesta. En otras circunstancias se ha evaluado el uso de medicamentos no estimulantes como los inhibidores selectivos de noradrenalina, en su representación está la atomoxetina, la cual puede ser iniciada a 0.4 mg/kg e incrementar hasta 1.2 mg/kg 1 vez al día.

- Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, ISRS

La fluoxetina es el medicamento con el cual se tiene mayor experiencia para tratar la ansiedad, depresión, fobias y compulsiones en niños, adolescentes y adultos con autismo. La fluoxetina es el medicamento preferido en solución de 4 mg/ml, se recomienda iniciar con dosis bajas en caso de ansiedad y compulsiones, siendo la dosis 1 ml/4 mg al día e ir aumentando 1 ml/4 mg cada semana hasta alcanzar 5 ml/20 mg. En caso de depresión, es posible iniciar con 2 ml/8 mg por una semana y posteriormente la dosis estándar de 5 ml/20 mg. Los efectos adversos más comunes son de tipo gastrointestinal, pero cabe destacar que estos efectos son transitorios en la mayoría de los casos.

REFRERENCIA BIBLIOGRAFICA

Alcalá, Gustavo Celis, & Ochoa Madrigal, Marta Georgina. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). Revista de la Facultad de Medicina (México), 65(1), 7-20. Epub 30 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>

Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales DSM-5. 5ta edición.