



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE
FACULTAD DE FILOSOFÍA

Dirección de Posgrado



SEMINARIO AVANZADO DE PSICOPATOLOGIA

UNIDAD VI: 6.3.: TRASTORNOS DE LA INFANCIA. TEA

AUTORES

CRISTIAN FELIPE FLORENTIN ROMERO

CAROLINA ROJAS CARDOZO

MIRTA BEATRIZ ARANDA INSFRAN

LUIS MIGUEL ROA

ROMINA ELIZABETH DELVALLE CABRAL

FABIAN DAVID HERRERA CHICO

ORIENTADOR:

PROFESOR: DR. TEÓFILO VILLALBA TORRES

PROFESORA DE APOYO: LIC. CARMEN CECILIA GARCETE

Ciudad del Este – Paraguay

Agosto, 2025

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
TEA – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	3
Criterios Diagnósticos	3
PROCEDIMIENTO DE REGISTRO	4
1. Primer Nivel de Atención (Detección Inicial).....	4
2. Segundo Nivel de Atención (Evaluación Especializada)	4
3. Tercer Nivel de Atención (Atención Multidisciplinaria)	5
Flujograma Clave	5
Tabla Niveles de Gravedad	6
Especificadores.....	6
CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS.....	7
Características Asociadas.....	7
PREVALENCIA	8
Desarrollo y Curso	8
Factores de Riesgo y pronostico.....	9
Pronostico.....	9
EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	10
Nivel Detección:.....	10
Nivel Diagnóstico:.....	11
Algunos instrumentos utilizados para la evaluación del espectro autista:	11
ASPECTOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA CULTURA	13
Aspectos Diagnósticos relacionados con el sexo y el genero	13
Asociación con pensamientos o conductas suicidas	14
CONSECUENCIAS FUNCIONALES DEL TEA	14

Diagnostico Diferencial.....	15
Comorbilidad.....	17
Tratamientos.....	17
EL MANEJO PUEDE EFECTUARSE EN TRES PILARES:	18
Psicoterapia.	18
Intervenciones Mediadas por las Familias	19
Psicofarmacología.	19
CONCLUSIÓN.....	21
REFERENCIAS.....	22
ANEXOS.....	23, 24

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia. Los trastornos del neurodesarrollo concurren frecuentemente; por ejemplo, los individuos con un trastorno del espectro autista a menudo tienen una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y muchos niños con un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) también tienen un trastorno específico del aprendizaje. Para algunos trastornos, la presentación clínica incluye síntomas por exceso además de los debidos al déficit y al retraso en el alcance de los hitos esperados. Por ejemplo, el trastorno del espectro autista se diagnostica solamente cuando los déficits característicos de la comunicación social están acompañados por comportamientos excesivamente repetitivos, por intereses restringidos y por la insistencia en la monotonía.

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. Como los síntomas cambian con el desarrollo y pueden enmascarse por mecanismos compensatorios, los criterios diagnósticos pueden cumplirse basándose en la información histórica, aunque la presentación actual tiene que causar un deterioro significativo. Dentro del diagnóstico del trastorno del espectro autista, 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 especificadores que describen los síntomas autistas (edad de la primera preocupación; con o sin pérdida de habilidades establecidas; gravedad). Estos especificadores ofrecen a los clínicos

la oportunidad de individualizar el diagnóstico y de comunicar una descripción clínica más detallada de los individuos afectados. Por ejemplo, muchos individuos previamente diagnosticados de trastorno de Asperger ahora recibirían un diagnóstico de trastorno del espectro autista sin deterioro intelectual ni del lenguaje.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en su carácter de entidad rectora con el objetivo de garantizar el acceso a una atención en salud de calidad para todos crea un manual en cumplimiento de la Ley N° 6103/2018 que “crea el Programa Nacional de Atención Integral a los Trastornos del Espectro Autista (PNAITEA)”.

Se trata de un trastorno que en las últimas décadas ha sido subdiagnosticado, sin embargo, actualmente se disponen de herramientas que han facilitado la detección en etapas más tempranas y han puesto de manifiesto su alta prevalencia e incidencia. Según la OMS se calcula que, en todo el mundo, uno de cada 100 niños tiene autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), detectan actualmente 1 caso de autismo por cada 35 niños.⁵ Dado que los niños tienen aproximadamente 4 veces más probabilidades de verse afectados que las niñas, la prevalencia estimada para los niños es de 1 entre 42 y para las niñas es de 1 entre 189

TEA – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Criterios Diagnósticos

Trastorno del espectro del autismo 299.00 (F84.0)

Los criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista (TEA) según el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición, Texto Revisado) son los siguientes:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, que se manifiestan por los tres aspectos siguientes:

- Déficits en la reciprocidad socioemocional, que incluyen dificultad o fracaso en la conversación normal en ambos sentidos, disminución en compartir intereses, emociones o afectos, o dificultad para iniciar o responder a interacciones sociales.
- Déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, como anomalías en el contacto visual, lenguaje corporal, comprensión y uso de gestos o falta de expresión facial.
- Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones apropiadas al nivel de desarrollo, como dificultad para ajustar el comportamiento a contextos sociales, dificultades para compartir juegos imaginativos o hacer amigos, o ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, manifestando al menos dos de los siguientes:

- Movimientos motores o vocalizaciones estereotipadas o repetitivas, o uso repetitivo de objetos.
- Insistencia en la monotonía, apego inflexible a rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses muy restringidos y fijos con intensidad y foco anormales.
- Reacciones inusuales a estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

C. Los síntomas deben estar presentes desde la primera infancia, aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas.

D. Los síntomas provocan un deterioro clínicamente significativo en el área social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

E. Estos trastornos no se explican mejor por discapacidad intelectual o retraso global del

desarrollo.

Además, el DSM-5-TR especifica que el diagnóstico debe acompañarse de la evaluación del nivel de gravedad y de posibles condiciones comórbidas, como discapacidad intelectual o trastornos del lenguaje.

Estos criterios reflejan un cambio respecto a ediciones previas, unificando problemas sociales y de comunicación en un solo criterio (A), y agregando los síntomas sensoriales en el criterio B de comportamientos repetitivos

PROCEDIMIENTO DE REGISTRO

1. Primer Nivel de Atención (Detección Inicial)

Objetivo: Identificar signos de alarma y derivar a intervención temprana.

Pasos:

Historia clínica detallada:

- Antecedentes familiares y personales.
- Evaluación de hitos del neurodesarrollo (peso, talla, motricidad, socioafectividad, lenguaje).

Pruebas estandarizadas (según edad):

- M-CHAT (16–30 meses): 23 preguntas Sí/No. Positivo si falla 3 ítems o 2 críticos.
- Q-CHAT (18–48 meses): 25 preguntas. Puntuación cercana a 100 indica mayor riesgo.
- AQA (7–16 años): 50 ítems. Puntuación ≥ 19 (maestros) o ≥ 22 (padres) sugiere derivación.
- Battelle (9, 18, 30 meses): Evalúa 5 áreas del desarrollo.
- Derivación inmediata a Servicios de Intervención Temprana (SIT) si hay signos de alarma.
- Evaluaciones complementarias: Oftalmología, otorrinolaringología, fonoaudiología.

Intervenciones:

- Profesionales: Guían estimulación familiar, limitan pantallas, promueven juegos interactivos.
- Familias: Participan en terapias, aplican modificaciones en casa (ej: rutinas claras).

2. Segundo Nivel de Atención (Evaluación Especializada)

Objetivo: Confirmar diagnóstico y planificar tratamiento.

Pasos:

- Historia clínica ampliada: Árbol genealógico, estudios retrospectivos (en adultos).

Diagnóstico:

- Criterios CIE-10 o DSM-5-TR.
- Uso de herramientas como M-CHAT, Q-CHAT, AQA.

Estudios auxiliares:

- Laboratorio (hemograma, perfil tiroideo).
- Audiometría, EEG, potenciales evocados.

Derivaciones: Psicología, psiquiatría, neurología, nutrición, etc.

Intervenciones:

- Terapias: ABA, lenguaje, ocupacional.
- Familias: Grupos de apoyo, modelo IMPACT (entrenamiento en comunicación).

3. Tercer Nivel de Atención (Atención Multidisciplinaria)

Objetivo: En este nivel de atención se trabaja con un equipo multidisciplinario encabezado por un Pediatra entrenado en Desarrollo infantil o Médico clínico con entrenamiento en TEA, el que deberá realizar

Pasos:

Evaluación exhaustiva:

- Genética, neurología, psiquiatría, gastroenterología, etc.
- Estudios de imágenes o genéticos si hay comorbilidades.

Diagnóstico definitivo: Con informe claro para la familia.

Intervenciones:

- Equipo especializado: Coordinación entre pediatras, clínicos, terapeutas.
- Telemedicina: Seguimiento remoto.

Flujograma Clave

1. Primer Nivel (Detección) → Signos de alarma → Pruebas (M-CHAT/Q-CHAT) → Derivación a SIT.
2. Segundo Nivel (Diagnóstico) → Estudios + Terapias → Si no hay mejora → Tercer Nivel.
3. Tercer Nivel (Especializado) → Evaluación genética/neurológica → Tratamiento personalizado.

Tabla Niveles de Gravedad

Niveles de Severidad del Trastorno del Espectro Autista.

Nivel	Comunicación Social	Conductas Restringidas/Repetitivas	Ayuda Requerida
Nivel 1 (Leve)	Dificultades notables pero funcionales. Puede hablar pero con desafíos en reciprocidad.	Intereses fijos que interfieren en al menos un contexto.	Necesita apoyo ocasional (ej: organización).
Nivel 2 (Moderado)	Déficits marcados (ej: contacto visual escaso, lenguaje limitado).	Conductas repetitivas frecuentes que son evidentes e interfieren en la vida diaria.	Necesita ayuda notable (ej: terapias diarias).
Nivel 3 (Grave)	Mínima comunicación verbal/no verbal. Muy poca interacción social.	Conductas muy restrictivas (ej: estereotipias motoras).	Requiere ayuda muy intensiva y constante.

Especificadores

Los especificadores en el CIE-11 permiten clasificar el TEA en función de la gravedad y la presencia de otras condiciones asociadas. Esto incluye:

Gravedad:

Leve: Dificultades significativas en la interacción social, pero con habilidades verbales funcionales y mayor capacidad de adaptación.

Moderado: Dificultades más marcadas en la interacción social y comunicación, pero con la capacidad de funcionamiento adecuado en la vida diaria.

Grave: Profundas dificultades en la interacción social y en la comunicación verbal, con apoyo

intensivo requerido para la vida diaria.

Presencia de discapacidad intelectual:

Con discapacidad intelectual: Cuando hay un cociente intelectual significativamente bajo.

Sin discapacidad intelectual: El cociente intelectual es dentro del rango normal o superior.

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

Atraso en el desarrollo de habilidades sociales: Dificultad para hacer amigos, interactuar con otros niños o adultos de manera adecuada.

Habilidades lingüísticas: Algunas personas con TEA tienen un desarrollo del lenguaje tardío, mientras que otras pueden tener un lenguaje más avanzado, pero con dificultades para usarlo en un contexto social.

Intereses limitados y estereotipados: Intereses intensos en un área muy específica, como mapas, fechas, animales o sistemas.

Características Asociadas

Además de los síntomas principales, el TEA puede estar asociado con otras características y condiciones:

Discapacidad intelectual:

Algunas personas con TEA tienen discapacidades intelectuales, pero otras tienen habilidades cognitivas dentro de los rangos normales o incluso superiores.

Problemas del sueño:

Muchos individuos con TEA experimentan dificultades para dormir, como insomnio o despertares nocturnos frecuentes.

Condiciones médicas asociadas:

Problemas gastrointestinales: Las personas con TEA tienen más probabilidades de sufrir trastornos gastrointestinales como estreñimiento o diarrea.

Trastornos de la piel: Como eccema o piel sensible.

Trastornos emocionales o conductuales:

Depresión, ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y comportamientos agresivos son comunes en algunos individuos con TEA.

PREVALENCIA

El Trastorno del Espectro Autista en las últimas décadas ha sido subdiagnosticado, sin embargo, actualmente se disponen de herramientas que han facilitado la detección en etapas más tempranas y han puesto de manifiesto su alta prevalencia e incidencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que, en todo el mundo, uno de cada 100 niños tiene autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia del autismo en muchos países de ingresos bajos y medianos es hasta ahora desconocida.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), detectan actualmente 1 caso de autismo por cada 35 niños. Dado que los niños tienen aproximadamente 4 veces más probabilidades de verse afectados que las niñas, la prevalencia estimada para los niños es de 1 entre 42 y para las niñas es de 1 entre 189.

Desarrollo y Curso

Los síntomas se reconocen normalmente durante el segundo año de vida (12-24 meses de edad), pero se pueden observar antes de los 12 meses si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles. En los casos en que se han perdido capacidades, los padres o cuidadores pueden explicar la historia del deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o las capacidades del lenguaje. Las características conductuales del trastorno del espectro autista empiezan a ser evidentes en la primera infancia. Los primeros síntomas implican retraso en el desarrollo del lenguaje, acompañado a menudo por falta de interés social o interacciones sociales inusuales. Durante el segundo año, los comportamientos extraños y repetitivos y la ausencia de juego característica se hacen más evidentes. Como muchos niños pequeños de desarrollo normal tienen fuertes preferencias y les gusta la repetición (p. ej., comer los mismos alimentos, mirar el mismo vídeo varias veces), puede ser difícil distinguir los comportamientos restringidos y repetitivos típicos del trastorno del espectro autista en los niños de edad preescolar. La distinción clínica se basa en el tipo, la frecuencia y la intensidad del comportamiento (p. ej., un niño que alinea objetos durante horas cada día y presenta mucho malestar si se le mueve cualquiera de esos objetos).

El trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo y es normal que el aprendizaje y la compensación continúen durante toda la vida. Solamente una minoría de individuos con trastorno del espectro autista vive y trabaja independientemente en la edad adulta. En general, los individuos con un nivel menor de deterioro pueden ser más capaces de funcionar independientemente. Sin embargo, incluso estos individuos pueden seguir siendo socialmente ingenuos y vulnerables, pueden tener dificultades para organizar las exigencias prácticas sin ayuda y pueden tener tendencia a la ansiedad y a la depresión. Algunos individuos consultan para un primer diagnóstico en la edad adulta, quizás impulsados por el diagnóstico de autismo en un niño de la familia o un empeoramiento de las relaciones en el trabajo o en casa.

Factores de Riesgo y pronóstico

Factores Genéticos:

Se han encontrado variaciones genéticas en más de 1000 genes, las cuales incluyen aneuploidías, variaciones en el número de copias (Copy Number Variations o CNV), inserciones, deleciones y variaciones de un solo nucleótido (Single Nucleotide Variations o SNV). Los resultados sobre exploraciones de genoma completo apoyan la hipótesis de que la persona debe de heredar, al menos, de 15 a 20 genes (heterogeneidad genética), que interactúan de manera sinérgica para expresar el fenotipo completo del autismo. De esos genes, unos actuarían en todos los casos y otros en distintas combinaciones que influyen en las variaciones familiares y en la gravedad o la expresión del fenotipo.

Factores Ambientales:

Los factores ambientales asociados son múltiples, algunos factores están asociados con un aumento en el riesgo, cuya presencia no condiciona el TEA incluyen:

- Tener hermanos con trastornos del espectro autista.
- Mayor edad de los padres (>a 40 años) o padres con diferencia de edad mayor a 10 años.
- Tener un peso muy bajo al nacer o Bilirrubina alta de forma sostenida en neonatos.
- Amenaza de Parto prematuro, infecciones del grupo TORCH (Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes, otros: Sífilis) en los primeros meses de embarazo, el consumo durante la gestación de alcohol o la cocaína; o fármacos utilizados en el tratamiento de la epilepsia, como el ácido valproico o el empleo de ansiolíticos y antidepresivos, se han asociado a la causa etiológica del TEA.

Pronóstico

Los factores pronósticos mejor establecidos para el resultado individual dentro del trastorno del

espectro autista son la presencia o ausencia de una discapacidad intelectual asociada, el deterioro de lenguaje (p. ej., un lenguaje funcional al llegar a los 5 años de edad es un buen signo pronóstico) y los otros problemas añadidos de salud mental.

La epilepsia, como diagnóstico comórbido, se asocia a una mayor discapacidad intelectual y a una menor capacidad verbal.

EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Las Guías clínicas de detección, diagnóstico e intervención de la Academia Americana de Pediatría (Hyman y cols, 2020) actualizaron el proceso de evaluación en autismo. Lancet estableció una comisión internacional para desarrollar un consenso. Se dividió en dos niveles fundamentales de diagnóstico:

Nivel de detección: Todos los profesionales de salud y educación que siguen el desarrollo de un niño tienen que conocer el protocolo de sospecha para trastornos del desarrollo. Implica realizar las evaluaciones indispensables (screening) y conocer las redes para derivar a equipos especializados en TEA.

Nivel de Diagnóstico: Se incluyen los tests de criterios diagnósticos, los exámenes complementarios para descartar causas secundarias y la evaluación neuropsicológica para determinar perfiles de funcionamiento con fortalezas para diseño de planes de intervención.

Nivel Detección:

Control niño sano (9, 18 y 30 meses de edad) por profesionales de salud y educación con aplicaciones de escalas del desarrollo psicomotriz. Prestar atención a señales de alarma:

- Comunicación: 12 m no responde a su nombre, 14 m no señala objetos para mostrar, 18 m no hay juego simbólico, retraso del lenguaje, no comprende, repite palabras o frases, da respuestas inapropiadas.
- Social: evita el contacto visual, solitario, no comprende bien, ni habla sobre emociones.
- Conducta: irritable, intereses obsesivos, estereotipias como aleteo, balance, dar vueltas.
- Reacciones sensoriales inusuales: visuales (mirar las cosas desde un ángulo, acercar y alejar), táctiles (tocar texturas), sonidos (hacer sonidos, escuchar repetidamente ciertos sonidos), olores (oler frecuentemente ciertos estímulos), gustos (meter en la boca cosas no comestibles, meter los dedos en la boca, etc).

Las escalas de screening específicas para autismo como m-chat (Lista de chequeo para autismo en lactantes, modificada) con 23 preguntas para los padres de niños de 18 a 30 meses. Puede

ser completado por los padres, maestros y no requiere entrenamiento para su uso.

En el caso de niños en etapa escolar, es importante valorar dificultades en la interacción social con el grupo de pares. El consenso diagnóstico propone el cuestionario CAST (Scorr y cols, 2002) y el AQ o cociente de autismo para niños, adolescentes y adultos (Baron Cohen, 2010).

Exámenes complementarios:

Audiometría, etc.

Nivel Diagnóstico:

Se realiza en aquellos niños, adolescentes o adultos cuyas evaluaciones da alarma positiva, para completar el diagnóstico, establecer perfiles de fortalezas y dificultades para el tratamiento, niveles de pronóstico, comorbilidades y diagnósticos diferenciales.

Algoritmo de diagnóstico:

- Criterios diagnósticos:

Diagnóstico clínico: DSM-5, CIE-11

Observación: ADOS-2/BOSA, CARS

Encuestas ADI-R

- Nivel de desarrollo:

Nivel cognitivo: Wechsler (WPPSI, WISC, WASI, K-BIT, WAIS).

Nivel adaptativo; VABS, PEP, ABAS, DAS.

- Evaluación ampliada

Nivel del lenguaje: CELF, PLS, CCC; atención, memoria, aprendizaje, funciones ejecutivas, conductas comórbidas: CBCL – ASEBA.

Algunos instrumentos utilizados para la evaluación del espectro autista:

El Programa de Observación Diagnóstica del Autismo, Segunda Edición (ADOS-2), es una evaluación basada en actividades, administrada por profesionales clínicos capacitados para evaluar las habilidades de comunicación, la interacción social y el uso imaginativo de materiales en personas con sospecha de trastorno del espectro autista (TEA). El ADOS-2 fue desarrollado por la Dra. Catherine Lord y sus colegas para brindar la oportunidad de observar los síntomas y comportamientos asociados con el TEA de forma consistente en diferentes pacientes, profesionales clínicos y centros.

La ADOS-2 está diseñada para personas desde los 12 meses de edad hasta la edad adulta. Para que las personas participen adecuadamente en la evaluación, la ADOS-2 requiere un nivel mínimo de desarrollo de 12 meses y ausencia de discapacidades sensoriales o motoras

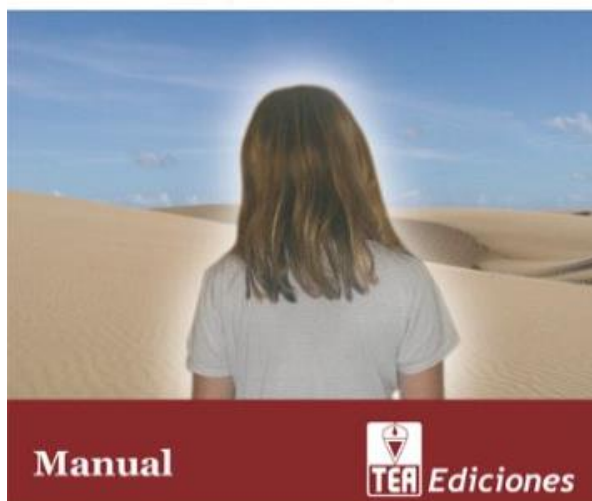
significativas (p. ej., ceguera, sordera o confinamiento a silla de ruedas).



El ADOS-2 se adapta a personas de todas las edades gracias a su composición de varios módulos. Los profesionales clínicos seleccionan el módulo adecuado según su capacidad lingüística (desde inexperiencia hasta fluidez verbal) y su edad.



M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord



ADI-R, o Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada, es un instrumento clínico semi-estructurado utilizado para evaluar a personas con sospecha de trastorno del espectro autista (TEA). Se enfoca en tres áreas principales: comunicación y lenguaje, interacción social recíproca, y comportamientos e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. La entrevista, administrada a padres o cuidadores, consta de 93 preguntas y ayuda a los profesionales a obtener información detallada para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA CULTURA

a) Variabilidad transcultural en la manifestación de síntomas:

- Conductas como evitación del contacto visual o intereses restringidos pueden interpretarse diferentemente según normas culturales (ej. en algunas culturas el contacto visual prolongado se considera descortés).
- Dificultades en la evaluación:
- Síntomas sociales (falta de reciprocidad emocional) pueden atribuirse a diferencias educativas o rasgos de personalidad culturalmente aceptados.
- Herramientas diagnósticas estandarizadas (ADOS-2, ADI-R) pueden no capturar manifestaciones atípicas en ciertos contextos culturales.

b) Barreras en el acceso al diagnóstico:

- Estigmatización en algunas comunidades retrasa la búsqueda de ayuda profesional.
- Escasez de profesionales capacitados en diversidad cultural y TEA.

Aspectos Diagnósticos relacionados con el sexo y el genero

a) Disparidades en el diagnóstico:

- Ratio 4:1 (hombres:mujeres) en diagnósticos, con posible subdiagnóstico en mujeres debido a:
- Camuflaje social: Mayor capacidad para imitar conductas neurotípicas.
- Intereses restringidos más "socialmente aceptados" (ej. literatura vs. datos).
- Menos conductas repetitivas visibles.

b) Expresión clínica diferencial:

Mujeres- Hombres

- Mayor comorbilidad emocional (depresión, ansiedad, TCA)
- Más conductas externalizantes (hiperactividad, agresividad)
- Diagnóstico más tardío (adolescencia/adulthood)
- Diagnóstico en primera infancia
- Mayor prevalencia de intentos de suicidio
- Mayor prevalencia de conductas disruptivas

c) Identidad de género:

- Mayor frecuencia de diversidad de género en población con TEA (requiere abordaje clínico no patologizante).

Asociación con pensamientos o conductas suicidas**a) Factores de riesgo específicos:**

- Depresión atípica: 4 veces más prevalente que en población general. Se manifiesta con:
- Insomnio e inquietud (en lugar de tristeza evidente).
- Empeoramiento de sensibilidades sensoriales.
- Hostigamiento social: 70% de adolescentes con TEA reportan bullying (Shtayermman, 2007).
- Camuflaje social: Adultos que enmascaran síntomas tienen 8× más riesgo de autolesión (Cassidy et al., 2019).

b) Estadísticas alarmantes:

35% de adultos con Asperger han intentado suicidarse (Cassidy et al., 2014).

Mujeres con TEA: 3× más riesgo de suicidio consumado que población general (Kirby et al., 2019).

c) Dificultades en la detección:

- Superposición de síntomas depresivos con rasgos del TEA (ej. retraimiento social).
- Falta de herramientas validadas para evaluar salud mental en TEA (solo 3/19 escalas de depresión son adecuadas).

d) Intervenciones recomendadas:

- Terapia cognitivo-conductual adaptada al TEA.
- Programas familiares (ej. SAFE) para reducir estrés.
- Detección temprana de comorbilidades (TDAH, ansiedad).

CONSECUENCIAS FUNCIONALES DEL TEA

En los niños pequeños con trastorno del espectro autista, la falta de habilidades sociales y de comunicación puede impedir el aprendizaje, particularmente el aprendizaje a través de la interacción social o en las situaciones con compañeros. En casa, la insistencia en las rutinas y la aversión a los cambios, así como las sensibilidades sensoriales, pueden interferir con el comer y el dormir, y hacer muy difíciles los cuidados rutinarios (p. ej., cortes de pelo, intervenciones

dentales). Las habilidades adaptativas están típicamente por debajo del CI medido. Las dificultades extremas para planificar, organizar y enfrentarse a los cambios impactan negativamente en los logros académicos, incluso en los estudiantes con inteligencia por encima de la media. Durante la edad adulta, estos individuos pueden tener dificultades para establecerse con independencia por la continua rigidez y sus problemas para aceptar novedades. Muchos individuos con trastorno del espectro autista, incluso sin discapacidad intelectual, tienen un funcionamiento psicosocial bajo en la edad adulta, según indican medidas como vivir independientemente y el empleo remunerado. Las consecuencias funcionales en la edad avanzada se desconocen, pero el aislamiento social y los problemas de comunicación (p. ej., la poca búsqueda de ayuda) probablemente tengan consecuencias para la salud en la madurez tardía.

Diagnostico Diferencial

Síndrome de Rett. Puede observarse una alteración de la interacción social durante la fase regresiva del síndrome de Rett (típicamente entre 1 y 4 años de edad); así pues, una proporción sustancial de las niñas pequeñas afectadas podrían debutar con una presentación que cumpla los criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista. Sin embargo, después de este período, la mayoría de los individuos con síndrome de Rett mejoran sus habilidades para la comunicación social y los rasgos autistas dejan de ser tan problemáticos. Por tanto, se debería tener en cuenta el trastorno del espectro autista solamente si se cumplen todos los criterios diagnósticos. **Mutismo selectivo.** En el mutismo selectivo, el desarrollo temprano no está habitualmente alterado. El niño afectado muestra normalmente capacidades de comunicación apropiadas en ciertos contextos y entornos. Incluso en los entornos donde el niño está mudo, la reciprocidad social no está deteriorada y no se presentan patrones de comportamiento restringidos o repetitivos.

Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático). En algunas formas del trastorno del lenguaje puede haber problemas de comunicación y algunas dificultades sociales secundarias. Sin embargo, el trastorno del lenguaje específico normalmente no está asociado con una comunicación no verbal anormal, ni con la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Si un individuo muestra deterioro de la comunicación social y las interacciones sociales, pero no muestra comportamientos o intereses restringidos y repetitivos, se pueden cumplir los criterios del trastorno de la comunicación social (pragmático) en vez de los del trastorno del espectro autista.

El diagnóstico de trastorno del espectro autista sustituye al de trastorno de la comunicación social (pragmático) siempre que se cumplan los criterios del trastorno del espectro autista. Habría que asegurarse de investigar bien los comportamientos restringidos o repetitivos del pasado y el momento presente. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin trastorno del espectro autista. La discapacidad intelectual sin trastorno del espectro autista puede ser difícil de diferenciar del trastorno del espectro autista en los niños muy pequeños. Los individuos con discapacidad intelectual, que no han desarrollado capacidades del lenguaje o simbólicas, también constituyen un reto para el diagnóstico diferencial, ya que los comportamientos repetitivos a menudo se presentan también en estos individuos. Un diagnóstico de trastorno de espectro autista en un individuo con discapacidad intelectual sería correcto si la comunicación y la interacción social están significativamente deterioradas en comparación con el nivel del desarrollo de las capacidades no verbales del individuo (p. ej., habilidades motoras finas, resolución de problemas no verbales). En cambio, la discapacidad intelectual sería el diagnóstico apropiado si no hay ninguna discrepancia aparente entre el nivel de las capacidades sociales/comunicativas y el de las demás capacidades intelectuales. Trastorno de movimientos estereotipados. Las estereotipias motoras se incluyen entre las características diagnósticas del trastorno del espectro autista y, por tanto, no se realiza un diagnóstico adicional de trastorno de movimientos estereotipados cuando tales comportamientos repetitivos se pueden explicar mejor por la presencia del trastorno del espectro autista. Sin embargo, cuando las estereotipias causan autolesiones y llegan a ser uno de los objetivos del tratamiento, los dos diagnósticos podrían ser apropiados.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Las anormalidades en la atención (excesivamente centrado o fácilmente distraído) son frecuentes en los individuos con trastorno del espectro autista, al igual que la hiperactividad. Se debería considerar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) si las dificultades atencionales o la hiperactividad superan las que normalmente se observan en los individuos de edad mental comparable. Esquizofrenia. La esquizofrenia de inicio en la infancia normalmente se desarrolla después de un período de desarrollo normal o casi normal. Se ha descrito un estado prodrómico en el que se produce deterioro social y aparecen intereses y creencias atípicas, lo que podría confundirse con las deficiencias sociales observadas en el trastorno del espectro autista. Las alucinaciones y los delirios, que son las características definitorias de la esquizofrenia, no son rasgos del trastorno del espectro autista. Sin embargo, los clínicos deben tener en cuenta la posibilidad de que los individuos con trastorno del espectro autista interpreten de manera

excesivamente concreta las preguntas relacionadas con las características clave de la esquizofrenia (p. ej., "¿Oyes voces cuando no hay nadie presente?" "Sí [en la radio]").

Comorbilidad

El trastorno del espectro autista se asocia frecuentemente a deterioro intelectual y a alteraciones estructurales del lenguaje (es decir, incapacidad para comprender y construir frases gramaticalmente correctas) que se deberían registrar con los correspondientes especificadores en cada caso. Muchos individuos con trastorno del espectro autista tienen síntomas psiquiátricos que no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno (aproximadamente el 70 % de los individuos con trastorno del espectro autista puede tener un trastorno mental comórbido, y el 40 % puede tener dos o más trastornos mentales comórbidos). Cuando se cumplen los criterios del TDAH y del trastorno del espectro autista, se deberían realizar los dos diagnósticos. Este mismo principio se aplica a los diagnósticos concurrentes de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y otros diagnósticos comórbidos. Entre los individuos que tienen deficiencias en el lenguaje o no verbales, signos observables como serían las alteraciones del sueño o la alimentación y el incremento de conductas problemáticas deberían llevar a evaluar si existe ansiedad o depresión. Las dificultades específicas del aprendizaje (lectoescritura y aritmética) son frecuentes, así como el trastorno del desarrollo de la coordinación. Las afecciones médicas comúnmente asociadas al trastorno del espectro autista deberían ser anotadas bajo el especificador "asociado con una conocida afección médica/ genética o ambiental/adquirida". Tales afecciones médicas son la epilepsia, los problemas del sueño y el estreñimiento. El trastorno de la conducta alimentaria de la ingesta de alimentos es una forma característica de presentación del trastorno del espectro autista bastante frecuente. Las preferencias extremas y restringidas de alimentos pueden persistir en el tiempo.

Tratamientos

Los tratamientos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA) varían según la gravedad de los síntomas y las necesidades individuales. Los tratamientos más recomendados suelen incluir terapias conductuales, del habla y del lenguaje, y ocupacionales, así como intervenciones educativas adaptadas. En algunos casos, se pueden considerar medicamentos para tratar síntomas específicos como la irritabilidad o la hiperactividad.

El mejor abordaje es el que facilite el desarrollo de las habilidades sociales a través de las adquisiciones de las diferentes competencias; el mismo debe ser individualizado a cada paciente. La detección temprana y la consecuente implementación de un programa de intervención precoz continúa siendo la opción por excelencia, al relacionarse con una mejor evolución clínica del niño. Cualquier tipo de intervención debe requerir lo siguiente • Inicio lo más temprano posible, incluso antes de consignar un diagnóstico específico, la intervención efectiva de rehabilitación mientras se lleva a cabo la evaluación en las áreas de desafío debe ser prioritario. • A todas las edades, la intervención debe ser compartida y coordinada entre los padres, la escuela/colegio/universidad y el profesional responsable de la persona. • Padres y profesionales deben conocer las dificultades específicas de las personas con TEA y aplicar las estrategias adecuadas a cada uno/a. • Debe realizarse, siempre que sea posible, dentro de los entornos naturales de la persona, fomentando la inclusión y aumento de sus habilidades. • La intervención debe ser intensiva, frecuente e integral. • En todo momento el equipo debe ser multidisciplinario.

EL MANEJO PUEDE EFECTUARSE EN TRES PILARES:

Psicoterapia.

La terapia intensiva de comportamiento se refiere al análisis de comportamiento aplicado (ACA, o applied behavior analysis [ABA]), la cual representa la única terapia convencional que provee, mediante métodos basados en evidencia, una mejora marginal en los síntomas nucleares del TEA.

La formación de respuesta fundamental, tratamiento y educación de niños dentro del espectro Autista relacionados con la comunicación (pivotal response training, treatment and education of autistic and related communication handicapped children [TEACCH]) proporciona muchos ejemplos prácticos y sencillos de poner en práctica la estructura para favorecer el juego, los aprendizajes y la autonomía.

El modelo basado en relaciones, desarrollo y diferencias individuales (Developmental, Individual Difference, Relationshipbased [DIR®/Floortime™] Model

Otros métodos dirigidos a áreas específicas de desafío, como son:

Terapia del Habla y del Lenguaje:

Ayuda a mejorar la comunicación, la comprensión y el uso del lenguaje.

- Terapia Ocupacional:

Se centra en desarrollar habilidades para la vida diaria, como el cuidado personal, la

alimentación y el juego.

- **Intervención Educativa Adaptada:**

Se refiere a modificaciones en el entorno escolar y estrategias de enseñanza para facilitar el aprendizaje y la participación.

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):**

Puede ayudar a manejar la ansiedad, la depresión y otros problemas emocionales asociados con el TEA.

Intervenciones Mediadas por las Familias

El enfoque mediado por la familia es una estrategia que viene desarrollándose hace décadas con gran eficacia en varios países y en sus centros de atención, representando un esquema de intervención alternativo al esquema tradicional; que se venía aplicando bajo la responsabilidad exclusiva de los profesionales. El modelo mediado por las familias busca compartir responsabilidades, hacerlos partícipes de las decisiones y toma de objetivos terapéuticos, siendo éstos, elegidos y desarrollados de manera consensuada entre los profesionales evaluadores y las familias; teniendo como resultado las evidentes mejoras vinculares entre padres, cuidadores, tutores y niños/niñas con TEA, mayor respuesta a interacciones familiares y una menor saturación en las necesidades progresivas de consultas en centros asistenciales. La etapa inicial de la evaluación en la comunidad debe incluir asesoría e intervenciones directas en la dinámica familiar, con capacitación o entrenamiento básico para las familias y el niño en sus desafíos particulares del desarrollo con acompañamiento profesional cercano y frecuente. Esta dinámica implica que los padres y el niño reciba explicaciones, asesoría y estrategias puntuales respecto a la situación del niño, así como re evaluaciones y seguimiento hasta que la situación se vea revertida, aclarada o diagnosticada.

Psicofarmacología.

No existen, en la actualidad, fármacos de probada efectividad para los síntomas nucleares propios del TEA. El uso de fármacos está enfocado en el tratamiento sintomático de las comorbilidades y deben ser prescritas por el sub especialista cuando considere que será beneficioso.

A citar:

- Antipsicóticos La Risperidona y el Aripiprazol son los únicos aprobados por la Agencia de Regulación de Alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration [FDA]), para el autismo asociado a trastorno de conducta e irritabilidad a partir de los 5 años de edad. Ambos antipsicóticos atípicos comparten el mismo perfil

de efectos adversos (ganancia de peso, apetito voraz, hipertrigliceridemia, somnolencia, síntomas extrapiramidales) Por ello es necesario iniciar de manera lenta y a dosis baja para disminuir la aparición de estos efectos adversos. Se recomienda una evaluación de riesgo metabólico (Glicemia, hba1c, perfil lipídico) y control de peso al inicio del tratamiento y luego anual. En caso de aripiprazol también es recomendable la toma de un Hemograma de control en busca de posible neutropenia.

- Estimulantes: El Metilfenidato es un fármaco psicoestimulante. Al inicio, al mes y a los 3 meses de la prescripción de Metilfenidato se debe realizar un control de peso, talla, presión arterial y frecuencia cardíaca, electrocardiograma sobre todo en caso de antecedentes personales o familiares de cardiopatía.
- No Estimulantes: La atomoxetina es un fármaco no psicoestimulantes, se emplean como alternativa a los anteriores en casos de ineficacia o ante aparición de efectos secundarios.
- Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) Los dos únicos fármacos aprobados por la FDA para pacientes deprimidos en edades pediátricas son fluoxetina a partir de los 8 años y escitalopram entre los 12-17 años. Para el TOC pediátrico están aprobados sertralina (mayores de 6 años), fluoxetina (mayores de 7 años), fluvoxamina (mayores de 8 años) y clomipramina (mayores de 10 años).
- Nuevos agentes farmacológicos Su propósito es la mejora de los síntomas principales del TEA. han demostrado cierta mejoría en estos síntomas la N-Acetil cisteína, memantina, D-cicloserina, naltrexona y oxitócina. No existe una guía de tratamiento establecida que recomiende la utilización de estas últimas propuestas

Consideraciones importantes:

- **Intervención temprana:**

Iniciar tratamientos lo antes posible puede tener un impacto significativo en el desarrollo del niño.

- **Enfoque individualizado:**

Cada persona con TEA es única, por lo que es crucial adaptar los tratamientos a sus necesidades específicas.

CONCLUSIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) constituye una condición neurobiológica compleja que se manifiesta desde la primera infancia y afecta significativamente la comunicación social, la interacción interpersonal y los patrones conductuales. Su abordaje clínico requiere una evaluación multidimensional que contemple criterios diagnósticos estandarizados (DSM-5-TR, CIE-11), especificadores de gravedad y comorbilidades, así como una comprensión profunda de los factores genéticos, ambientales y culturales que inciden en su expresión fenotípica.

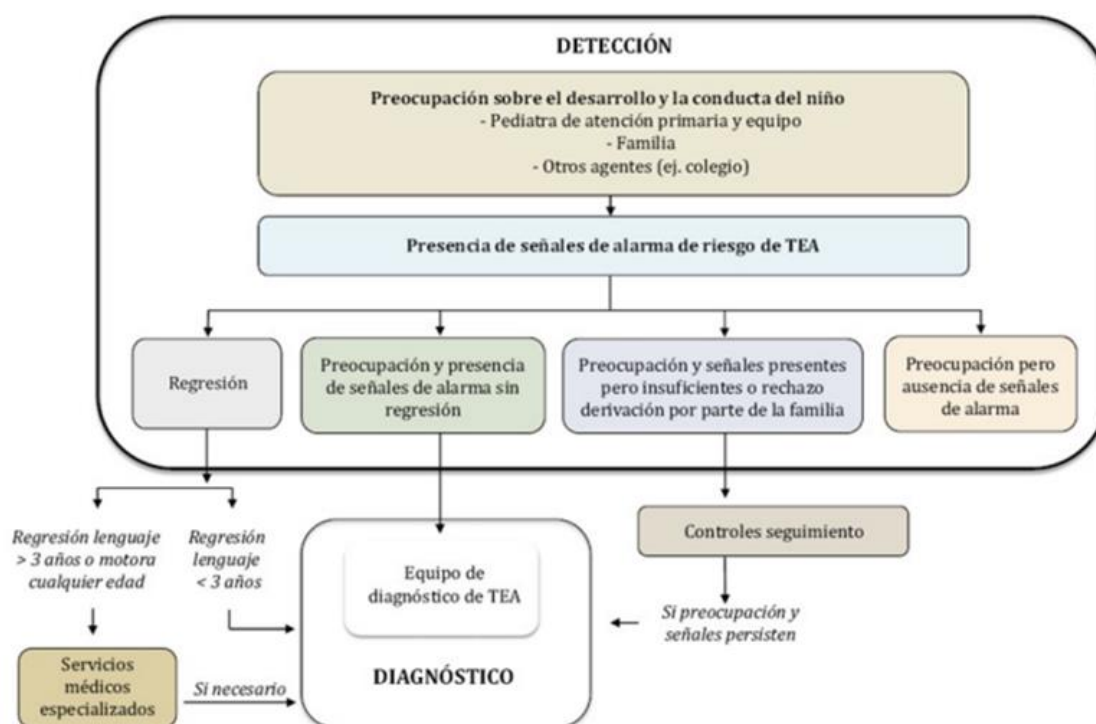
La implementación de un modelo de atención escalonado —desde la detección temprana hasta la intervención especializada— permite optimizar el pronóstico funcional del paciente, especialmente cuando se integran estrategias terapéuticas intensivas, individualizadas y mediadas por la familia. El enfoque multidisciplinario, que articula profesionales de diversas áreas, es esencial para garantizar una atención integral que promueva el desarrollo de habilidades adaptativas, la inclusión social y la mejora de la calidad de vida.

En este contexto, el fortalecimiento de políticas públicas, la capacitación profesional continua y la sensibilización comunitaria son pilares fundamentales para avanzar hacia un sistema de salud equitativo y eficiente en el manejo del TEA, reconociendo la diversidad de manifestaciones clínicas y la necesidad de respuestas terapéuticas ajustadas a cada individuo.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed., texto revisado)
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#437815624>
- Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI) [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.), Centro Nacional de Información Biotecnológica; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9881114/>
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay (2024) Protocolo de Diagnóstico y Manejo del TEA
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay (2024)
<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/7aa3c3-Manualdefuncionesdel...-asUSF1.pdf>
- Social, M. d. (2024). Protocolo de Diagnóstico y Manejo del Trastorno del Espectro Autista. Asunción.
- WHO (2023) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Grañana N., 2022, Manual de intervención para Trastornos del desarrollo en el Espectro Autista, 1ra. Edición Ciudad Autónoma de Buenos aires, Imprenta de libros.

ANEXOS



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

