

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN INFANTIL
TITULO
REVISIÓN TEÓRICA SOBRE EL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

ALUMNA
CARMEN ALEJANDRA GARCÍA MORALES
CURSO ACADÉMICO
2022/2023
CONVOCATORIA
JUNIO

Título: Revisión teórica del Trastorno Espectro Autista

Resumen: con la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión teórica sobre el TEA (Síndrome Espectro Autista). Se trata de un tema muy amplio y complejo por lo que se centra el estudio en cuatro aspectos fundamentales de este trastorno.

Se han consultado diferentes publicaciones sobre el tema, analizando la evolución del concepto hasta llegar al término actual de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y las investigaciones que se han llevado a cabo para ello.

También, se ha comentado las características que se han detectado en los niños que tienen autismo para saber identificarlas y poder diagnosticarlos.

De este mismo modo, se identifica el proceso que se debe seguir y las pautas a tener en cuenta para poder crear un diagnóstico correcto y eficiente.

Para finalizar, se han explicado una serie de tratamientos que reciben los autistas actualmente con el objetivo de mejorar la calidad de sus vidas.

Todo lo mencionado con anterioridad, ha sido realizado a través de artículos científicos recabados del Punto Q de la Universidad de La Laguna y de Google Académico.

Palabras claves: autismo, evolución, concepto, diagnóstico, tratamiento, Trastorno Espectro Autista

Abstract: In carrying out this work, a theoretical review of ASD (Autistic Spectrum Syndrome) has been carried out. This is a very broad and complex subject, and so the study focuses on four fundamental aspects of this disorder.

Different publications on the subject have been consulted, analysing the evolution of the concept until reaching the current term of Autism Spectrum Disorder (ASD) and the research that has been carried out for it.

Also, it has been commented the characteristics that have been detected in children with autism in order to know how to identify them and be able to diagnose them.

In the same way, the process to be followed and the guidelines to be taken into account in order to create a correct and efficient diagnosis have been identified.

Finally, a series of treatments that autistic people receive nowadays have been explained with the aim of improving the quality of their lives.

All the aforementioned has been carried out through scientific articles collected from Punto Q of the University of La Laguna and Google Scholar.

Keywords: autism, evolution, concept, diagnostic, treatment, autism spectrum disorder.

Índice

1. Delimitación del tema o estado en cuestión.....	4
2. Objetivos.....	4
3. Metodología.....	4- 6
4. Resultados.....	6
4.1 Evolución del concepto.....	6- 10
4.2 Características y clasificación del TEA.....	10- 14
4.3 Detección y diagnóstico.....	14- 16
4.4 Tratamiento.....	16- 17
5. Discusión y conclusiones.....	17- 24
6. Referencias bibliográficas.....	24- 25

1. Delimitación del tema o estado de la cuestión

En el presente trabajo se mostrará una exposición ordenada de publicaciones de distintos autores con el objetivo de comprender el Trastorno Espectro Autista.

El tema seleccionado, contiene una inmensa cantidad de aspectos e información que se pueden tratar y seleccionar.

Por ello, la información se va a delimitar en cuatro grandes aspectos mostrados a continuación.

- Evolución del concepto (etiología)
- Características del trastorno
- Diagnóstico de las personas autistas
- Tratamiento

Todo ello está presente a lo largo del documento, concretamente en el cuarto apartado, correspondiente a los resultados.

2. Objetivos

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Indagar sobre la evolución del trastorno
- Averiguar las características del TEA
- Investigar el proceso de diagnóstico
- Conocer el tratamiento que se utiliza con los alumnos/as autistas

3. Metodología

Con el objetivo de recabar información para este documento, he indagado en el Punto Q de la biblioteca de la Universidad de La Laguna y en Google Académico.

Mi búsqueda se ha centrado en el Trastorno Espectro Autista, concretamente en la evolución del concepto como tal a lo largo de sus años de investigación y en los cambios que ha experimentado a través de dichas investigaciones, siendo el objetivo encontrar argumentos que avalen la visión que se representaba en años anteriores de este trastorno y cómo hemos llegado hasta el conocimiento actual.

Haciendo referencia a lo anterior, he buscado información a través de palabras claves como las siguientes:

- TEA
- Trastorno Espectro Autista
- Evolución del autismo
- Evolución del concepto autista
- Niños con trastorno Espectro Autista
- TEA y su evolución
- Autismo
- El autismo y su evolución histórica

Con la utilización de estas palabras, encontré documentos focalizados en el área de la educación, de la medicina y de la historia que ponían su foco en intentar explicar este trastorno tan complejo mediante artículos de revista, artículos científicos y TFG entre otros, escritos por médicos, pediatras y científicos que querían darle respuesta a la incógnita que representa este tema tan diverso.

Por otra parte, he utilizado operadores booleanos, palabras o símbolos combinados que nos permiten ser más precisos en nuestras búsquedas ya que discriminan o potencian los conceptos que queramos buscar relacionados con nuestro tema de interés.

Entre la variedad de operadores existentes he seleccionado “and” y “or” siendo las siguientes mis combinaciones:

- Autismo and concepto
- Autismo and evolución
- Autismo or evolución

Cabe destacar, la utilización de la web “SciELO España”. Se trata de una biblioteca científica electrónica.

El proceso de búsqueda culminó con la selección de 16 artículos para su estudio posterior. De estos, finalmente he seleccionado 9 documentos para la elaboración del TFG.

Para poder seleccionar los documentos utilizados y poder obtener la mejor información disponible para la correcta elaboración de este trabajo fui rechazando aquellos que no me ofrecían exactamente lo que estaba intentando localizar.

Por otro lado, buscaba artículos que me ofrecieran una buena redacción y entendimiento del mismo para poder volcar una correcta cohesión en mi documento.

Otro aspecto importante para mí fue la metodología empleada, focalizando mis intereses en el modo de redacción y distribución de la información detallada en cada documento. Cuando localizaba un artículo bien redactado y explicado lo seleccionaba como fuente de información.

Debo destacar mi inclinación hacia aquellos artículos que fueron redactados por profesionales del ámbito de la medicina para investigar sobre el concepto actual. No obstante, para focalizar mi información hacia los conceptos anteriores, he intentado buscar documentos escritos años atrás.

4. Resultados

En este apartado, se expondrá toda la información obtenida para dar respuesta a cada uno de los objetivos expuestos en este documento con anterioridad.

4.1 Evolución del concepto

La palabra Autismo significa según Tustin (1977) “Vivir de uno mismo” y deriva del griego ya que “autos” se traduce como uno mismo (Quijada, 2008).

El Trastorno Espectro Autista, conocido como TEA, es desarrollado por un desajuste de las habilidades socioemocionales y la contención de la conducta repetitiva. Estas mismas características, son adquiridas en el desarrollo temprano y crean una instalación progresiva y variable de la adaptación social. Además, muestra alteraciones neurológicas, funcionales y estructurales.

No obstante, si quisiéramos dar respuesta a la pregunta de qué es el autismo probablemente estaríamos introduciéndonos en una incógnita.

Aún no se ha hallado una etiología concreta de este trastorno. Tiene diversas variantes que han llevado a tener diferentes denominaciones y focos de estudio a lo largo de la historia. Por esta misma razón, el origen es multifocal, es decir, que proviene de diversos focos o factores.

Años atrás, el término autismo fue usado para dar respuesta al retraso cognitivo y la esquizofrenia puesto que estos individuos se introducen en su mundo interno evadiendo el mundo exterior. No obstante, en 1911, se descubrió que los síntomas de la esquizofrenia eran el ensimismamiento y la pérdida de contacto vital (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

Unos años más tarde, en 1933, estas mismas conductas fueron denominadas disruptivas por Eugene Minkowski (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

Tras años de investigación, unos de los autores más conocidos y recurridos fue Kanner convirtiéndose en el autor que más nombrado era cuando se hablaba del TEA.

En 1943, Kanner estudia por primera vez el término, siendo el primero en explicarlo y basando su teoría en lo siguiente:

- La extrema soledad de un autista
- El deseo obsesivo
- La memoria excelente
- La expresión inteligente
- Escasos rasgos físicos
- El mutismo
- La actividad espontánea limitada
- La hipersensibilidad hacia los estímulos.

Enfocándonos en Kanner (1943) y con el objetivo de entender de manera más clara este concepto voy a detallar algunas frases de su artículo donde se demuestra algunos aspectos de su teoría.

- La extrema soledad de un autista

“Observaron muy pronto que estaba más feliz cuando se le dejaba solo, casi nunca lloraba para pedir ir con su madre, no parecía notar el regreso de su padre a casa, y le eran indiferentes las visitas de sus familiares”

- El deseo obsesivo

“A los dos años desarrolló la manía de hacer girar bloques, cazuelas y otros objetos redondos”.

- La actividad espontánea limitada

“Había una marcada limitación de actividad espontánea. Deambulaba sonriendo, haciendo movimientos estereotipados con sus dedos, cruzándolos en el aire. Balanceaba la cabeza de lado a lado, susurrando o murmurando la misma tonadilla de tres notas. Hacía girar con gran placer cualquier cosa de la que pudiera apoderarse para tal fin. Tiraba objetos al suelo, y parecía deleitarse con los ruidos que producían. Ordenaba bolitas, palitos o bloques en grupos de diferentes series de colores. Cuando terminaba una de estas actividades, chillaba y saltaba. Aparte de esto, no mostraba ninguna iniciativa, y requería instrucciones constantes (de su madre) para realizar cualquier actividad distinta de las pocas en las que estaba absorto”.

En 1946, Kanner publica por primera vez un estudio donde se cita el término TEA.

Unos años más tarde, en 1977, los autores Gillberg, Steffenburg y Jakobsson publicaron los primeros estudios referenciando las lesiones cerebrales y la predisposición genética del trastorno explicando en ellos que el autismo tiene una inclinación notable para ser hereditario.

Otro gran autor que intentó buscar el origen del autismo fue Olmedo que en 2008 publicó un estudio donde pudo descubrir alteraciones provocadas en el feto que podían dar cabida al autismo en las personas:

- Anomalías bioquímicas que son alteraciones que se dan en las moléculas provocando que el organismo se inflame creando una manifestación de las patologías crónicas.
- Síndrome de cromosomas x frágil. Este síndrome es la causa más común entre las discapacidades intelectuales hereditarias que son provocadas cuando un gen produce poca o ninguna proteína al desarrollo cerebral.

- Disfunción cerebral del hemisferio izquierdo que causa apatía, falta de atención y desmotivación

Los síntomas nombrados anteriormente se localizan en el segundo trimestre del embarazo.

Por otro lado, los estudios realizados también se centran en indagar sobre lo que ocurre en la mente de las personas autistas estudiando estos aspectos en tres dimensiones: biológica, comportamental y mental.

El objetivo de la realización y el modo de ejecución de estas exploraciones es poder llegar a un entendimiento y comprensión de este trastorno multifactorial de manera globalizada y todas se realizan desde el marco teórico de la Neuropsicología cognitiva.

Entrando en las dimensiones biológicas, comportamentales y mentales, podemos anotar que a los autistas se les presenta como individuos sin teoría de la mente y personas con deficiencia mental lo cual provoca que no tengan guías de interpretación y predicción de las conductas de los demás creando que las conductas ajenas les resultan incomprensibles.

Todos estos autores, realizaron investigaciones durante años para poder encontrar una explicación al origen del autismo mientras iban surgiendo conceptos y características diferentes.

Gracias a todos estos estudios, surgieron varios conceptos que nombraré a continuación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995) consideró el autismo como un trastorno que era generado por un desarrollo anormal que se manifestaba en los niños antes de que cumplieran los 3 años de vida (Sosa, Rodríguez y Romo, 2017).

El concepto de Autismo Infantil apareció en 1980 a través del DSM-III o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tras haber nombrado este término las investigaciones arrojan 10 años más tarde el concepto de trastorno autista.

En la entrega de la cuarta edición se denominó el trastorno generalizado del desarrollo no específico por un desarrollo anormal en la interacción social recíproca alterada, comunicación y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo.

El último término en ver la luz fue Síndrome de Asperger cuando se tuvo en cuenta el alto nivel cognitivo. En ese instante, se diferenciaron el autismo tipo Kanner y el autismo tipo Asperger creando así dos grandes caminos para el autismo.

En 2013, se da fin a todas estas definiciones con el objetivo de incluir todos los cuadros que mostraban etiología idiopática. Esto quiere decir que no se conoce la causa específica, pero todos los posibles orígenes investigados se recogen en este término.

Además, se intenta agrupar las diversas dimensiones del trastorno que se manifiestan en diferentes áreas provocando cuadros clínicos de la primera infancia tales como la interacción social, la comunicación y las conductas motoras repetitivas.

Desde ese mismo año, el autismo se ha convertido en una causa muy demandante de la psiquiatría infantil convirtiéndose en un problema de salud pública para intentar dar finalización a esta gran incógnita.

Actualmente, se usa el término de TEA, aunque no existe una variante correcta en cuanto a su etiología y las hipótesis son encaminadas hacia las causas biológicas a diferencia de las psicológicas y ambientales usadas con anterioridad.

Por otra parte, también se sigue investigando sobre los problemas que derivan de la interacción social, la edad donde comienza el TEA, las conductas tanto verbales como no verbales y el cociente intelectual (Quijada, 2008).

4.2 Características y clasificación del TEA

En este apartado, se mostrarán una serie de tablas e información donde se muestran características y clasificaciones encontradas en las diferentes investigaciones que se han realizado a lo largo de la historia.

Una de las características más significativas del TEA, son los estudios que delatan que este trastorno se da en mayor cantidad en varones que en hembras con una ratio de 16 por cada 10000 habitantes localizando así a más niños que niñas autistas (Olmedo, 2008).

De cada 150 niños, uno de ellos es diagnosticado con autismo que es incrementado en los últimos años derivado de todos los estudios realizados (Valera, Ruiz, Vela, Munive y Hernández, 2011).

De estos datos anteriores, un 75% corresponden a personas con deficiencia mental y un 50% con deficiencia severa. La capacidad intelectual normal solo está presente de un 1% a un 5% de personas autistas (Olmedo, 2008).

Estos niños muestran una serie de características habituales destacables en sus rutinas diarias que hacen saltar las alarmas.

En la siguiente tabla, recogida en el libro “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder” (DSM5, 2013), se muestran estas características explicando las diferencias que existen entre diferentes cuadros clínicos en cuanto a la interacción social, la comunicación, el comportamiento y los síntomas del trastorno.

Tabla I.

Características de los trastornos del espectro autista del DSM5

<p>Trastorno del espectro autista</p> <p>A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:</p> <ul style="list-style-type: none">– Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social– Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social; la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual– Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores); la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas.

- B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:
- Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas)
 - Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios)
 - Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes)
 - Híper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos)
- C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades
- D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

Fuente: American Psychiatric Association, 2014.

Por otra parte, y para completar la información de la tabla anterior, podemos anotar también como características de los autistas las habilidades intelectuales. En estos casos podemos tener dos vertientes totalmente opuestas (Sosa, Rodríguez y Romo, 2017):

- Discapacidad intelectual profunda
- Niveles de inteligencia superiores

Tras estas características localizadas en niños con TEA, los autores Gillberg y Fernell en 2014 crearon esta clasificación:

- *Autismo puro*: trastorno idiopático, es decir, personas que no tienen variantes genéticas específicas. No obstante, tienen disfunción cerebral de origen poligénico. Su entorno familiar suele tener antecedentes de autismo o trastornos del neurodesarrollo.
- *Autismo sintomático (autismo plus)*

En esta clasificación podemos apreciar tres variantes:

1. Síndromes con síntomas de autismo. Muestran condiciones patológicas como pueden ser el CET (Complejo de Esclerosis Tuberosa), el Síndrome de Rett o el Síndrome de Cromosoma X Frágil. Todos ellos, con rasgos fenotipos o clínicos específicos.
 2. Autismo con marcadores genéticos: pacientes que muestran algún tipo de modificación en los genes representando al 12% de las personas con TEA.
 3. Autismos que tienen su explicación en las lesiones cerebrales denominado trauma craneoencefálico. Estos pacientes muestran enfermedades metabólicas, infecciosas, hipoxia perinatal, infecciones perinatales por rubeola, herpes, traumáticas, encefalitis, tóxicas, fenilcetonuria, fetopatía por ácido valproico o citomegalovirus.
- *Otros trastornos del desarrollo síntomas de autismo (TNDcA):* esta calificación muestra la división de pacientes con síntomas persistentes y pacientes con síntomas no persistentes. La diferencia entre estas dos solo se puede apreciar a través del tiempo de evolución. Si un paciente después de haber pasado 5 años muestra síntomas lexicales y de aprendizaje muestra un trastorno específico del lenguaje so síntomas de autismo no persistentes.

En la tabla II, se muestran los niveles de gravedad que se detectan en las personas con Trastorno Espectro Autista.

La Asociación Psiquiátrica Americana, divide estos argumentos en cinco categorías enfocadas en la comunicación social y en los comportamientos restringidos y repetitivos.

Tabla II. <i>Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (TEA)</i>		
Categoría dimensional del TEA en el DSM5	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos

Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin apoyo <i>in situ</i> , aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

Fuente: American Psychiatric Association (2014).

4.3 Detección y diagnóstico

El diagnóstico autista se crea enfocándose en las alteraciones del lenguaje, las conductas repetitivas y estereotipadas y las alteraciones del contacto social denominadas bases clínicas.

Además, un diagnóstico temprano es totalmente inhabitual ya que, igual que su origen, los síntomas son complejos.

El diagnóstico se suele inclinar hacia los tres años de vida, aunque las manifestaciones se muestran en el primer año y los padres defienden que el desarrollo psicomotor de sus hijos es normal en los dos primeros años (Valera et al, 2011).

Para que un diagnóstico sea correcto, el paciente debe tener una historia clínica completa y debe centrarse en las alteraciones de las conductas, la comunicación y el desarrollo cerebral temprano. También, debería contemplarse la educación de los padres así como el entorno del paciente y cómo se maneja la situación por parte de estos.

Otro aspecto importante, es la ansiedad, la irritabilidad y la depresión que viene generada por las conductas repetitivas y disruptivas que son estereotipias motoras, perseverancia sobre acciones u objetos, ecolalia y la compulsión de acciones fisiológicas (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

La detección de este trastorno se enfoca en tres niveles (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).

- Primer nivel (vigilancia evolutiva de la rutina)

En este programa se elabora un informe con información de los profesionales de Atención Primaria donde deben constatar las preocupaciones que tengan los padres sobre sus hijos, escalas y pruebas que permitan evaluar el desarrollo de los menores y la observación de profesionales del desarrollo.

Ejemplos de instrumentos para la vigilancia del desarrollo: cuestionarios rellenos por padres como *Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)* o escalas de desarrollo mixtas que mezclan la información parental con la información profesional como *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third edition (2005)*.

- Segundo nivel (vigilancia específica para TEA)

Siguiendo este nivel, se ha recomendado que deberán tener un instrumento de cribaje que sea específico para este trastorno a partir de los 18 meses y hasta los 24 meses de edad. No obstante, deberán incluir vigilancia durante las visitas.

La diferencia que existe entre el nivel uno y el dos, es que en el nivel dos los menores son identificados como niños de riesgo mientras que en el uno es generalizado.

- Tercer nivel (valoración diagnóstica de TEA)

Cuando un menor ha sido detectado se le realiza una evaluación guiada por un grupo de profesionales del Trastorno Espectro Autista que debe seguir unos aspectos específicos.

- a. Evaluación médica y neurológica: identificación de alteraciones
- b. Historia familiar: si tienen hermanos autistas la probabilidad aumenta
- c. Examen físico y neurológico. Se divide en: perímetro cefálico, examen general, examen motor y audiometría.
- d. Pruebas de laboratorio que se dividen en: estudios metabólicos, estudios genéticos, pruebas electrofisiológicas y neuroimagen.

4.4 Tratamiento

Al tratarse de un trastorno versátil, su tratamiento también se mostrará de manera heterogénea. Por ello, localizan un síntoma del mismo y crean una modificación de ese síntoma a través de un tratamiento específico.

La utilización de fármacos sigue el objetivo de la graduación de las conductas repetitivas, la ansiedad, los impulsos o la falta de atención. Para ello, se crea una hipótesis sobre lo que se quiere mejorar y se procede con un seguimiento clínico en busca de notificar la respuesta. Los efectos pueden ser distintos en pacientes diferentes.

Por este mismo motivo, es necesario explicar a sus familiares los efectos que pueden acarrear la utilización de los medicamentos que se vayan a utilizar (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

Según Zúñiga, Balmaña y Salgado (2017):

“La implementación de un programa de intervención precoz continúa siendo la opción por excelencia, al relacionarse con una mejora evolución clínica del niño”.

A continuación, vamos a relacionar algunos tratamientos farmacológicos con la causa en la que va a inferir (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017):

- Fármacos antipsicóticos: conductas repetitivas y disruptivas

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (Citalopram, Fluoxetina, Paroxetina etc.): ansiedad, irritabilidad y depresión.
- Inhibidores de la acetilcolinesterasa (Donepezilo, Vereniclina, Galatamina etc.): intención comunicativa.
- Inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenailina (Lisdexanfetamina, Bupropion y Metilfenidato): atención y problemas ejecutivos.
- Melatonina y Alfa-agonistas: trastornos del sueño.

La Fenfluramina, los Agonistas Serotoninérgicos, Naltrexona Antagonista Opioide, la Secretina o los Polipéptidos son tratamientos que se han dejado de administrar debido a la bioseguridad o porque han perdido eficacia.

Cabe destacar, que para mejorar los síntomas de los pacientes se usaba la acupuntura. No obstante, no existían evidencias clínicas suficientes para demostrar mejoría en su objetivo.

5. Discusión y conclusiones

En el presente apartado se mostrarán los 12 documentos que fueron seleccionados para argumentar el tema de este trabajo. Así mismo, se especificará qué documentos fueron utilizados para responder cada uno de los objetivos planteados al inicio del documento con el objetivo de crear una exposición ordenada del recorrido de recogida de información e investigación.

La tabla que se mostrará a continuación, recoge todos los documentos revisados.

Tabla III.

Documentos utilizados para el desarrollo del trabajo

AUTOR/AÑO	TÍTULO	FINALIDAD
-----------	--------	-----------

<p>Tustin, F. (1991).</p>	<p>“Autismo y Psicosis Infantiles”</p>	<p>En este documento, el autor hace un escrito abarcando todo lo que tiene que ver con el autismo.</p> <p>Desde el autismo primario, la patología, la clasificación de la enfermedad, análisis clínicos, la psicoterapia y sus fases hasta el autismo infantil y dos casos.</p>
<p>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (1995)</p>	<p>Décima Revisión (CIE – 10) Vol. 1.</p>	<p>Documento donde se recoge una amplia variedad de enfermedades con sus categorías y características</p>
<p>Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017).</p>	<p>“El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos”</p>	<p>Revista médica del instituto mexicano del seguro social que muestra la evolución del concepto desde Kanner (Kanner, 1943) hasta la actualidad.</p> <p>Además, nos ofrece información sobre la clasificación del autismo y los tratamientos que se les aplica a los pacientes.</p>
<p>Sosa, K., Rodríguez, Y. & Romo, A. (2017).</p>	<p>“El autismo. Evolución de su dimensión teórica”</p>	<p>En el documento se desarrollan las fases por las que pasa el término, así como los autores que lo estudiaron.</p>
<p>Ligero, C. (2008).</p>	<p>“La evolución del término autismo”</p>	<p>Se trata la evolución del trastorno haciendo referencia a Kanner y la escolarización del alumnado según sus etapas.</p>

Kanner, L. (1943).	“Trastornos autistas del contacto afectivo”	Es una revista española de discapacidad intelectual donde su autor relata 11 casos de niños autistas y su percepción sobre ellos.
Kanner, L. (1946).	“Lenguaje irrelevante y metafórico en el autismo infantil temprano”	Kanner, hace una valoración y comparación de los casos de 2 niños con autismo. Comenta lo que ha visto y las características notables haciendo un análisis.
Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017).	“Los trastornos del espectro autista (TEA)”	Revista pediátrica del Hospital Universitario Mutua de Barcelona donde se informa de la definición de autismo y sus variantes, signos precoces, etiología y tratamiento.
Gillberg C, Fernell E. (2014).	“Autismo plus versus autismo puro”	Documento donde se presenta una clasificación sobre las personas autistas.
Quijada, C. (2008).	“Espectro autista”	<p>Revista chilena de pediatría donde se documenta la etiología, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial, los niveles de estudio, la evolución y el pronóstico.</p> <p>Además, contiene un cuestionario para poder detectar las conductas autistas.</p>
Gillberg, C., Sttefenburg, S., Jakobsson, G. (1987).	“Hallazgos neurobiológicos en 20 niños relativamente superdotados con autismo tipo Kanner o síndrome de Asperger”	El autor habla sobre el autismo infantil desde las investigaciones neurobiológicas que delatan la diferencia entre los coeficientes intelectuales de cada caso

Varela-González, D. M., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Báez, L., & Hernández-Antúnez, B. G. (2011).	“Conceptos actuales sobre la etiología del autismo”	Acta pediátrica de México que expone el diagnóstico y la etiología. También, desarrolla cuales pueden ser otras causas sobre este trastorno que se sigue investigando.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración propia

Todos estos documentos, han sido seleccionados para dar argumentación a cada uno de los objetivos expuestos en este TFG siendo la información añadida al marco teórico, extraída de uno o varios documentos de los presentemente anotados (Tabla III), siendo citados y argumentados.

En el párrafo posterior, se mostrarán los documentos que fueron estudiados para cada objetivo marcado.

-Indagar sobre la evolución del trastorno

- o Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017).
- o Sosa, K., Rodríguez, Y. & Romo, A. (2017).
- o Ligeró, C. (2008).
- o Kanner, L. (1943).
- o Kanner, L. (1946).
- o Gillberg, C., Steffenburg, S., Jakobsson, G. (1897).
- o Quijada, C. (2008).
- o Tustin, F. (1991).
- o Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (1995)

-Averiguar las características del TEA

- o Ligerero, C. (2008).
- o Sosa, K., Rodríguez, Y. & Romo, A. (2017).
- o Gillberg C, Fernell E. (2014).
- o Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017).
- o Varela-González, D. M., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Báez, L., & Hernández-Antúnez, B. G. (2011).
- Investigar el proceso de diagnóstico
 - o Varela-González, D. M., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Báez, L., & Hernández-Antúnez, B. G. (2011).
 - o Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017).
 - o Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017).
- Conocer el tratamiento que se utiliza con los niños autistas
 - o Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017).
 - o Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017).

Analizando el marco teórico, podemos apreciar cuatro subapartados claramente especificados en el índice del documento.

El primer aspecto a tratar es la evolución del concepto. Para su desarrollo, he añadido información de tres documentos diferentes, pero cuyo objetivo es el mismo.

A modo de comienzo, se ha especificado el origen de la palabra “Autismo” descrito por Tustin (Tustin, 1977) y encontrada en el artículo de Quijada (Quijada, 2008).

No obstante, el artículo mayormente utilizado es “El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos” (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017). En este, se encuentra información de todo el recorrido histórico del autismo, la etiología, la clasificación y todos los tratamientos investigados para ello. No obstante, para este primer subapartado solo

utilicé la información referida al concepto, ya que, considero que está perfectamente detallada y explicada, con una correcta cohesión entre párrafos, creando un buen entendimiento de la misma.

En este mismo punto, hago referencia a unas investigaciones que dan respuesta a posibles alteraciones que puede sufrir un feto que fue encontrado en “La evolución del término autismo” (Olmedo, 2008).

En este documento, la autora comenta tres alteraciones claramente especificadas tales como las anomalías bioquímicas, el Síndrome del Cromosoma X Frágil y la disfunción cerebral del hemisferio izquierdo especificando que su presencia aparece en el segundo trimestre del embarazo.

De este mismo documento, quise recuperar un estudio basado en porcentajes que arroja que este trastorno se identifica más en hombres que en mujeres. Este dato, me resultó muy importante a la vez que interesante para el abordaje de mi TFG. Además, debo puntualizar, que lo encontré únicamente en este documento.

Para enriquecer el apartado, quise apuntar argumentos descritos por Kanner. A través de mi investigación sobre el tema, descubrí que es la figura más importante del autismo, claramente detallada en cada uno de los artículos que iba localizando por la red. Por esta razón, me resultó interesante poder aportar unos párrafos de su documento “Trastornos Autistas del contacto afectivo” (Kanner,1943) para un mayor entendimiento de lo que ya había redactado con anterioridad sobre su teoría.

Así mismo, con la lectura de los 11 casos que detalla en su escrito, pude entender con mayor amplitud las vertientes del TEA y ampliar los conocimientos sobre esto claramente explicados en el documento.

Del mismo autor, pero en otra fecha, se especifica que en 1946 se realizó la primera publicación con el término TEA. En este documento, no podía faltar esta anotación tan relevante para su contenido (Kanner,1946).

Otro rasgo de relevancia y que da explicación a muchos casos, es la aportación genética del trastorno (Gillberg, Steffenburg y Jakobsson, 1987).

Para acabar con este apartado, describí tanto las definiciones del trastorno que hizo Kanner (1943), como la que comentó la Organización Panorámica de la Salud (OPS, 1995) escrita por Sosa, Rodríguez y Romo en su artículo de 2017.

En el segundo subapartado, se hace referencia a cinco artículos diferentes, pero unidos.

Para comenzar, se añaden estudios detallados en porcentajes sobre la diferencia entre hombres y mujeres autistas que nos comenta Catalina Olmedo (2008) y los autores Valera, Ruiz, Vela, Munive y Hernández (2011).

A continuación, podemos encontrar dos tablas. En la primera de ellas, encontramos 4 criterios y sus descripciones del TEA escritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales presente en el documento “Los Trastornos del Espectro Autista (TEA)” (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).

A esta primera tabla, se le añade para complementar, las capacidades intelectuales de los autistas (Sosa, Rodríguez y Romo, 2017).

La segunda tabla, es localizada en el mismo documento y explica los niveles de gravedad del autismo relacionados con la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos.

Ambos cuadros, me resultaron recursos ricos en conocimientos e información para poder argumentar este tema, ya que este, es bastante versátil y de gran importancia en el ámbito escolar al que me voy a enfrentar en un futuro profesional.

Por último, y localizado entre las dos tablas mencionadas antes, encontramos una clasificación con dos denominadores donde poder ordenar a las personas que padecen el Trastorno Espectro Autista.

Esta taxonomía, es encontrada en el artículo “Autismo Plus versus Autismo Puro” (Gillberg y Fernell, 2014).

Los autores, detallan la diferencia entre el Autismo Plus y el Autismo Puro para poder esclarecer la dirección por donde dirigir las diferentes conductas que pueden tener dos personas autista.

Por esto mismo, lo he querido reflejar en este documento, en un intento de poder entender la etiología del TEA.

Poniendo el foco en el penúltimo apartado donde se trata la detección y el diagnóstico, hay que especificar que el documento de Valera et al, (2011), resumía de manera muy clara las características que se siguen para tener un diagnóstico correcto y preciso.

También, debo volver a hacer referencia al documento "El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos" (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017) ya que, he puesto información del diagnóstico de estos autores.

No obstante, me ha resultado de mayor entendimiento y mejor metodología para este apartado de detección y diagnóstico el artículo "Los Trastornos del Espectro Autista (TEA)" (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).

Estos autores ofrecen una redacción más ordenada sobre estos aspectos y aunque he consultado el artículo de Rangel, Reynoso y Melgar para la redacción la mayor parte de la argumentación fue detallada a través del documento mencionado en segundo lugar por este mismo motivo explicado al inicio de este párrafo.

En el último subapartado, se describe el tratamiento de los niños autistas y nuevamente se muestra la misma situación que anteriormente.

He revisado el artículo "El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos" (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017) y "Los Trastornos del Espectro Autista (TEA)" (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017) y he elegido en su mayor parte el segundo dado a su nivel de coherencia y redacción.

6. Referencias bibliográficas

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (1995) *Décima Revisión (CIE – 10) Vol. 1. CD ISBN: 92 75 31554 X. Estados Unidos De América. Ed: Organización Panamericana De La Salud.*

Gillberg C, Fernell E. (2014). Autism plus versus autism pure. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*. Dec;44(12):3274-6.

Gillberg C, Steffenburg S, Jakobsson G. (1987). Neurobiological findings in 20 relative gifted children with Kanner type autism or Asperger syndrome. *Dev Med Child Neurol*, 29(5):641-9.

Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Revista española de discapacidad intelectual Siglo Cero*, 36.

Kanner, L. (1946). Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *American journal of Psychiatry*, 103(2), 242-246.

Ligero Olmedo, C. (2008). La evolución del concepto autismo. *Innovación y experiencias educativas*, 9.

Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 79, 86-91.

Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 55(2), 214-222.

Sosa, K., Rodríguez, Y. & Romo, A. (2017). El Autismo. Evolución de su dimensión teórica. *Educación y Sociedad*, Número Especial Diciembre 2017, 15-25.

Tustin, F. (1991). *Autismo y Psicosis Infantiles*. Bs. As: Paídos Ibérica S.A.

Varela-González, D. M., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Baez, L., & Hernández-Antúnez, B. G. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta*

Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.