

## Caso clínico:

# Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Paulina Contreras Morales<sup>1</sup>

## Resumen

Paciente, 18 años, hijo único, pololeando. Antecedentes Psiquiátricos Familiares (+). Repitió 3 veces el 1ero básico. Aislamiento social e intereses restringidos desde la infancia. Derivado de Alter joven.

Historia de larga data (>1 año) de mayor descuido de higiene personal, aislamiento social e irritabilidad. Hipótesis diagnóstica: TEA. Seguimiento con controles médicos, con terapeuta ocupacional y psicoterapia.

Examen mental al inicio: Con escaso contacto visual. Pseudocontactado, hipomímico. Afecto con rango de expresividad emocional disminuido. Humor depresivo. Lenguaje lacónico, aprosódico.

Al examen (6 meses después) destaca buen arreglo personal, contactado, establece contacto visual, tranquilo, adecuado, cooperador, eutímico, mímica facial acorde al relato, lenguaje bien articulado, con manierismos y estereotipias, prosodia alterada, pensamiento estructurado, con rigidez cognitiva y concreto.

**Palabras clave:** Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Asperger, Tratamiento de los TEA.

## Clinical case:

## Autistic Spectrum Disorder (ASD)

### Summary

Patient, 18 years old, only child, in love relationship. Family Psychiatric Background (+). He repeated 3 times the 1st basic course. Social isolation and restricted interests from childhood. Derived from Young Alter.

Long history (> 1 year) of greater neglect of personal hygiene, social isolation and irritability. Diagnostic hypothesis: ASD. Follow-up with medical controls, occupational therapist and psychotherapy.

Mental exam at the start: With little eye contact. Pseudocontact, hypomimic. Affect with decreased emotional expressiveness. Depressive mood. Laconic language, aprosodic.

The examination (6 months after) emphasizes good personal arrangement, contacted, establishes visual contact, calm, adequate, cooperative, eutimic, facial mimic according to the story, well articulated language, with mannerisms and stereotypies, altered prosody, structured thinking, with cognitive rigidity and concrete.

**Key words:** Autistic Spectrum Disorder, Asperger Syndrome, Treatment of ASD.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino LBR, 18 años, hijo único, pololeando (hace 8 meses)

Actualmente cursando 1er año medio en colegio 2x1 y trabajando como vendedor en la feria.

Vive con su madre (Graciela, 45 años, trabaja como operaria en industria textil), abuela materna y tío materno. Hace 1 año se separan sus padres.

Antecedentes mórbidos (-). Antecedentes Quirúrgicos: (-). Tabaquismo: (-) Drogas: (-) OH: (-)

### *Antecedentes Psiquiátricos Familiares:*

Madre con antecedente de episodios depresivos severos con intentos de suicidio.

Tía paterna con diagnóstico de EQZ.

Tío materno con antecedente de alcoholismo.

Primo paterno con TEA.

### *Antecedentes Psiquiátricos Personales*

TDAH diagnosticado a los 6 años, en tratamiento durante 1 año con metilfenidato. Repitió 3 veces el 1ero básico. Mejor puntaje SIMCE en 4to básico Completó enseñanza básica con promedio de notas alrededor de 5.

Aislamiento social e intereses restringidos desde la infancia. Derivado de Alter joven

1. Residente Psiquiatría Adultos UNAB. Reunión clínica 21 de junio 2017

Con hipótesis diagnóstica: TEA vs. EQZ con predominio de síntomas negativos.

Ingres a control ambulatorio Psiquiatría HEP el 23/12/16  
Historia de larga data (>1 año) de mayor descuido de higiene personal, aislamiento social e irritabilidad.

Hipótesis diagnóstica: TEA

Seguimiento con controles médicos, terapeuta ocupacional y psicoterapia.

**Control con terapeuta ocupacional:** Paciente con escaso contacto visual, lenguaje monosilábico, cuesta mucho establecer una entrevista.

**Control médico:** Paciente refiere cuadro de aproximadamente 2 meses de disminución de la energía vital, anhedonia e insomnio de conciliación. Madre refiere apropositividad vital, descuido de arreglo personal e irritabilidad.

**Control médico (9/5/17)**

Examen mental destaca paciente vigil, consciente, orientado. Edad aparente acorde a edad cronológica. Arreglo personal e higiene suficiente. No cooperador. Con escaso contacto visual. Pseudocontactado, hipomímico, poco expresivo. Afecto con rango de expresividad emocional disminuido. Humor depresivo. Lenguaje lacónico, aprosódico.

Pensamiento estructurado, concreto, sin ideación suicida. Sin alteraciones de la sensorpercepción.

Inicio manejo farmacológico con sertralina 50mg/ día y Clonazepam 0.5mg c/ noche v. o.

Controles semanales con Terapeuta ocupacional mayo-junio 2017: Paciente progresivamente mejor contactado. Con regularización de ciclos sueño vigilia. Se aprecia mayor motivación. Comienza a vender artículos en la feria. Sus intereses: Jugar cartas Yu-gi-oh, videojuegos y dibujar. Se le invita a participar en Colectivo de Arte.



**Control médico (30/5/17)**

Paciente con disminución de la apropositividad vital, anhedonia e irritabilidad. Mejoría respecto a hábitos de higiene y de cuidado personal.

Al examen, destaca buen arreglo personal, contactado, establece contacto visual, tranquilo, adecuado, cooperador, eutímico, con mayor rango de expresividad afectiva respecto a control anterior, en ciertos momentos sonríe, mímica facial acorde al relato, lenguaje bien articulado, con manierismos y estereotipias, prosodia alterada, pensamiento estructurado, con rigidez cognitiva y concreto.

**Últimos controles con equipo de salud mental:** Deja de asistir, refiere olvido de las fechas de los controles. Continúa vendiendo en la feria. Madre lo nota "motivado" con el proyecto de ventas. Se mantienen inasistencias frecuentes al colegio. Contacto social supeditado a intereses restringidos.

**Discusión y Conclusiones**

TEA/ Síndrome de Asperger  
**Trastorno Generalizado del Desarrollo**  
**Historia- Las alteraciones autistas**

Se hace distinción de la connotación con la que había sido usado el término autismo por Eugen Bleuler, para quien equivalía a la condición de retraimiento libidinal o ensimismamiento observada en las psicosis.

La nomenclatura autista viene de su primera descripción, de parte del pediatra vienés Leo Kanner. En 1943, a partir de sus observaciones en 11 niños (8 varones y 3 niñas), le llamó la atención la presentación de un síndrome del cual hasta entonces no había menciones ni definiciones en la Psicopatología de la época. En verdad, la Psicopatología infantil siempre ha ido unos pasos detrás de la Psicopatología del adulto. Hace la presentación de las "Alteraciones autistas del contacto afectivo". Refiere que le ha llamado la atención una condición que difiere de forma marcada y única de algo que ya estuviera descrito. Enumera los síntomas que conforman el cuadro clínico:

1. Incapacidad para establecer relaciones
2. Alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social; aunque en ocho de ellos el nivel formal del lenguaje era normal o sólo ligeramente retrasado
3. Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios
4. Aparición, en ocasiones, de habilidades especiales
5. Buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés
6. Aspecto físico normal y fisonomía inteligente
7. Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

Definición: El DSM-IV-TR, CIE- 10 y OMS, utilizan la expresión "trastorno generalizado del desarrollo" para categorizar a niños

con deficiencias cualitativas en 3 aspectos conductuales precisos (Tuchman RF., 2013), que son:

- Interacción social recíproca
- Comunicación verbal y no verbal
- Campo de intereses restringido y repetitivo.

Clasificación (Pérez Rivero, P. (2014):

2. Trastorno de Asperger
3. Trastorno Autista
4. Trastorno del Desarrollo no Especificado
5. Trastorno de Rett
6. Trastorno Desintegrativo Infantil

El término autismo (*autism* en inglés) es muy conocido en la población general para referirse al trastorno sufrido por muchos niños que parecen "vivir en su propio mundo". Desde una perspectiva científica, fue utilizado por el Dr. Leo Kanner en 1943 para hacer referencia a un trastorno caracterizado por (a)

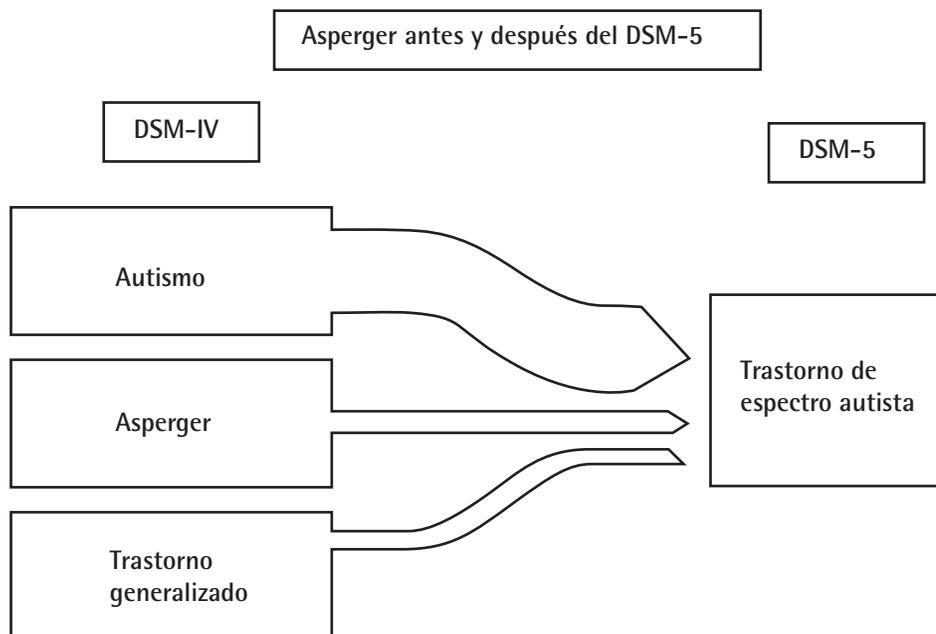
un inicio temprano, (b) una afectación profunda del funcionamiento, y (c) un desinterés por el mundo externo.

Por otro lado, el síndrome de Asperger fue descrito por el médico suizo Hans Asperger en 1944, y consiste en otro tipo de trastorno generalizado del desarrollo que combina (a) características sociales y comportamentales similares a las del autismo, pero con (b) una ausencia de retraso mental en capacidades abstractas, y (c) una ausencia de retraso en el lenguaje a nivel estructural. (Artigas Josep, et al 2012).

Identificó características en común en un grupo de niños con síndrome de Asperger.

- Falta de empatía
- Poca habilidad para hacer amigos
- Pobre comunicación no verbal
- Interés desmesurado por ciertos temas
- Torpeza motora y mala coordinación

## Trastorno del Espectro Autista (TEA)



El abordaje dimensional en la actualidad: La idea de espectro involucra a los cuadros que con distintos matices estarían reflejando una misma red causal. Dentro del espectro se miden gradaciones: habría estilos, rasgos propios del espectro y distintas severidades del trastorno. (Herlyn S. Trastornos del espectro autista. 2013).

El término trastorno en el espectro autista (TEA) incluye trastorno autista (TA), Síndrome de Asperger (SA) y trastornos perturbadores del desarrollo no especificados (TPDNE).

El TEA se caracteriza por anormalidades en conducta, lenguaje y cognición, asociadas a retraso mental en 70% y a epilepsia en 30% sin otra causa de disfunción cerebral evidente. Típicamente surgen antes de la época escolar y producen impedimentos en el funcionamiento personal, social, académico u otros. (Herlyn S. Trastornos del espectro autista. 2013).

Esto sugiere un trastorno funcional difuso en la corteza de asociación con respecto de las cortezas primarias sensorial y motora y de la sustancia blanca. (Quijada Carmen. 2008)

### Definición

Conjunto heterogéneo de alteraciones del neurodesarrollo cuya sintomatología incluye, además, de un trastorno en el desarrollo socio comunicativo y un patrón restringido de actividades e intereses, otro tipo de manifestaciones clínicas que varían enormemente de un individuo a otro.

### Etiología

Aunque no hay genes específicos relacionados, se sabe que el TEA es una enfermedad poligénica con alto índice de heredabilidad. Se describe asociado a genes que codifican proteínas que transmiten señales entre sistemas celulares relacionadas con proliferación, motilidad, diferenciación, con el crecimiento de conexiones y con la sobrevivencia celular. (Quijada Carmen. 2008)

Existe una clara heterogeneidad etiológica, ya que se trata de un síndrome general que se encuentra en una gran variedad de trastornos clínicos cuya base orgánica subyacente y los mecanismos etiopatogénicos implicados son tan sutiles y complejos que con frecuencia no pueden ser detectados. (AEPNYA. Protocolos 2.008)

### Prevalencia

De los muchos estudios epidemiológicos realizados la prevalencia media es de 4,8/10.000. Los datos obtenidos en estudios epidemiológicos son variables, probablemente por la heterogeneidad de los instrumentos empleados para llevar a cabo el

diagnóstico, así como por las diferencias en las muestras analizadas.

El predominio de varones sobre las niñas está claro: en los diferentes estudios realizados es 3-4 veces más común en varones; sin embargo, cuando las niñas tienen autismo el cuadro es más severo. Los varones tienen mayor prevalencia en todo el espectro. (AEPNYA. Protocolos 2.008)

El autismo y otros TGD surgen habitualmente antes de los 3 años, y es en el primer año de vida cuando aparecen detenciones o retrasos en el desarrollo del niño que pueden determinar señales de alarma. Muchos padres notan que "algo no va bien" a los 18 meses de edad, y normalmente acuden al médico a los dos años. Menos del 10% reciben al inicio el diagnóstico, la mayoría no es hasta los dos o tres años después de los primeros síntomas cuando son diagnosticados. (Zalaquett Daniela, 2015)

Sin embargo, un examen cuidadoso del estado de la cuestión revela que, en su mayor medida, el concepto de autismo y Asperger no está sujeto a una definición precisa, sino que más bien se mantienen importantes polémicas que afectarían incluso a cuestiones tan básicas como:

- Una definición común e internacional de los trastornos.
- Una distinción respecto a trastornos similares.
- La ausencia de criterios diagnósticos claros.
- El desconocimiento exacto de una etiología.
- La falta de estudios controlados sobre la efectividad de los tratamientos

## Trastornos del Espectro Autista

### Síndrome de Asperger

La situación en relación con el síndrome de Asperger es complicada, debido a que las distintas investigaciones han utilizado conjuntos de criterios diferentes. Parece razonable suponer que es posible que se pruebe pronto que algunos ejemplos de síndrome de Asperger son variantes del autismo, pero no está del todo claro que esto se vaya a poder aplicar a todos. (AEPNYA. Protocolos 2.008) (Pérez Rivero, P. (2014).

¿Por que unir Autismo y Asperger en un solo síndrome? (Lopez-Duran Nestor L)

Diagnóstico de Autismo o Asperger es arbitrario y depende de idiosincrasias regionales

1. No presenta utilidad clínica
2. No afecta el tratamiento



### Desregulación emocional

Las personas con TEA reconocen menos frecuentemente sus emociones, sus percepciones y tienen dificultades en integrar la información proveniente de su mundo interno y externo. (Hervás A. 2017)

### Respuestas maladaptativas

#### Entrevista

E: ¿Y qué le pasa a ud cuando dibuja?

P: Estoy aburrido, entonces dibujo cualquier cosa. A veces me gusta lo que estoy dibujando, a veces no...

E: ¿Y qué se siente cuando dibuja?

P: Concentración

E: Ya...

P: Porque uno está haciéndolo... Es como pintar una pared, uno quiere terminarlo no más.

E: Está asistiendo al taller de artes... ¿Y cómo le ha parecido eso?

P: Está bien. Bien, bastante inspirador, por así decirlo.

E: ¿Inspirador?

P: Sí.

E: Sí ¿Y qué hacen ahí?

P: Dibujan... De todo.

#### Entrevista

E: Y me comentaba hace un tiempo que había terminado con su polola...

P: Ah terminado no, quedamos ahí como amigos.

E: ¿Ahora están como amigos?

P: Ahora no, volvimos.

E: ¿Volvieron hace cuánto tiempo?

P: Hace rato ya.

E: Ya ¿Y por qué?

P: No sé... No me pregunte a mí, yo no tengo ni idea.

E: ¿Entonces por qué volvió?

P: No sé...

E: ¿Y quién quiso volver?

P: Ella.

E: Ella lo buscó.

P: Sí. Y yo estoy tranquilo ahora.

E: ¿Y por qué ud le dijo que sí?

P: No sé, lo hice no más.

E: Ya ¿Y cómo están en la relación actualmente?

P: Bien.

E: ¿Sí?

P: Sí

E: ¿Qué siente por ella?

P: Mmm cariño.

### Expresión de la desregulación emocional

- Niños: Alteración conductual, hiperactividad, impaciencia, irritabilidad, rabietas, conductas agresivas y dificultad para mantener la concentración.
- Adultos: síntomas ansiosos, irritabilidad.

### Necesidad de regulación emocional interna



### Estereotipias motoras y del lenguaje, estimulaciones sensoriales repetitivas (videojuegos), rituales autistas, pensamientos rumiativos

#### Entrevista

E: ¿Y con el resto de la gente se siente cómodo?

P: Sí, ahora sí, ya no tengo nervios con la gente

E: Antes tenía nervios...

P: Sí antes me daba nervios, pero ya se me quitó los nervios jugando juego de cartas... Se me quitaron los nervios. Ya no soy una persona tímida.

E: ¿Y qué es lo que le costaba antes? ¿Por qué le daba nervios?

P: No hablaba con la gente... Ahora la gente me saluda en la calle, cuando me ven la gente me saluda en la calle.

E: ¿Y cómo se siente ahí cuando se saludan?

P: Bien

E: ¿No se pone nervioso con el saludo?

P: No... Porque me han visto, me han conocido

E: Ahora habla más con la gente...

P: Sí

E: Ya... ¿Y cómo era usted cuando chico?

P: Cuando chico igual hablaba harto, pero no sé...

E: ¿Era más tímido?

P: Cuando chico no era tímido. Me portaba mal... Pero no era tímido.

E: Pero... ¿En algún momento se ha sentido distinto a los demás?

P: En algún momento, no. Lo que pasa es que yo salía muy poco, entonces como que no era muy sociable, porque no estaba afuera.

E: Ahh no se juntaba con el resto de las personas.

P: Exacto.

E: Y ¿por qué?

P: Porque prefería estar jugando en el computador, jugando juegos, por eso...

E: ¿No le interesaba mucho?

P: No, no me llamaba la atención.

E: Ya ¿Y ahora le llama la atención?

P: Ahora no, pero... Podría decirse que sí me gusta harto conversar.

### Reconocimiento de emociones

- Presentan alteraciones en la Teoría de la Mente, entendida como la capacidad de comprender pensamientos, creencias e intenciones de las otras personas.
- Existen dificultades en la empatía, entendida como el reconocimiento y comprensión de los estados emocionales de otras personas.

Fallas en la integración de la información cognitiva, sensorial y emocional



Dificultad en la comprensión del contexto social

Diagnósticos diferenciales
TDAH
Alexitimia
TdP Evitativa
TdP Esquizoide
TdP Esquizotípica
TEPT
Fobia social
TOC
Esquizofrenia

Comorbilidades
TDAH
Depresión
TAB
Trastornos alimentarios
Trastornos psicóticos
TAG
Dependencia a sustancias
Tics

(Lehnhardt FG, 2013)

### Comorbilidades

5-16 años 85% hiperactividad, 74% trastornos de conducta.  
12-16 años 70% tienen un trastorno psiquiátrico asociado, siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad.

Adulthood: 70% presentan al menos un episodio depresivo, 56% trastorno de ansiedad, 2% trastornos psicóticos, 4% trastornos alimentarios, 7% trastorno por dependencia de sustancias, 2% trastorno de Tourette, 30% TDAH.

### Suicidalidad

La ideación, actos y consumación del suicidio están incrementados en adultos con TEA. De los adultos con (SA) un 66% ha tenido ideación suicida y 35% planes suicidas.

### Tratamiento de los TEA

#### Programas de Intervención

Proporcionan de manera sistemática, intensiva y regular una estructura organizativa externa que estimula la aplicación de capacidades cognitivas y autorregulatorias del niño en una amplia variedad de tareas de interacción social.

Objetivos
Enriquecimiento perceptivo, comunicativo, lingüístico, motor y afectivo social.

#### Programas de Intervención (Martos-Pérez J, 2013)

##### Multidisciplinarios

- Individualizados: Ajustado a su perfil específico de fortalezas y debilidades.
- La familia debe considerarse como un agente activo en el proceso de enseñanza
- Se debe fomentar la adquisición de aprendizajes funcionales.

##### Atención temprana

Se debe contemplar el empleo de sistemas para aumentar el nivel de comunicación no sólo para potenciar la aparición y desarrollo del lenguaje oral (Ministerio de educación-Perú.2013), sino principalmente para estimular la motivación, deseo y necesidad hacia la comunicación.

1. Intervención en el juego: Estimula desarrollo físico, sensoriomotor, cognitivo, social y emocional.
2. Intervención en niños y adolescentes
3. Mejoría de las habilidades sociocomunicativas.
4. Reducción de inflexibilidad y rigidez cognitiva y de la conducta.
5. Regulación emocional y autocontrol.
6. Enseñar habilidades para el uso social del lenguaje.
7. Refuerzo de habilidades sociales.

### Conclusiones

El tratamiento en forma precoz mejora el pronóstico. El abordaje terapéutico no se debe limitar a la primera infancia. (Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009)

El tratamiento es multidisciplinario y debe estar centrado en potenciar los intereses del paciente.

Las habilidades sociales se pueden aprender.

## Bibliografía

1. AEPNYA. Protocolos 2.008. Trastornos Generalizados del Desarrollo. En: [https://www.aeped.es/sites/default/files/.../trastornos\\_generalizados\\_del\\_desarrollo.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/.../trastornos_generalizados_del_desarrollo.pdf)
2. Artigas Josep, et al "El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger", Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 2012; 32 (115), 567-587.
3. Herlyn S. Trastornos del espectro autista. 2013 En: [www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../trastornos\\_del\\_espectro\\_autista.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../trastornos_del_espectro_autista.pdf)
4. Hervás A. Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2017; 64 (Supl 1): S17-25.
5. Quijada Carmen. Espectro autista. Rev Chil Pediatr 2008; 79 Supl (1): 86-91
6. Lehnhardt FG, Gawronski A, Pfeiffer K, Kockler H, Schilbach L, Vogetley K: The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(45): 755-63
7. Lopez-Duran Nestor L Autismo en el DSM-5: ¿Qué pasó con el síndrome de Asperger? En: <https://eventos.redclara.net/indico/event/261/material/slides/6.pdf>
8. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. Rev Neurol 2013; 57 (Supl 1): S185-91.
9. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Edición: 2009. Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L. Madrid
10. Ministerio de Educación-Peru. Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista – TEA. Primera Edición Lima junio 2 013. Impreso por: M&J Graf E.I.R.L
11. Pérez Rivero, P. Et Martínez G., L. (2014). Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger. CES Psicología, 7(1), 141-155.
12. Reus Coll Elena. El Arteterapia en personas con Autismo. 22 de enero de 2016
13. Trastornos del espectro autista En: [ocw.um.es/cc.-sociales/trastornos-del-desarrollo-y-logopedia/...de.../tema7.pdf](http://ocw.um.es/cc.-sociales/trastornos-del-desarrollo-y-logopedia/...de.../tema7.pdf)
14. Tuchman RF. Deconstruyendo los trastornos del espectro autista: perspectiva clínica. Rev Neurol 2013; 56 (Supl 1): S3-12.
15. Zalaquett Daniela, et al. Fundamentos de la interención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Rev Chil Pediatr. 2015; 86 (2): 126-131