

EL AUTISMO OCULTO EN LAS MUJERES

JESSICA ELIZABETH REYES VENEGAS

Licenciada en Psicología por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, Ciudad de México. Especializada en población infantil y adolescente con TEA

Recepción: 05 noviembre 2023/ Aceptación: 03 de diciembre 2023

RESUMEN

El trastorno del espectro autista conlleva una serie de alteraciones en el desarrollo global del niño desde una etapa temprana. Existen 3 tipos de niveles de afectación en los que se divide este espectro, del cual, no sólo existe evidencia médica de que ciertas zonas cerebrales están implicadas en la interferencia del funcionamiento adecuado de este órgano, sino que también, he podido encontrar información relevante psicoanalítica que hace referencia a este trastorno, entendiéndolo como una forma de defensa a sensaciones intolerables en una infancia temprana, asociándose con vínculos de temor, devastadores para una mente en desarrollo, sin estructura, y con pocos recursos.

A lo largo de la historia los principales expositores de este tema nos han dado información valiosa que ha hecho grandes cambios en la forma de percibir esta afectación. Abordaré las conductas más concurrentes que presenta el trastorno del espectro autista, sobre todo del sector femenino diagnosticado, todo esto, enlazado con la experiencia que he recolectado durante el año que tuve la estadía en la clínica de autismo en el CISAME. También me centraré en las dificultades que especialistas, pacientes y familiares han externado a la hora de terminar y recibir un diagnóstico de niñas y mujeres.

PALABRAS CLAVE: autismo, diferencias de género, familia, licenciatura en psicología, mujeres, problemáticas emocionales, psicodiagnóstico.

SUMMARY

Autism spectrum disorder entails a series of alterations in the global development of the child from an early stage, there are 3 types of levels of involvement into which this spectrum is divided, of which, not only is there medical evidence that certain brain areas are involved in the interference of the proper functioning of this organ, but also, I have been able to find relevant psychoanalytic information that refers to this disorder, understanding it as a form of defense against intolerable sensations in early childhood, associated with bonds of fear, devastating for a developing mind, without structure, and with few resources.

Throughout history, the main speakers on this topic have given us valuable information that has made great changes in the way we perceive this affectation. I will address the most common behaviors presented by autism spectrum disorder, especially in the diagnosed female sector, all of this linked to the experience that I have gathered during the year I spent at the autism clinic at CISAME. I will also focus on the difficulties that specialists, patients and family members have expressed when completing and receiving a diagnosis for girls and women.

KEYWORDS autism, women, diagnosis, family, problems, differences.

RÉSUMÉ

Le trouble du spectre autistique entraîne une série d'altérations dans le développement global de l'enfant dès le plus jeune âge. Il existe 3 types de niveaux d'implication dans lesquels ce spectre est divisé, parmi lesquels non seulement il existe des preuves médicales selon lesquelles certaines zones du cerveau sont impliquées. dans l'interférence du bon fonctionnement de cet organe, mais aussi, j'ai pu trouver des informations psychanalytiques pertinentes qui font référence à ce trouble, le comprenant comme une forme de défense contre des sensations intolérables dans la petite enfance, associées à des liens de peur, dévastateurs pour un esprit en développement, sans structure et avec peu de ressources.

Tout au long de l'histoire, les principaux intervenants sur ce sujet nous ont fourni des informations précieuses qui ont apporté de grands changements dans la façon dont nous percevons cette affectation. J'aborderai les comportements les plus courants pré-

sentés par les troubles du spectre autistique, en particulier dans le secteur féminin diagnostiqué, tout cela lié à l'expérience que j'ai acquise au cours de l'année que j'ai passée à la clinique d'autisme du CISAME. Je me concentrerai également sur les difficultés exprimées par les spécialistes, les patients et les membres de la famille lors de la réalisation et de la réception d'un diagnostic pour les filles et les femmes.

MOTS CLÉS autisme, femmes, diagnostic, famille, problèmes, différences.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo expondremos las cualidades del trastorno del espectro autista y la serie de afecciones que conlleva en el desarrollo global del niño desde una etapa temprana, así como, sus expresiones más específicas. Enumeraremos los diferentes niveles de malestar en los que se divide y hablaremos de estudios concluyentes en los que ciertas zonas cerebrales están implicadas en la interferencia del funcionamiento conveniente de este órgano.

Se realiza un recorrido de los principales expositores de este tema a lo largo de la historia desde hace algunos siglos. Principalmente abordamos las conductas más concurrentes que presenta el sector femenino diagnosticadas de forma positiva con esta afectación, y de la mano información verídica sobre el TEA en el mismo grupo, todo esto, enlazado con la experiencia recolectada durante un año de estadía en la clínica de autismo en el CISAME. También nos centramos en las dificultades que especialistas, pacientes y familiares, han externado a la hora de concretar y recibir un diagnóstico preciso de niñas y mujeres. Consecuentemente tomamos en cuenta ciertas herramientas que se usan para la terapia en niñas con TEA que de forma cercana se observaron y se pusieron en práctica, poniendo al descubierto que dan resultados positivos en la vida de esta población y a su círculo cercano. Concluimos con la esperanza de ser un aporte más sobre este tema que a lo largo de la historia ha sido dejado a un lado.

DESARROLLO

Trastorno del espectro autista (TEA)

El TEA se constituye de varias afectaciones al neurodesarrollo, que se pueden observar desde la infancia primera, pero a menudo se diagnostica en una edad más avanza-

da. En muchos casos puede creerse que se trata de una imperfección auditiva grave, sin embargo, conforme avanza la observación, salen a flote características como dificultades o deficiencias en la interacción social, comunicación e imaginación, y un patrón de actividades repetitivo y rígido [1].

De acuerdo a Wing en 1998 [2] como rasgos distintivos se tienen que:

Las deficiencias podrían ser sutiles y difíciles de reconocer, o, por el contrario, muy severas, en tanto se da un retraso o muy poca adquisición de habilidades lingüísticas a lo largo de toda la vida. Es viable que se presente junto a cualquier nivel de inteligencia, que contenga una discapacidad profunda o estar en una categoría superior al promedio. Engloba otras discapacidades, trastornos mentales o síndromes, aunque con la edad se producen cambios en el patrón de conducta, el comportamiento tal vez cambie de acuerdo al entorno y personas; la educación y el lenguaje también influyen en el actuar de cada individuo y también existe una necesidad profunda de establecer rutinas.

Hace algún tiempo aún se consideraba al nivel más leve y funcional del espectro autista como síndrome de Asperger, no obstante, en la actualidad en el DSM-V, los niveles de afectación se manejan como grado I, socialmente independiente, grado II, necesita constante ayuda y apoyo, y, grado III, es dependiente de otras personas [3].

Antecedentes (historia)

Expuesto por Celis y Ochoa en 2022 [4], la palabra autismo es un neologismo procedente del prefijo griego *autos*, que significa uno mismo, y el sufijo *ismós* que forma sustantivos abstractos que denotan cierto tipo de tendencia, en este caso, sería internarse en uno mismo, y el vistazo clínico designa a aquellos que se aíslan del mundo externo.

Wing [2] recorre la historia de descripciones de niños con probable TEA sin un diagnóstico; uno muy famoso se dio en 1801, el niño salvaje de Aveyron conocido como Víctor, quien fue encontrado desnudo y desnutrido entre los 9 años de edad en medio del bosque, su conducta era extraña, no hablaba, y se pensó que se debía al aislamiento y nulo contacto humano, descartándose antes mutismo o algún problema en las cuerdas vocales. El médico francés Itard creía que Víctor tenía serias dificultades generalizadas del aprendizaje, ya que manifestaba conductas destructivas, gusto por el orden y no le

interesaba la interacción social, además, nunca aprendió a hablar. En 1809 John Haslam describió a un niño de un año de edad, el cual cambió su comportamiento drásticamente después de un grave sarampión, empezó con vocalizaciones repetitivas y conductas impulsivas y agresivas. Más adelante en 1919, Lightner Witmer escribió un artículo sobre un niño de casi 3 años que exhibía comportamientos autistas en su forma típica, pero que logró avanzar escolar y socialmente gracias a terapia individual. Sin embargo, la primera persona en describir concretamente de manera pública síntomas del TEA, fue Grunya Sukhareva en 1925, una psiquiatra infantil que estudió primero seis niños en los que observó criterios del TEA que hoy en día se siguen utilizando en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana para Diagnosticar (DSM). Casi dos decenios después en 1943, Leo Kanner en Estados Unidos observó que una serie de niños remitidos a su clínica presentaban un patrón de conductas inusuales, propuso criterios como, aislamiento social profundo, ideas obsesivas, fisonomía inteligente y pensativa, y alteración en la comunicación verbal (mutismo o lenguaje poco comunicativo) al que llamó autismo infantil precoz. Sólo un año después Hans Asperger en 1944 en Austria, publicó un artículo sobre un grupo de niños y adolescentes varones con otro patrón de conducta, como aproximación social ingenua e inadecuada, intereses rígidos, buena gramática y vocabulario, pero charla monótona, pobre coordinación motriz, capacidad intelectual media a superior, pero frecuentemente con dificultades de aprendizaje, falta de sentido común, y sobretodo, notó que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los 3 años en que empezaban a ir a la escuela, todo esto, se conoció más tarde como el Síndrome de Asperger. En la década de 1960, Michael Rutter y sus colegas propusieron que la escasa funcionalidad del cerebro tendría que ver con el autismo de causa fisiológica, debido a un desarrollo inadecuado, sin involucrar métodos de crianza, aunque como lo señala Barruel en 2018 [5], en ciertas teorías psicoanalíticas, se entiende al trastorno como una forma de defensa primitiva y devastadora, que retira del mundo de las emociones, provocada a su vez por grandes angustias en la infancia temprana, considerando que se huye de sensaciones intolerables y asociándose con la presencia de vínculos donde predomina la ansiedad de separación o el temor de invasión, fusión e indiferenciación con el otro, lo cual, puede ser devastador para una mente en

desarrollo, sin estructura y con pocos recursos. Se piensa que solo logran tolerarse estas angustias utilizando mecanismos de defensa extremos que deja vacíos, empobreciendo o trastornando la mente, en ocasiones de forma irreversible. Para 1970 Israel Kolvin y sus compañeros expusieron las diferencias entre autismo y esquizofrenia infantil, y a partir de ese año, se deliberaba que era más amplio el espectro, a como se venía pensando. Así mismo, en un principio el DSM y el CIE acrónimo en español de la Clasificación Internacional de Enfermedades, no contenían información precisa sobre este trastorno, ya que su sintomatología solo se describía dentro de otros trastornos, sin embargo, a lo largo de la historia se fue visibilizando, primero dentro de la esquizofrenia, después psicosis infantil y por último un trastorno del neurodesarrollo [3] .

Saitoh, Karns y Courchesne en 2001 [6] hallaron que el sistema límbico (SL) y el cerebelo son zonas implicadas en este trastorno, dado que diferentes sectores de este compuesto del cerebro intervienen en la memoria y funciones sociales y afectivas que se encuentran típicamente alteradas en el autismo, lo que ha supuesto incluso, que podrían existir lesiones prenatales en estas áreas, causando un desarrollo defectuoso de las estructuras antes mencionadas e interfiriendo con el proceso de todo tipo de información sensorial recibida por medio de los sentidos, lo cual, llegaría a tener efectos considerables logrando ser un elemento subyacente de los diferentes síntomas autistas. Todo lo anterior, se encontró gracias a que midieron exhaustivamente la sección transversal del área dentada (AD) y de otras zonas del sistema límbico, utilizando resonancia magnética en pacientes autistas y neurotípicos entre los 29 meses a 42 años. Los resultados publicados indican que la porción transversal del AD es más pequeña de lo normal en estudiados con este síndrome, apareciendo la mayor desviación del tamaño normal en niños con diagnóstico positivo entre las edades de 2 1/2 a cuatro años, así mismo, los autores señalan que esta sería la primera evidencia directa sobre la existencia de anomalías anatómicas desde los primeros años de vida, persistiendo en el desarrollo y hasta la mediana edad.

Manifestaciones conductuales en el TEA

La mayoría de los casos en que se da un diagnóstico positivo, la esfera de deficiencias se va percibiendo paulatinamente, sobre todo en el caso de las niñas, pues si la menor

tiene un nivel de habilidad alto en ciertas áreas, los padres pueden pensar que su desarrollo es normal o simplemente dejan pasar por alto ciertas conductas, hasta que se da un notable cambio o regresión, aun mas cuando inician la vida escolar. Es así que, a continuación, hablaremos de estas manifestaciones:

Según Escotto J. (2017) [7], muchos infantes muestran alteraciones en la interacción social, las que podemos englobar son; aislamiento, sostener la mirada enérgica y prolongadamente, tocar o abrazar en situaciones inadecuadas, alteración conductual sin razón aparente, no controlar la entonación de su voz, ni comprender lenguaje diverso, estereotipias que pueden verse a manera de movimientos de extremidades corporales o faciales, si se les obliga a suprimirlas solo se lograría tensar o angustiar, retraso en la imitación, que en niveles altos, es necesario guiar los miembros externos para extraer de la inactividad y que se siga o se aprenda cierta labor, establecer rutinas, en ciertos casos los niños soportan el cambio, pero en otros, pueden entrar en un estado de confusión e iniciar una rabieta, y harán cualquier cosa para hacer sus acciones habituales de nuevo. Tal es el caso del paciente 'A', quién estaba acostumbrado a llegar a CISA-ME siempre por la misma ruta, pero el día de su cita había una manifestación que impedía el paso, por lo que el taxista tuvo que tomar otro camino para poder llegar a la clínica, 'A' se puso muy nervioso e inquieto, incluso llegó a un llanto casi incontrolable, de modo que, solo pudo tranquilizarse bajando del taxi y caminando por el sendero habitual. Otras manifestaciones van de acuerdo a la sorprendente respuesta a estímulos sensoriales como los sonidos, para ejemplificar quiero mencionar al paciente 'B', un infante de 7 años, que tuvo una etapa en donde disfrutaba de ruidos en gran magnitud, fuera cual fuera, a pesar de que anteriormente solía ignorarlos y tener la percepción de que la T.V. o radio se deben escuchar en un volumen modulado, pasado un tiempo, sin más, regreso a su escucha habitual. Por otro lado, también encuentran desagradables algunos sonidos específicos, llegando a tener que cubrirse los oídos cuando este sueña, ejemplos de esto tengo varios, pues el consultorio cuenta con un ventanal que da hacia la calle y entra el sonido del tránsito, ciertas niñas cuando está abierto, expresan que les duelen los oídos, hacen gestos de incomodidad, o intentan cubrirse la audición con los hombros, ropa o manos; también hay infantes que expresan que no les gusta y da miedo el sonido del carro de los camotes o del fierro viejo, e incluso padres que re-

fieren, conductas de impaciencia al escuchar el sonido de la licuadora o instrumentos musicales. He visto en el CISAME, cómo diferentes varones no atienden cuando se les enuncia por su nombre o apodo, hasta después de varios intentos, incluso si es el padre o madre quien les habla, pero en el caso de las niñas, se observa que, tanto en la terapia como en la evaluación, giran la cabeza hacia el lugar de donde se les denomina en la primera o segunda vez que se les solicita, sea quien sea. Siguiendo con otras variaciones, los efectos visuales podrían dejarles fascinadas, ignorarlos o angustiarse por luces intensas, flashes, etc., aunque también pueden utilizar el rabillo del ojo para observar los objetos desde otra perspectiva y encontrar asombro en ello, es por eso, que cada sujeto necesita una evaluación específica, ya que durante una plática sobre experiencias sensoriales para cuidadores de personas con TEA impartida por psicólogas y terapeutas físicas en CISAME, explicaron cómo el cuarto de estimulación sensorial a pesar de ser útil para una intervención terapéutica y adaptativa en el ámbito de los sentidos, también es una sala donde se encuentran estímulos como: destellos, música, objetos, texturas, imágenes, sonidos, aromas, vibración, etc., los cuales son controlados, pero a pesar de esto, algunos pequeños no soportan estar ahí dentro; por lo que si se les expone, de manera obligada y prolongada, se pueden desencadenar cuadros de agresividad, ansiedad o paranoicos. Algunos infantes muestran desagrado extremo con el contacto físico directo o con alguno de sus 5 sentidos, por ejemplo, en las primeras semanas de mi servicio social conocí al paciente 'C', un niño con autismo grado I, hipersensorial, que desde el principio me pidió que no me acercara mucho y no lo tocara, además de esto, suele utilizar zapatos una o dos tallas más grandes de la suya, ropa específicamente de algodón y le molestan los sonidos fuertes, a raíz de esto ha tenido problemas en su desarrollo académico, pues cursa el año escolar con otros 30 niños en el mismo salón, lo cual, lo desestabiliza y estresa, ya que no soporta el ruido de su alrededor y su reacción es adentrarse en sus pensamientos creando sesgos en su educación. En otros casos los sabores, texturas, ciertos olores, vibraciones, dolor y la temperatura, causan como respuesta: angustia, indiferencia, fascinación, o enojo, todo dependerá de la hipersensibilidad que muestre el niño. Hay ejemplos de individuos que son selectivos con la comida, otros no soportan ir a la playa para no tener contacto con la arena a causa de las razones antes mencionadas, etc. El caso del paciente 'D', es

muy peculiar, era menor a tres años cuando lo conocí, se auto agredía, pero además es resistente al dolor, al principio azotaba su cabeza contra la pared o suelo, hoy por hoy ha tenido un accidente que requirió sutura, pero a él no le causó mayor incomodidad; a pesar de estas conductas, tanto el medicamento como la terapia han ayudado en el control de emociones y conductas agresivas. Por otro lado tenemos a la paciente 'E', una menor de cinco años quien también presentaba episodios de agresividad. Al inicio de las terapias dejaba caer todo su cuerpo contra el suelo, azotaba la cabeza contra las patas de la silla o la mesa, suelo y pared, gritaba, lloraba y pataleaba a causa de su poca flexibilidad, altos grados de irritación y desconocimiento del tratamiento, pero la terapia ambiental y de nuevo la medicina, hicieron que sus niveles de rabia y poca tolerancia a la frustración disminuyeran. Así mismo, algunos infantes con este trastorno pueden explorar el mundo por medio de los sentidos durante más tiempo del habitual, pudiendo observarlo en aspectos como introducir los objetos a su cavidad oral, poniéndolos sobre la cara, o explorarlos durante un periodo prolongado. Agregando a lo anterior, también es común ver en las mujeres adoptar un papel masculino que les ayuda a disfrazar síntomas como la alteración sensorial táctil, al vestir con ropa holgada, no utilizar accesorios o mantener el cabello corto, el caso de la paciente 'F' ejemplifica esto, quien es una adolescente de 12 años, la cual suele vestir con pantalones holgados, sudaderas y gorros, ha pesar de estar en épocas de calor, ella no se quita muy a menudo el suéter, lo que muestra alteración en su percepción del clima, dado que en el consultorio suele hacer calor la mayoría del tiempo y así sucede con muchos otros pacientes.

La menstruación ha sido durante muchos años un tema estigmatizado, a la mayoría de mujeres neurotípicas les causa incomodidad hablar de ello, y mucho más, a las que tienen este trastorno, como lo dice Simone en 2013 en el libro del titulado: "El Asperger en femenino".

Las chicas con autismo viven la menstruación como una intrusión en su infancia e incluso en su identidad individual, el hecho de llevar tampones o compresas a la escuela es una nueva rutina, que muy frecuentemente causa pesadillas, lo que se complica por los dolores abdominales y diferentes malestares que se presentan durante este ciclo. A la mayor parte del sexo femenino con autismo les

aterroza ser observadas cuando tienen la regla, da la impresión de que todo el mundo lo sabe y es humillante (45) [8].

Los padres, son de gran ayuda en estos casos, al ser honestos y dar información que las ayude a prepararse y desmitificar el tema. La cuestión de ser hipersensoriales, les afecta para acostumbrarse al tacto con los componentes de higiene menstrual, ya que es algo ajeno y extraño a su cuerpo y hábitos, por eso, es importante que desde pequeñas se les guíe, en tanto si se les expone de una forma repentina a todo esto, podrían llegar a confundirse, sentirse ansiosas, incómodas, intranquilas y sobretodo frustradas, puesto que es algo novedoso a lo que tienen que acostumbrarse, de ahí que, en la clínica de autismo en donde hice mi servicio social y prácticas profesionales, un equipo de psicólogas se preocupa por hablar de estos temas tabús, además de que, uno de los talleres que se imparten, es el “manejo de higiene menstrual en el TEA”, al que tuve oportunidad de asistir y en el que observé la confusión de las madres; ellas no sabían cómo explicar el proceso de la menstruación y uso de materiales higiénicos, pero también la confusión de las menores a quienes se les estaban mostrando cosas nuevas.

Elfinia: Cada vez que debía cambiar mi compresa en la escuela, me ponía roja. Era como si todos conocieran mi secreto cuando evidentemente no era el caso. Se trataba de algo completamente natural y a pesar de eso la vergüenza y la culpabilidad que sentía eran intensas (45) [8].

Lo que se sabe del TEA en el sexo femenino

Muchas mujeres con trastorno del espectro autista son diagnosticadas de manera tardía o reciben conclusiones erróneas, como: fobia social, depresión o trastorno límite de personalidad. Gracias a su funcionalidad frente a las exigencias sociales esta alteración puede camuflajearse, atrasando un trabajo terapéutico específico. Se estima que las mujeres no tienen los mismos altibajos que los hombres [9]. Por ejemplo, las estereotipias, no muestran movimientos obvios, sin embargo, el tejer puede disimular esta conducta estereotipada, ya que es un conducto de relajación, que a su vez se puede reemplazar con otras actividades como manualidades o trabajos manipulativos. El presente comentario trata sobre la hermana de un paciente, el padre de ambos murió du-

rante la pandemia, la madre y el hijo acuden a terapia, pero la pequeña de cinco años no, la cual le externó a su progenitora que tiene autismo, la mamá se presentó al CISMAME preocupada de no saber qué hacer, principalmente porque recibió como sugerencia de su psiquiatra no llevarla aún a valoración, ya que, para él, todavía estaba muy pequeña para recibir un diagnóstico. Lo que quiero resaltar con esto, es que si se presenta algún signo de autismo, sin duda se debe acudir con el especialista correspondiente para confirmar o descartar cualquier anomalía, y entre más pronto mejor.

La Universidad de Burgos (2023) [9] describe que los patrones de gustos y conducta son muy similares entre mujeres con TEA y sin el trastorno, aunque exhiben más intensidad al momento de expresar sentimientos o ideas; por otro lado, no se encuentran diferencias en el área social en función del género y hay menos dificultades con la comunicación, debido a que se ha observado facilidad para autoanalizarse y describir su propia sintomatología, pero a pesar de esto, si presentan mayor incidencia de alteraciones sensoriales, como el caso de la paciente 'H', quien acudió a valoración, obtuvo puntuaciones en el rango de promedio y promedio alto en la prueba de inteligencia, pero en test de conductas autistas también obtuvo parámetros elevados, a pesar de que, a simple vista no se observan alteraciones significativas y que según su discurso y el de su madre, presenta plática fluida y relaciones sociales con sus pares. Es importante destacar que la auto estimulación es un hecho que lleva como finalidad dar calma en momentos de enojo, desorganización, sobrecarga emocional o sufrimiento; los comportamientos estimulantes más comunes suelen ser, balanceos, oscilaciones de cabeza, vocalizaciones, dar vueltas, aplaudir, tamborilear los dedos, entre otros [8]. El tocar sus genitales e incluso la masturbación también pueden ser vías de escape energético, puesto que lo encuentran placentero, pero durante la terapia y bibliografía sobre sexualidad se habla de normalizar estas conductas, informar a los padres y pequeñas sobre las maneras y lugares adecuados donde hacerlo, y sobre todo, desmitificar y entender que no son conductas incorrectas, es parte de la sexualidad humana, sólo debe saberse hacer de forma higiénica, cuidadosa y privada, debido a que también previene de abusos, pues los niños con algún trastorno, enfermedad o discapacidad son más propensos a pasar este tipo de abusos.

Tan lejos como soy capaz de recordar, mis primeros comportamientos de auto estimulación se resumen en hacer girar una peonza y balancearme en un caba-llito mecedor, ambos socialmente aceptables para una niña. Recuerdo que bus- caba en la oscuridad con los ojos cerrados, eso me divertía y al mismo tiempo me relajaba. De vez en vez apretaba mis ojos para tener una explosión de círcu- los incapturables. Ahora ya no puedo recurrir a estas formas. Actualmente siendo adulta parezco más disonante. Sin embargo, después de dar una conferencia tengo que cruzar corriendo el parking hasta alcanzar mi coche. No me importa que me vean. Cuando estoy muy estresada aprieto mis manos a cada lado de mi cabeza balanceándome hacia adelante y hacia atrás. Siempre es mejor eso que tener un colapso emocional o padecer una úlcera (45) [8] .

Cabe mencionar que, algunos estudiosos como Simone [14], Wing [2], Chawarska y colaboradores [10] y el DSM-5 [3], exponen diferentes síndromes, deficiencias y pro- blemas que se presentan en dualidad junto con el cuadro diagnóstico de varios indivi- duos estudiados y afectados por el TEA.

¿Por qué resulta difícil el diagnóstico de TEA en niñas? Posibles impedimentos

En primera instancia debe tomarse en cuenta que las cifras comparativas entre hom- bres y mujeres varían en muchos aspectos, además de que, al ser más complicado de- finir la presencia de este espectro en mujeres, resulta que aún, hay muchas de ellas sin el conocimiento de tener esta condición, así como de ciertos profesionales que no cuentan con las herramientas necesarias para el diagnóstico, todo esto se puede ejem- plificar en el estudio de Kopp y Gillberg de 1992 [11], en el que se hallaron ciertos im- pedimentos para llegar a un diagnóstico concreto. En una muestra de seis niñas con un rango entre los 6 a 10 años de edad se encontró la presencia de un cuadro clínico que no había llevado a muchos especialistas a considerar un diagnóstico de autismo, a pe- sar de que habían mostrado retrasos motores leves, desviación del desarrollo atípica y déficits sociales, comunicativos e imaginativos antes de los 2 años en todos los casos, estas pequeñas cumplen con los criterios del TEA, y cuentan con un coeficiente intelec- tual en el rango de 60 a 100, hablan en oraciones complicadas y tienen una menor in- cidencia de conductas disruptivas por lo menos en el caso de las niñas analizadas, es

así que, pudieron concluir que no suelen ser tan evidentes los rasgos autistas, ni tampoco existe una media de edad en el diagnóstico de TEA en niñas. Como el caso de la paciente 'I', una menor que desde una edad temprana recibió estimulación cognitiva por parte de su madre y abuela materna, pero a pesar de estos esfuerzos la pequeña presenta dificultad de contacto visual, lenguaje social disminuido para su edad y juego repetitivo, entre otros, lo cual, acerca más al diagnóstico de TEA, no obstante, dicho diagnóstico no se ha confirmado, ni descartado, pues tanto a la paidopsiquiatra, como la psicóloga clínica de valoración e incluso a mí, nos parece un caso confuso y son necesarias más pruebas para que apoyen y sustenten cualquiera que sea el resultado, hay que recordar que a pesar de lo que diga el dictamen, se tiene que tomar con seriedad para poder apoyar de la mejor manera a la menor y a cualquier persona que reciba la ayuda.

El estudio comparativo entre ambos sexos con alto riesgo genético de TEA, hecho por Chawarska, Macari, Powell, DiNicola, y Shic en 2016 [10], expresa una problemática a la hora de hacer pruebas para diagnosticar TEA en niñas. Con ayuda de la herramienta Tobii de seguimiento visual de estímulos, se evidenció que el sexo femenino muestra una mayor atención conjunta a objetivos sociales, incluidos los rostros, ojos, sonrisa y gestos, en comparación con los hombres de alto y bajo riesgo a quienes les cuesta más trabajo este tipo de interacción. Me parece importante resaltar este punto, pues basada en mi experiencia he notado que la mayoría de varones con TEA se rehúsan a mirar los ojos de otra persona, pero en el caso de las niñas esto no sucede, puesto que incluso imitan gestos faciales y responden a la sonrisa, tal es el caso de la paciente 'J', una menor de cinco años, hija única; la madre refiere que sólo habla de manera recíproca cuando están juntas y a solas, de otra forma sólo emite ciertas palabras o las repite si se le pide, muestra mutismo selectivo, ya que en ocasiones, aunque sabe la palabra, no la expresa y suele evitar la mirada a menos de que esté emocionada, en razón de que esto, la hace querer interactuar socialmente, lo que no sucede con sus semejantes del sexo contrario, pues a pesar de querer incluirse en sus intereses, la mayor parte del tiempo ellos reaccionan de forma hostil.

Así mismo la investigación de Lemon, J., Gargaro, B., Enticott P. y Rinehart, N. en 2011 [12] examinó las diferencias de género en el funcionamiento neuroconductual en niños

y niñas con TEA, en donde cada uno completó ciertas actividades, los autores resaltaron que, en la tarea de parar, las mujeres demostraron un aumento significativo en el tiempo de detenerse, es decir, dejaron de actuar más lento que los hombres. Por lo tanto, al ser una medida común de inhibición de la respuesta podría derivar en toma de riesgos, disfunción ejecutiva e impulsividad, debido a que su cerebro está predispuesto a actuar de forma inmediata.

Herramientas para la terapia en el TEA

El trastorno del espectro autista afecta al desarrollo de actividades diarias, es por eso que, existen intervenciones psicosociales basadas en evidencias, que demuestran tener un impacto positivo en pro de su bienestar y calidad de vida, así como de los cuidadores. En muchos casos se ve una notable mejoría en actitudes sociales y comunicación, pero estos métodos deben aplicarse a todos los lugares en los que las infancias con TEA se desarrollan para lograr mayor inclusividad y accesibilidad. Aunado a esto, se debe trabajar de manera multidisciplinaria y no restarle importancia a ninguno de los aspectos de su vida, porque la población con autismo, percibe al mundo diferente a una persona neurotípica, podrían llegar a obsesionarse con cualquier tema que les resulte fascinante. Tal es el caso de los pacientes 'K' y 'L'. En cuanto a 'K' es un menor de 5 años que le fascinan los planetas, sabe sus nombres, los dibuja todo el tiempo, de modo que su ropa suele tener este estampado, sabe y externa conocimientos no solo de los astros, sino del universo y de componentes que tengan que ver con esto, y si tratas de hablar de otro tema regresa de inmediato a su idea, dejando poca posibilidad a una charla social. 'L' es una niña de 4 años de edad, a quien le gustan los tiburones, tiene peluches y juguetes sobre este animal, si tratas de retirar los escualos cuando ella está entretenida llora, grita, se enoja y no quiere hacer otra actividad que no sea con estas especies, más sin embargo se le muestran materiales sobre fauna marina y paulatinamente se va cambiando el instrumental para trabajar atención, seguimiento de instrucciones, lenguaje, entre otros.

Una vez que se ha dado el diagnóstico, es importante que se le ofrezca al paciente y a su familia, información y servicios pertinentes, derivación a especialistas y ayudas prácticas de acuerdo con sus deseos y preferencias. La atención para las personas con au-

tismo es compleja, y requiere una serie de servicios integrados, que abarca sectores educativos, médicos, laborales y de asistencia social [1]. Todo esto se puede ver ejemplificado en la clínica de autismo de CISAME, ahí se trabaja de forma multidisciplinaria entre, psicólogos terapeutas, médicos paidopsiquiatras, terapeutas de lenguaje y físicos, enfermería, trabajo social, y de la mano de su entorno familiar, redes de apoyo, escuela, y si es el caso, de profesores y compañeros.

Existen diversos métodos y estrategias de Comunicación Aumentativa y Alternativa; uno de ellos, fue diseñado específicamente para niños con autismo y otros trastornos relacionados, se le conoce como PECS, que por sus siglas en inglés significa: Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes, el cual fue desarrollado en 1985 y se usa en todo el mundo; el objetivo principal es enseñar una comunicación funcional y se ha demostrado que ciertos pacientes desarrollan el habla con este método, mientras que otros, pueden hacer la transición a un dispositivo generador de voz. Debe tener como objetivo el habla y no usarse solo como vehículo de comunicación [13]. El paciente 'M' es un menor de 5 años que llegó a CISAME con nula comunicación, poca tolerancia la frustración y agresividad, sin embargo, gracias al método, en conjunto con terapia psicológica y de lenguaje, el pequeño ha desarrollado una comunicación funcional y ha disminuido la agresividad hacia el entorno.

El método global de lectoescritura es un modelo que trabaja a la par el desarrollo de caligrafía y lectura, gracias a que se ayuda de imágenes y repaso de sílabas y letras, he visto como ayuda sustancialmente a las menores que tienen un problema en el aprendizaje. Existen varios modos con los cuales se puede utilizar esta táctica, pero el elegido durante la terapia en el CISAME, es el método palabra generadora, este inicia con una palabra, que se asocia una imagen y después se divide en sílabas, letras y sonidos. El paciente 'N' al comenzar con este sistema no tenía la capacidad de reproducir las letras a pesar de tener que remarcarlas solamente, requería de ayuda, con el paso de las sesiones, tareas en casa y escolares fue mejorando su táctica hasta llegar a acentuar y escribir por sí solo.

Las estrategias que suelen proporcionárseles a los padres de familia, son: utilizar lenguaje simple y preciso; confirmar que se entiende de lo que se está hablando o preguntando; intentar que mire a la cara cuando se le habla; no dejar que se obsesione con

una sola cosa y encaminar a nuevas actividades; practicar turnos y flexibilidad en la rutina diaria; anticipar cambios; identificar los disparadores de tensión para evitarlos o distraerles; enseñar estrategias para hacer frente a diferentes situaciones; expresar sentimientos propios para que el pequeño aprenda que es válido y necesario; ser pacientes y comprensivos con sus procesos, tiempos, sentimientos y pensamientos [15].

CONCLUSIÓN

Después de desarrollar lo expuesto, reafirmé que el género femenino, considerando los antecedentes recabados históricamente, ha estado reducido a casos clínicos de varones, lo cual, ha hecho caer a la población de mujeres en retrasos en el diagnóstico preciso y oportuno, contando con una baja tasa de detección; todo esto, debido a que suele ser frecuente en mujeres que sufren de esta afectación que sus habilidades sociales encubran ciertas anomalías, llegando a confundir a especialistas y haciéndoles llegar a otra conclusión, puesto que las peculiaridades más notorias para el diagnóstico están más arraigadas a conductas varoniles. Las chicas a lo largo de la historia se han encontrado sumergidas en una cultura dentro de esta categoría que no ha sido profundizada de forma constante, así, la mayoría de los instrumentos escalares y de medición de este diagnóstico se perciben poco sensibles a las alteraciones que el autismo causa en las niñas como resultado de una mayor incidencia en varones.

Después de un diagnóstico positivo en autismo, es completamente normal que pacientes y padres presenten problemas emocionales y/o resistencia al diagnóstico, porque es un padecimiento que aparece súbitamente, no es posible detectarlo desde la etapa de gestación y suele ser traumático, ya que el niño muestra un desarrollo de acuerdo a su etapa evolutiva, pero posteriormente se da un retroceso del desarrollo global lo que deja muy confundidos a los padres, sobre todo porque el autismo aún no es tan comprendido.

Por mi parte, creo firmemente que el tratamiento del autismo debe ser adaptado a las necesidades, cuadro clínico y particularidades de cada uno de los pacientes, y es que este síndrome debe ser visto como una forma distinta de vivir. Suele suceder que las niñas con autismo a menudo se perciben diferentes a sus compañeros de clase, pares y mucho menos se identifican con representaciones o ídolos en medios de comunica-

ción, esto pasa más en una presentación de TEA intenso, que, por supuesto es más evidente a la mirada externa, siendo el foco de poca comprensión, sensibilización y tolerancia. Sin embargo, a pesar de ser un reto el diagnóstico y requerir de una alta especialización en este tema, se encuentran esperanzadores los esfuerzos de cada profesional de la salud que se encarga de estos casos, y he visto durante mi práctica profesional los frutos de los esfuerzos, pues cada vez llegan niñas más pequeñas a centros de primera atención que son tomadas en cuenta y encajan en esta diagnosis. Ahora se sospecha más rápido de conductas anómalas, a pesar de ser más elaborada la valoración encuentro dentro del consultorio clínico la importancia de tener un tratamiento oportuno, eficaz y adecuado.

Es típico observar algunos papás que pueden alcanzar una gran frustración al ver que su hijo no imita ciertas destrezas que ellos quieren enseñarle, sin embargo, no es porque él no quiera, sino porque no puede.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización Mundial de la Salud OMS, (29 de marzo de 2023). Autismo. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- [2] WING, L. (1998). El autismo en niños y adultos, “una guía para la familia”. Barcelona: Paidós.
- [3] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5a ed.) (DSM-V). Washington DC (EEUU): APA
- [4] CELIS, G. Y OCHOA, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). Revista de la facultad de medicina (México), 65(1). Recuperado de <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- [5] BARRUEL, M. (2018) Autismo: una visión desde el psicoanálisis. [Entrada de blog]. Recuperado de <https://www.centroeieia.edu.mx/blog/autismo-una-vision-desde-el-psicoanalisis/>
- [7] ESCOTTO, J. (2017). Del silencio al dialogo, el examen mental en el autismo y en etapas preverbales. Ciudad de Mexico: Mexico: Consejo editorial, H. Camara de Diputados.

- [6] SAITOH, O, KARNS, C. Y COURCHESNE, E. (2011). Desarrollo del hipocampo entre los 2 y 4 años y su relación con el autismo. *Brain* 124, 1317-1324 <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=13413#comentarios>
- [8] SIMONE, R. (2013). El Asperger en femenino [Traducido al español de Empowering Females With Asperger Syndrome]. Catalunya: Jessica Kingsley Publishers.
- [9] Universidad de Burgos (12 de mayo de 2023). Mujeres con TEA. [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/lnCFHhzffO0>
- [10] CHAWARSKA, K., MACARI, S., POWELL, K., DINICOLA, L. Y SHIC, F. (2016). Enhanced Social Attention in Female Infant Siblings at Risk for Autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 188-195. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.016>
- [11] KOPP, S. & GILLBERG, C. (1992). Girls with social deficits and learning problems: Autism, atypical Asperger syndrome or a variant of these conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1(67), 89–99. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF02091791>
- [12] LEMON, J., GARGARO, B., ENTICOTT P. Y RINEHART, N. (2011). Brief Report: Executive Functioning in Autism Spectrum Disorders: A Gender Comparison of Response Inhibition. *J Autism Dev Disord* 41, 352–356. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1039-2>
- [13] Piramyd Educational Consultants (2022). Implementa PECS a lo largo del día. [Entrada de Blog]. Recuperado de <https://pecs-spain.com/blog-es/implementa-pecs-a-lo-largo-del-dia/>
- [14] Confederación España, Asperger y otros TEA (28 de mayo de 2023). Síndrome de Asperger en la infancia. Recuperado de https://www.asperger.es/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&id=168