



## Trastornos del espectro autista: observaciones en el patrón evolutivo. Lo que los padres nos cuentan en la consulta

Lucas Nambuena<sup>a</sup>, Estela M.<sup>a</sup> Pardos Gascón<sup>b</sup>, M.<sup>a</sup> Auxiliadora Javaloyes Sanchís<sup>c</sup>,  
Inmaculada Palazón Azorín<sup>d</sup>

Publicado en Internet:  
12-abril-2022

Lucas Nambuena:  
lucasgerardo.nambuena@asef.es

<sup>a</sup>Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Can Misses. Ibiza. España • <sup>b</sup>Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. CS Novelda. Alicante. España • <sup>c</sup>Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente. Hospital General Universitario. Alicante. España • <sup>d</sup>Unidad de Psicología Pediátrica. Hospital General Universitario. Alicante. España.

### Resumen

La necesidad de mejorar la detección temprana del trastorno del espectro autista (TEA) implica mejorar las herramientas en la primera línea de atención al niño. La dimensionalidad del TEA, recogida en las clasificaciones internacionales (APA y CIE), reconoce el carácter heterogéneo del trastorno y la afectación de múltiples áreas en diferentes niveles de gravedad. Con el fin de evitar la demora en el proceso de diagnóstico se propone que, en la entrevista general de anamnesis, el pediatra incluya la exploración de manifestaciones conductuales que suelen concurrir en el patrón evolutivo de estos niños para agilizar la evaluación por el especialista correspondiente, quien determinará finalmente el diagnóstico, si fuera el caso. Estas observaciones se encuentran diferenciadas en 11 áreas, recogiendo además cómo expresan estos problemas los padres en la consulta. Se espera que esta aportación sirva de orientación práctica para la detección precoz de los TEA entre los profesionales que atienden en primer lugar al niño.

#### Palabras clave:

- Detección precoz
- Pediatría
- Trastorno del espectro autista

### Autism spectrum disorders: observations in the developmental pattern. What the parent tell us?

### Abstract

The need to improve early detection of Autism Spectrum Disorder (ASD) implies improving tools in the first line of care for the child. The dimensionality of ASD, according to the international classifications (APA and ICD), recognizes the heterogeneous nature of the disorder and the involvement of multiple areas at different levels of severity. In order to avoid delay in the diagnosis process, it is proposed that the paediatrician could include in the general anamnesis the exploration of behavioural manifestations that usually concur in the evolutionary pattern of these children to expedite the evaluation by the corresponding specialist who finally determines the diagnosis, if applicable. These observations are differentiated in 11 areas, also reflecting how parents express these problems in the consultation. This contribution is expected to serve as a practical guide for the early detection of ASD among the professionals who care for the child first.

#### Key words:

- Autism spectrum disorder
- Early detection
- Paediatrics

## INTRODUCCIÓN

La detección precoz del trastorno del espectro autista (TEA) es una tarea decisiva de la atención sanitaria porque permite una correcta orientación tras el diagnóstico, la implementación de progra-

mas de atención temprana, la intervención sobre los problemas activos y la evaluación respecto a la modalidad de escolarización apropiada.

La conceptualización diagnóstica del autismo ha cambiado significativamente en el último siglo, atravesando etapas que reflejan las discusiones

Cómo citar este artículo: Nambuena L, Pardos Gascón MA, Javaloyes Sanchís MA, Palazón Azorín I. Trastornos del espectro autista: observaciones en el patrón evolutivo. Lo que los padres nos cuentan en la consulta. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e183-e192.

sobre la nosografía de estos trastornos y los avances en su conocimiento. Reflejo de ello resultan los cambios que se han ido produciendo en los criterios para el diagnóstico de autismo en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), respectivamente.

En el caso del DSM-5<sup>1</sup>, publicado en mayo del 2013, ha supuesto cambios en la conceptualización diagnóstica del autismo. Ahora los denominados trastornos del espectro autista (TEA) se incluyen en la categoría de trastornos del neurodesarrollo, reconociéndose la relevancia de su aspecto biológico, y se abandonan las categorías discretas a favor de un “enfoque dimensional”, considerándose que se trata de un trastorno con diversos grados de gravedad y funcionalidad.

En la misma línea, la CIE-11<sup>2</sup> también propone una actualización de los criterios diagnósticos en consonancia con lo establecido en el DSM-5. Aglutina igualmente las diversas categorías diagnósticas en el término unitario del TEA.

En la actualidad, el TEA constituye una de las principales causas de morbilidad en la infancia. Las tasas de prevalencia son de alrededor del 1% para la mayoría de los autores y revisiones<sup>3,4</sup>, aunque los informes más recientes estiman hasta un caso por cada 40 niños<sup>5</sup>.

Respecto a los instrumentos para el cribado y diagnóstico del TEA, se pueden clasificar en tres niveles,

siguiendo la propuesta de Montiel-Nava (2013)<sup>6</sup> (Tabla 1<sup>7-12</sup>).

Pese a que existen instrumentos estandarizados que ayudan en la evaluación del TEA, la necesidad de contar con instrumentos válidos y fiables para el diagnóstico de este trastorno sigue siendo hoy en día una cuestión por resolver. Por ejemplo, para el ADI-R y el ADOS, que surgieron por la necesidad de estandarizar el procedimiento diagnóstico del TEA y unificar las poblaciones de los distintos estudios sobre autismo, se cuestiona, en palabras de Bishop (2011)<sup>13</sup>, que hayan resuelto ese cometido. En primer lugar, para su aplicación se requiere un entrenamiento costoso en tiempo y dinero que desanima a su desarrollo, repercutiendo negativamente en el número de investigadores capacitados y por lo tanto en el desarrollo de los correspondientes estudios. En segundo lugar, y siguiendo igualmente a Bishop<sup>13</sup>, el ADI-R y el ADOS fueron diseñados “para recoger todas las manifestaciones del TEA, pero no para ser eficientes” y, de hecho, no parecen cumplir con esta cualidad. En el estudio epidemiológico realizado por Baird et al. (2006)<sup>14</sup>, solo el 65% de los niños diagnosticados de autismo según consenso clínico superaban los puntos de corte en ADOS-G y ADI-R requeridos para ser diagnosticados y un 10% de niños sin diagnóstico de TEA, según criterio clínico, puntuaban por encima del punto de corte para TEA según ADOS-G. Recientemente se ha recomendado que estas herramientas se utilicen como parte de una evaluación multidisciplinaria y no como instrumentos de diagnóstico exclusivos<sup>15</sup>.

**Tabla 1. Clasificación de instrumentos de cribado y diagnóstico de TEA**

Nivel	Objetivo	Ámbito de aplicación	Instrumentos
I	Cribado	Atención primaria, escuelas infantiles, colegios	M-CHAT <sup>7</sup>
II	Diferenciación entre trastornos del desarrollo con afectación en la comunicación (discapacidad intelectual, trastornos del lenguaje, TEA)	Equipos especializados en salud mental infantil	STAT <sup>8</sup> SCQ <sup>9</sup>
III	Diagnóstico y evaluación de nivel de funcionalidad	Especialistas en TEA	CARS <sup>10</sup> ADI-R <sup>11</sup> ADOS <sup>12</sup>

**ADI-R:** entrevista para el diagnóstico de autismo revisada (Autism Diagnostic Interview-Revised); **ADOS:** escala de observación para el diagnóstico del autismo; **CARS:** escala de evaluación del autismo infantil (The Childhood Autism Rating Scale); **M-CHAT:** cuestionario para el autismo en niños preescolares modificado; **SCQ:** Cuestionario de comunicación social; **STAT:** Screening Tool for Autism in Two Year Olds.

Otra cuestión, teniendo en cuenta la actual conceptualización dimensional de los trastornos del espectro autista, es que la mayoría de los instrumentos solo ofrecen puntos de corte con los que discriminar categóricamente si el trastorno está o no presente. Fueron creados a partir de criterios categoriales, incluyen ítems sobre manifestaciones que ya no figuran en los criterios del DSM-5, e incluso diagnósticos que ya no se contemplan (síndrome de Asperger).

## ENTREVISTA DE ANAMNESIS GENERAL ORIENTADA A LA DETECCIÓN

Si bien el diagnóstico de TEA es una tarea que requiere de formación especializada y experiencia, poder identificar signos indirectos en las primeras etapas de desarrollo permitiría agilizar la derivación a recursos especializados, dando lugar a la puesta en marcha de los recursos terapéuticos disponibles y favorecer así la mejor evolución posible.

Además, reducir la demora aliviaría a los padres del estresante peregrinar en el que, con frecuencia, se ven envueltos ante los repetidos mensajes de espera, debido a que los síntomas no siempre son claramente evidentes en las primeras fases del desarrollo.

La posibilidad de identificar signos indirectos está en el escenario de los profesionales de “primera línea” en la atención a la infancia, como los pediatras de Atención Primaria y los psicólogos que trabajan en el entorno de las familias y en las escuelas infantiles.

El objetivo del presente artículo es presentar una alternativa para la exploración de niños con posible TEA, integrada en la entrevista general de anamnesis que realizan los profesionales de “primera línea”, pudiendo observar manifestaciones que suelen concurrir en el patrón evolutivo de estos niños antes de que se evidencien los signos de este y, a partir de aquí, agilizar la evaluación por el especialista correspondiente, quien determinará finalmente el diagnóstico.

Se trataría de estimar durante la entrevista de anamnesis general si se tiene que avanzar más en la evaluación de un posible TEA.

No es una alternativa a los instrumentos disponibles en estos momentos, sino de una entrevista previa a estos, que hace hincapié en alteraciones cualitativas y manifestaciones peculiares que no corresponden a ninguna etapa del desarrollo, con el propósito de valorar si se ha de avanzar más en la evaluación. Se pretende que sea coherente con el aspecto dimensional del DSM-5 y en línea con la actualización de los criterios que propone la OMS para el TEA en su próxima edición CIE-11<sup>16</sup>.

Las áreas que aborda esta exploración y en las que se pueden encontrar peculiaridades y/o alteraciones cualitativas son las siguientes: lenguaje/comunicación, motricidad gruesa, alimentación, sueño, actividad, control de esfínteres, socialización, escolarización, conductas disruptivas, miedos y respuestas sensoriales.

## DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

Las dificultades en el desarrollo del lenguaje, lejos de ser patognomónicas, constituyen un grupo de alteraciones muy heterogéneo en los pacientes con TEA<sup>17</sup>. Entre las alteraciones propias de los TEA, independientemente de si se observa o no retraso en el desarrollo del lenguaje, están el habla en tercera persona, la ecolalia, la falta de conversación recíproca, un tono de voz peculiar, la dificultad para entender bromas o dobles sentidos y la ausencia de intención comunicativa (protoimperativos y protodeclarativos<sup>18</sup>).

Algunas posibles observaciones críticas en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje son:

- Presenta retraso en el inicio del lenguaje.
- No utiliza todo el vocabulario que tienen.
- Después de comenzar a hablar ha dejado de hacerlo.
- A pesar de un vocabulario restringido es capaz de reproducir canciones infantiles o frases que ha copiado de audios.
- Apenas habla, pero “le encantan” los números y/o las letras, los identifica y nombra.

- Especial interés en palabras en otros idiomas.
- Retraso en unir dos o más palabras.
- Hay algo inusual en su manera de hablar (volumen, acento, entonación, velocidad, etc.).
- La comunicación va acompañada de peculiaridades en la mirada.
- No señala para pedir algo, ni de manera espontánea para indicar cosas que llaman su atención.
- Lleva la mano del adulto hacia lo que desea.
- Usa el lenguaje de manera repetitiva (más de lo esperado para su edad).

En el caso de los niños con TEA y buena o muy buena capacidad intelectual, las alteraciones en el lenguaje se identifican, generalmente, más tarde:

- Se bloquea o responde “al azar”, sin que la respuesta tenga que ver con la pregunta.
- Habla de forma unidireccional, sin tener en cuenta al interlocutor.
- Copia expresiones de los adultos.
- Habla más de lo que entiende.
- Tiene dificultades para elaborar un relato de forma comprensible.
- Interpreta literalmente lo que se le dice, sin adaptarlo al contexto.
- Hay desfase entre el desarrollo del lenguaje y el desarrollo en motricidad. Este último va por delante.

## DESARROLLO MOTOR

El inicio de la deambulación se produce, en la mayoría de los casos, conforme al patrón normativo. Sin embargo, en los niños que posteriormente se diagnosticarán de TEA es frecuente la presencia de dos fenómenos: la ausencia del gateo y caminar de puntillas.

Algunas posibles observaciones críticas en el desarrollo motor son:

- No ha gateado antes de caminar.
- Camina de puntillas.
- Tropieza fácilmente con los objetos que tiene cerca.

- Cae con facilidad.
- Es brusco en el contacto físico sin que sea intencionado, no se da cuenta de ello.
- No imita el pedaleo.
- Adopta posturas extrañas que llaman la atención.
- Dificultad para manejar objetos pequeños (p. ej., botones).
- Agarra los objetos débilmente.
- Es torpe con la bicicleta, el balón, etc.
- Hace los trazos apretando mucho.
- Se balancea continuamente hacia delante y atrás.

## JUEGO E INTERESES

Lo más característico es que ejecuten juegos repetitivos sin ninguna funcionalidad, mostrando en ocasiones un interés casi obsesivo por alguna temática<sup>19</sup>.

### Posibles observaciones críticas en el juego y los intereses

Según el temperamento del niño, los patrones pueden ser tranquilos o reactivos:

- Entre los tranquilos:
  - Los padres dicen que es un bebe “muy bueno”, “muy observador”.
  - No extraña y puede irse con cualquiera.
  - Demasiado pasivo, permanece donde se le deja sin reclamar.
- Entre los reactivos:
  - Se muestra alterado todo el tiempo, sin que nada parezca calmarle, rechazando incluso de forma activa el contacto físico.

Ambos patrones comparten:

- Limitada interacción con los adultos.
- Interesado especialmente en los objetos.
- Mucha atención a estímulos como luces, sonidos, anuncios de la televisión, objetos que giran

o simplemente las líneas que delimitan los espacios.

- Se dedica a alinear objetos o posicionarlos en una disposición determinada, de forma repetitiva.
- Abre y cierra puertas de forma repetitiva, observando con interés el movimiento o el ruido que se produce.
- Enciende y apaga luces.
- Sube y baja escaleras de forma repetitiva.
- Pasa las páginas de libros o cuentos sin mostrar interés por lo que hay en ellas y durante periodos de tiempo prolongados para lo que sería esperable a su edad.
- Interés intenso por utilizar los botones de los mandos u otros aparatos domésticos.
- Le encantan los números, las letras o los logotipos (de coches, marcas comerciales, etc.), generalmente de forma precoz.
- Prefiere objetos pequeños (coches, animales o muñequitos) que manipula con la finalidad de colocarlos, clasificarlos, posicionarlos sin otro objetivo.
- Juega siempre a lo mismo o varía muy poco de forma espontánea.
- Repite una y otra vez el mismo puzzle que ya se sabe de memoria. No busca de forma activa realizar nuevos puzzles.
- Repite los mismos videos una y otra vez y le agrada poder anticipar los gestos y/o diálogos.
- Le disgusta que lo saquen de casa. Aunque una vez fuera no pide necesariamente regresar.
- Le disgustan las novedades.
- Hace algún tipo de movimiento rápido con las manos y/o dedos.
- Muestra intereses inusuales.
- Se enfada si se producen cambios menores en su rutina.
- Juega con partes de los juguetes en lugar de con todo el juguete.
- Tiene alguna habilidad especial inusual.
- Muestra atención selectiva, puede parecer desatento e incluso inquieto la mayor parte del

tiempo, excepto cuando se centra en lo que le interesa.

## CONTROL DE ESFÍNTERES

---

En el caso de los niños con TEA es frecuente observar que invierten este patrón de adquisiciones, de tal forma que controlan antes las micciones que las defecaciones. Da la impresión de que el niño “desatiende” las necesidades de orinar y defecar, lo que en muchos casos da lugar a episodios de encopresis retentiva con manchado por rebosamiento. Algunas posibles observaciones críticas en el control de esfínteres son:

- Tarda en conseguir el control diurno.
- Inversión del patrón del control de esfínteres, primero las micciones y luego las defecaciones.
- Evita y/o ignora las señales de tener que miccionar y/o defecar.
- Durante un periodo prolongado después de que le hayan retirado el pañal diurno requiere de supervisión para evitar escapes o episodios completos de enuresis diurnas.
- Controla antes las micciones nocturnas que las diurnas, fenómeno que no se produce en el patrón normativo.
- Persistencia de manchado (encopresis por rebosamiento), sin un periodo previo de control eficaz de los esfínteres.
- Muestra “rituales” de evacuación peculiares y no funcionales. Por ejemplo, tener que desnudarse por completo cada vez que acude al cuarto de baño o usar solo el inodoro de casa.

## ESCOLARIZACIÓN

---

Los niños con TEA suelen mostrar patrones característicos, aunque no homogéneos entre ellos, y diferentes a los que muestran los niños sin TEA. Su adaptación a la escuela va más allá de lo que supone separarse de las personas de referencia. En ellos entran en juego otras variables, como su sensorialidad, sus dificultades para la comprensión de las

interacciones sociales, no poder mantener sus rutinas en el medio escolar y la ansiedad que pueden provocarles los cambios y novedades.

### Posibles observaciones críticas respecto a la escolarización

Según el temperamento del niño, los patrones pueden ser tranquilos o reactivos. El patrón más habitual es el tranquilo, que a su vez pasa más desapercibido, mientras que el reactivo suele ser motivo de llamada de atención a los padres desde el primer momento. Algunas observaciones críticas son:

- Presenta una “adaptación inmediata”, sin “extrañar” ni el lugar ni a las personas cuando deberían mostrar cierto recelo ante la novedad.
- Rechaza el colegio de forma muy activa (con protestas y alteraciones conductuales y emocionales), que no se resuelven a medida que va familiarizándose con el nuevo entorno, sino que se prolonga meses e incluso todo lo que dura el curso escolar.
- A los padres, los educadores les informan de que no sigue las rutinas, que “va a su bola” y que evita o simplemente no se relaciona con los otros niños.
- Realiza acercamientos a otros niños, pero guiados por el adulto o por el interés hacia los objetos de los otros.
- La mayor parte del tiempo no interacciona con otros niños o lo hace de forma restrictiva (a un solo niño) y de forma desajustada (en actitud brusca e insistente).
- No atiende a los mensajes generales (“parece desobediente”), y sí a los que se le dan de forma individualizada.
- Empuja, es brusco, parece que pega a otros niños, sin que sea su intención y sin entender lo inadecuado de su conducta.
- Muestra conductas disruptivas sin que se identifique el motivo y sin que estas sean habituales en otros ambientes.
- No tiene retraso intelectual y sin embargo presenta problemas de aprendizaje, sutiles o atípicos, mostrando resultados disociados en sus

ejecuciones académicas que son más evidentes a medida que progresa la escolarización.

### ALIMENTACIÓN

Los problemas de alimentación en los niños con TEA son muy frecuentes. Los factores que más condicionan el rechazo de los alimentos según señalan los padres de niños con TEA<sup>20</sup> son: la textura (69%), la presentación visual (58%), el sabor (45%), el olor (36%) y la temperatura (22%).

Posibles observaciones críticas en la alimentación:

- Presenta problemas con la succión durante la lactancia (natural o biberón).
- Rechaza la incorporación de alimentos nuevos de forma activa y, en ocasiones, le provoca malestar intenso solo por el hecho de presentárselos (vómitos, llanto, rabieta, etc.).
- Retiene la comida en la boca, parece no saber qué hacer con ella, no la mastica. La escupe y/o la deglute directamente.
- No desplaza la comida dentro de la boca.
- Rechaza no solo la ingesta, también ver u oler determinados alimentos.
- Prefiere alimentos de aspecto “homogéneo”, sin mezclas.
- Selecciona por criterios arbitrarios que nada tienen que ver con el alimento en sí, como por el color, la forma o el recipiente en el que se le presenta.
- Es especialmente hábil para identificar modificaciones sutiles en los alimentos que le lleva generalmente a rechazarlos.

Los padres refieren que cualquier sistema para forzar la ingesta resulta inútil, llegando a producirse situaciones que afectan al estado nutricional del niño y que llegan a requerir de intervención médica.

### SUEÑO

Los niños con TEA tienen un alto riesgo de padecer trastornos del sueño. Se calcula que este problema

lo presenta entre el 50 y el 80% de los niños<sup>21</sup>. Las alteraciones más comúnmente identificadas son los problemas en la conciliación del sueño, despertares frecuentes durante la noche, despertares precoces y la reducción del tiempo total de sueño<sup>22</sup>.

Posibles observaciones críticas sobre el sueño:

- Insomnio tranquilo: en la etapa de bebé, en el tránsito al sueño y al despertar permanece plácido en la cuna, sin reclamar atención.
- Insomnio agitado: tarda en lograr la regulación del sueño nocturno sin causa identificada y se muestra alterado sin que sea fácil calmarlo.
- No le gusta ir a dormir, aunque tenga sueño.
- Tarda en quedarse dormido, y hasta ese momento suele estar activo o inquieto, “se duerme en acción”.
- Puede mostrar movimientos peculiares hasta que se queda dormido.
- Precisa de la realización de rituales particulares para dormirse como, por ejemplo, tocar el cabello, la oreja, etc. de la madre, siendo muy difícil reducir esta conducta que, además, se prolonga en el tiempo.
- “Desvelos nocturnos”, no solo despertares, sino que interrumpe el sueño a medianoche y se muestra activo, como si la noche ya hubiera finalizado.

## MIEDOS

En sujetos con diagnóstico de TEA, la presencia de fobias es especialmente frecuente; de hecho, la ansiedad se considera la manifestación comórbida más común en personas con este trastorno<sup>23</sup>. Es característico que presenten respuestas de miedo a estímulos distintos a los que se espera que pueda tenerle miedo cualquier niño, conforme a su edad. Los miedos de los niños con TEA suelen ser más estables, intensos, duraderos y difíciles de manejar.

Posibles observaciones críticas sobre los miedos:

- Miedo a ruidos de aparatos domésticos como el del aspirador, la batidora, el secador, etc.
- Miedo a cortinas o ramas de árboles que mueve el viento de forma aleatoria.

- A objetos no peligrosos y que forman parte del mundo infantil, globos, disfraces, a determinados peluches o personajes de dibujos animados.
- A subir en los montables tragamonedas para niños.
- A determinadas características de la fisonomía de la gente, por ejemplo, las barbas o las cabezas calvas.
- Al llanto de un bebé.
- A lugares bulliciosos.
- A que le corten el pelo y/o le peinen.
- A que le laven la cabeza, le caiga el agua en la cabeza.
- A que le corten las uñas.

También cabe señalar el hecho de que junto con estas reacciones fóbicas puede ocurrir que no tengan miedos a objetos o situaciones a los que debieran temer, como por ejemplo a los extraños. Los padres generalmente no identificarán la ausencia de estos miedos como un problema.

## SOCIALIZACIÓN

Un aspecto central del autismo es el déficit en el funcionamiento social, caracterizado en dificultades en la reciprocidad e interacciones sociales<sup>24</sup>.

Posibles observaciones críticas sobre socialización:

- Puede irse con cualquier persona, aunque sea un desconocido.
- No responde cuando le saludan.
- Saluda a todo el mundo, aun sin conocerlos.
- No responde al nombre cuando le llaman.
- Empuja, abraza o golpea a otros niños sin que parezca que su intención sea la de molestar.
- Evita hablar en todas o en casi todas las situaciones.
- No sigue órdenes, llamadas o indicaciones verbales, parece que “pasa”.
- Si se dirige a otras personas, lo hace solo para pedir algo, no para mostrar y compartir.
- La mayor parte del tiempo está centrado exclusivamente en sus intereses.

- No expresa con palabras lo que siente (“estoy triste”, “estoy contento”, etc.).
- No busca a otros niños.
- Cuando se le habla no mira para atender.
- Parece que le cuesta darse cuenta de cómo se sienten quienes están con él/ella.
- Invade con sus intereses a los demás, niños o adultos.
- Se muestra indiscreto más allá de lo esperado para su edad.
- Muestra una comprensión “literal” de lo que se le dice, sin interpretar la intención con la que se le dice.
- No sabe identificar las bromas.
- No tiene picardía.
- No sabe seguir el juego de otros niños cuando estos se inventan o improvisan sobre la marcha.
- Debido a la literalidad con la que interpreta el lenguaje reacciona mal cuando se le habla de forma irónica o sarcástica.
- Que le interrumpan sus rutinas, independientemente del significado de estas.
- En algunos casos experimentan estímulos no desagradables por su naturaleza (táctiles y auditivos, sobre todo): como tremendamente aversivos (prendas de ropa y calzado).
- Insisten en un uso peculiar, de la ropa y calzado (por ejemplo, muy apretada).
- Cuando las normas no se cumplen sin identificar que han podido perder su sentido por circunstancias particulares.
- Se ha agredido deliberadamente.

## COMPORTAMIENTOS DISRUPTIVOS

Es habitual en los niños con TEA la presencia de problemas de comportamiento como rabietas, auto y heteroagresividad, hiperactividad, impulsividad e incumplimiento de normas en el hogar<sup>25</sup>.

Se trata de comportamientos que interfieren de forma significativa en el día a día del niño y su familia, y no en pocas ocasiones también la rutina escolar. Suponen un problema de estrés relevante y merman la calidad de vida en la familia<sup>26</sup>.

Posibles observaciones críticas respecto a las conductas o comportamientos disruptivos y con relación a situaciones concretas:

- Dado que confunden el “se puede” con el “se debe”, no permitirle hacer algo porque es inapropiado en ese momento, pero posible de ejecutar, puede provocar la conducta disruptiva.
- Como consecuencia de que no reconoce la autoridad (jerarquía social) que representa el adulto, al intentar que respete las normas señaladas por éste reacciona con conductas desafiantes y disruptivas.

## HIPO- E HIPERREACTIVIDAD SENSORIAL

Las respuestas sensoriales inusuales son muy frecuentes en niños con TEA, y se estima que alrededor de un 80% de ellos las presenta<sup>27</sup> y pueden darse en cualquiera de los cinco sentidos<sup>28</sup>. Según un metaanálisis de Ben-Sasson, *et al.* (2009)<sup>27</sup> el problema de modulación sensorial más prevalente en TEA es la hiporreactividad. A pesar de que estos problemas parecen ser más importantes en la niñez, se mantiene a lo largo de toda la vida<sup>29</sup>.

### Posibles observaciones críticas sobre hipo-/hiperreactividad sensorial

- Sensibilidad visual:
  - Fascinado por las luces o el movimiento de los objetos, especialmente los que giran.
  - Se fija de forma intensa en determinados objetos.
- Sensibilidad auditiva:
  - Muy sensible a los ruidos cotidianos.
  - Se tapa los oídos, algunos sonidos le molestan mucho.
  - Tiene el sueño muy ligero, cualquier ruido le despierta.

- Realiza ruidos repetitivos.
- Golpea los objetos, cierra las puertas de golpe.
- Sensibilidad gustativa ya vista en el apartado alimentación:
  - Usa la punta de la lengua para probar la comida.
  - Vomita con facilidad.
  - Lame los objetos y se los mete en la boca.
- Sensibilidad olfativa:
  - Muy sensible a olores de alimentos, personas, etc., y protesta cuando los nota.
  - Fascinado por determinados olores.
  - Lo huele todo: a sí mismo, a las personas y a los objetos.
  - Le gustan los olores intensos.
- Tacto:
  - No le gusta que le toquen.
  - Dificultades para tolerar la ropa o los zapatos.
  - Reacciona exageradamente ante el calor, el frío o el dolor.
  - Le enfada estar sucio.
  - Abraza con demasiada fuerza.
- Escasa reacción al dolor.
- Parece indiferente o exagerado al frío y/o al calor.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés y no haber recibido ninguna financiación para la elaboración de este trabajo.

## ABREVIATURAS

**ADI-R:** entrevista para el diagnóstico de autismo revisada (*Autism Diagnostic Interview-Revised*) • **ADOS:** escala de observación para el diagnóstico del autismo • **APA:** Asociación Americana de Psiquiatría • **CARS:** escala de evaluación del autismo infantil (*The Childhood Autism Rating Scale*) • **CDC:** Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU • **CIE:** Clasificación Internacional de las Enfermedades • **CSBS-DP:** *Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile* • **DSM:** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* • **M-CHAT:** cuestionario para el autismo en niños preescolares modificado • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **SCQ:** cuestionario de comunicación social • **STAT:** *Screening Tool for Autism in Two Year Olds* • **TA:** trastorno autista • **TAS:** trastorno de Asperger • **TDI:** trastorno desintegrativo infantil • **TEA:** trastorno del espectro autista • **TGD-NE:** trastornos generalizados del desarrollo no especificado • **TR:** trastorno de Rett.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2013.
2. WHO. ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. Ginebra: World Health Organisation; 2021 [en línea] [consultado el 18/06/2021]. Disponible en [www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases](http://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases)
3. Christensen DL, Braun K, Baio J, Bilder D, Charles J, Constantino JN, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 2018;65:1-23.
4. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res.* 2012;5:160-79.
5. Xu G, Strathearn L, Liu B, O'Brien M, Kopelman TG, Zhu J, et al. Prevalence and Treatment Patterns of Autism Spectrum Disorder in the United States, 2016. *JAMA Pediatr.* 2019;173:153-9.
6. Montiel Nava C. Evaluación de los trastornos del espectro autista. En: Sociedad Venezolana de Neurología (Ed). *Trastornos del Espectro Autista. Una Vision Multidisciplinaria.* Caracas: Altolitho; 2013. p. 69-83.
7. Robins DL, Dumont-Mathieu TM. Early screening for autism spectrum disorders: update on the modified checklist for autism in toddlers and other measures. *J Dev Behav Pediatr.* 2006;27:111-9.
8. Stone WL, Coonrod EE, Ousley OY. Brief report: Screening tool for autism in two-year-olds (STAT): Development

- and preliminary data. *J Autism Dev Disord.* 2000;30:607-12.
9. Rutter M, Bailey A, Lord C, Berument SK. *The Social Communication Questionnaire: Manual.* Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
  10. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord.* 1980;10:91-103.
  11. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: A Revised Version of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders. *J Autism Dev Disord.* 1994;24:659-85.
  12. Lord C, Rutter M, Goode S, Heemsbergen J, Jordan H, Mawhood L, *et al.* Autism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *J Autism Dev Disord.* 1989;19:185-212.
  13. Bishop D. Are our gold standard autism diagnostic instruments fit for purpose? En: BishopBlog [en línea] [consultado el 20/06/2018]. Disponible en <http://deevybee.blogspot.com/2011/05/are-our-gold-standard-autism-diagnostic.html>
  14. Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, *et al.* Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet.* 2006;368:210-5.
  15. Randall M, Egberts K, Samtani A, Scholten RJPM, Hooft L, Livingstone N, *et al.* Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7:CD009044.
  16. Confederación Autismo España. La OMS actualiza los criterios de diagnóstico de TEA. En: Autismo España [en línea] [consultado el 15/06/2020]. Disponible en [www.autismo.org.es/actualidad/articulo/la-oms-actualiza-los-criterios-de-diagnostico-del-tea](http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/la-oms-actualiza-los-criterios-de-diagnostico-del-tea)
  17. Tek S, Mesite I, Fein D, Naigles I. Longitudinal analyses of expressive language development reveal two distinct language profiles among young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2014;44:75-89.
  18. Dascalu CM. Is the self-reference of autistic children atypical? The case of two french autistic children. En: Escobar I, Torrens V, Parodi T, editores. *Language processing and disorders.* Newcastle: Cambridge Scholars Publishing; 2018. p. 236-57.
  19. Winter-Messiers MA. From tarantulas to toilet brushes: Understanding the special interest areas of children and youth with Asperger syndrome. *Remedial and Special Education.* 2007;28:140-52.
  20. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc.* 2010;110:238-46.
  21. Souders MC, Mason TB, Valladares O, Bucan M, Levy SE, Mandell DS, *et al.* Sleep behaviors and sleep quality in children with autism spectrum disorders. *Sleep.* 2009;32:1566-78.
  22. Johnson CR, Turner KS, Foldes E, Brooks MM, Kronk R, Wiggs I. Behavioral parent training to address sleep disturbances in young children with autism spectrum disorder: a pilot trial. *Sleep Med.* 2013;14:995-1004.
  23. Top DN, Stephenson KG, Doxey CR, Crowley MJ, Kirwan CB, South M. Atypical Amygdala Response to Fear Conditioning in Autism Spectrum Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2016;1:308-15.
  24. Frith CD, Frith U. Mechanisms of social cognition. *Annu Rev Psychol.* 2012;63:287-313.
  25. Lecavalier I. Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *J Autism Dev Disord.* 2006;36:1101-14.
  26. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2010;54:266-80.
  27. Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, Engel-Yeger B, Gal E. A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2009;39:1-11.
  28. O'Neill M, Jones RS. Sensory-perceptual abnormalities in autism: a case for more research. *J Autism Dev Disord.* 1997;27:283-93.
  29. Grandin T. *Thinking in Picture: My Life with Autism.* Nueva York: Vintage Books; 2006.