

Patología de transición: trastornos del espectro autista

19/03/2014

Gara Arteaga (MIR2)
Amanda Cercós (MIR2)
Gemma Montagut (MIR2)
Olalla Varela (PIR2)

Hospital Santa Maria (Lleida)




Índice de la sesión

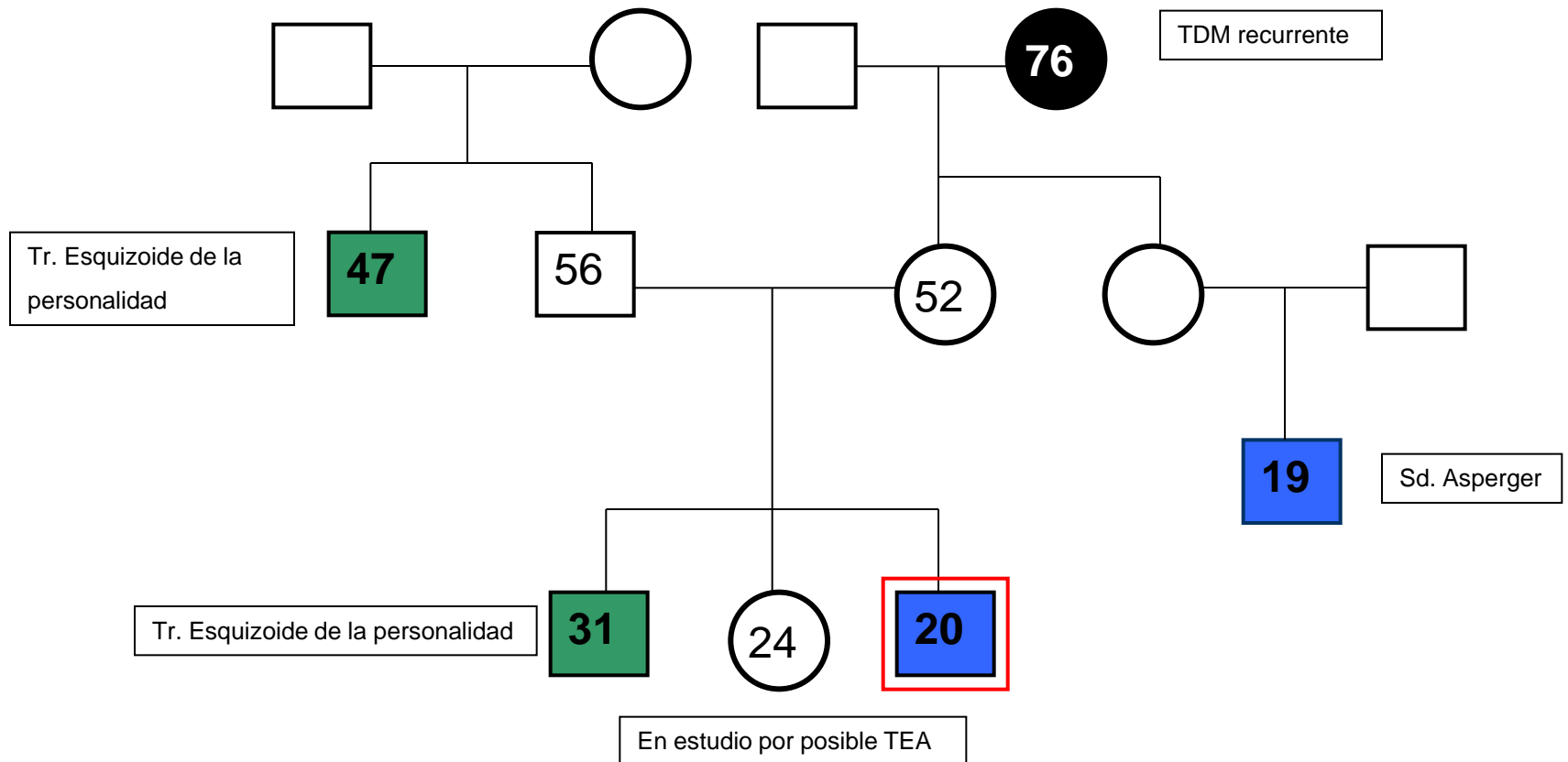
1. Caso Clínico
2. Diagnóstico y Diagnóstico diferencial
3. Tratamiento: Psicofarmacológico y Psicoterapéutico.
4. Conclusiones

Caso clínico:

- Varón de 20 años.
- Inicia seguimiento al regresar a España a los 13 años en CSMIJ, para control de sintomatología de TDAH, diagnosticada a los 5 años en Lima.

- 
- **Antecedentes médicos personales:** no alergias medicamentosas conocidas. Crisis de ausencias en infancia.
 - **Hábitos tóxicos:** abuso de THC y OH esporádico (14-15 años) con finalidad ansiolítica. Niega consumo de tóxicos en la actualidad.

■ Antecedentes psiquiátricos familiares:



Lleida

Lima

0-1 año

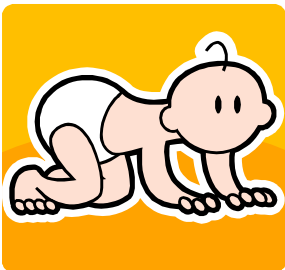
2-3 años

3-5 años

Parto Eutócico

Desarrollo psicomotor normal.

Hipersalivación



-Dificultad adaptativa

-Déficit atencional

-Hiperactividad motora

-No implicación en las relaciones interpersonales

- Dificultades en la adquisición del juego simbólico

- No adaptación escolar
- No integración social
- Incumplimiento de normas

- Obsesiones y rituales

- Heteroagresividad

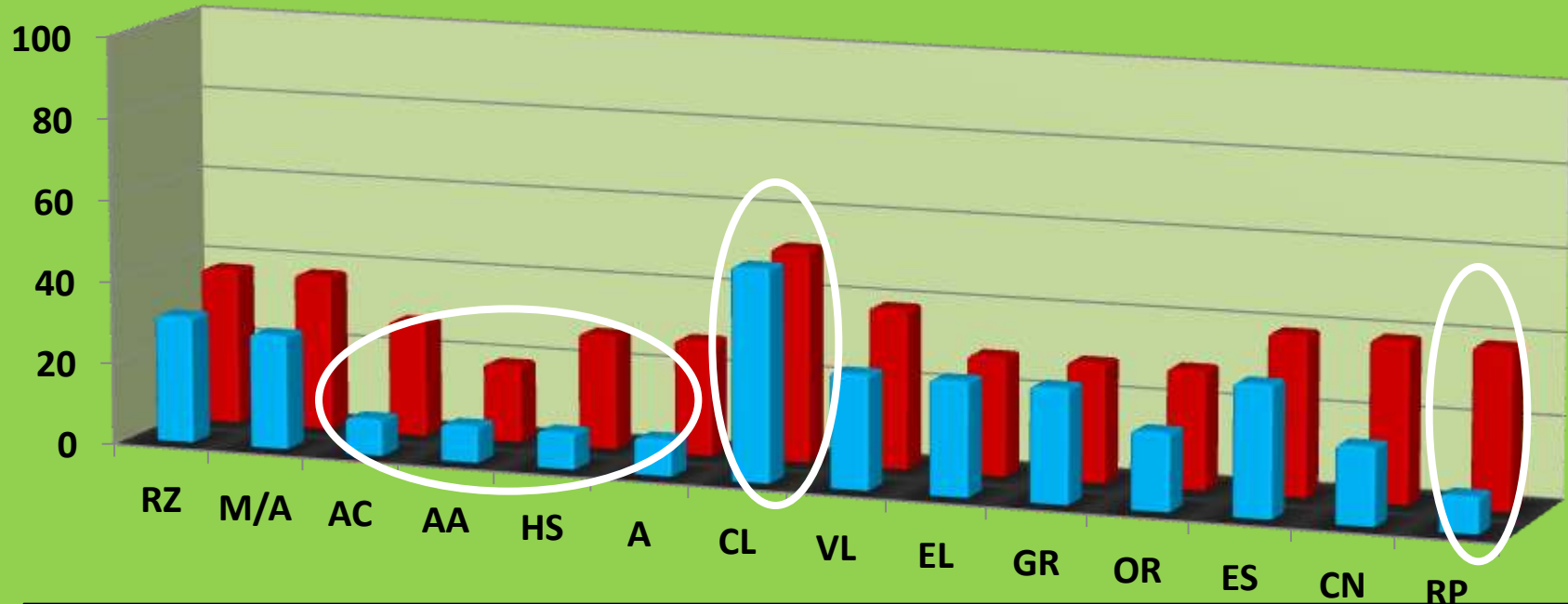
España

- Escaso contacto visual
- Estereotipias motoras
- Hipotimia. Apatía. Anhedonia.
- Tendencia al aislamiento social
- Irritabilidad
- Prosodia "peculiar"
- Pensamientos ríidos. pasivos de muerte

- D

- H

■ jul-05 ■ dic-05



RAZ: razonamiento; M/A: memoria-atención; AC: actitud/motivación; AA: autocontrol y autonomía; HS: habilidades sociales; A: autoconcepto y autoestima; CL: comprensión lectora; VL: velocidad lectora; EL: exactitud lectora; GR: grafismo; OR: ortografía; ES: escritura; CN: cálculo y numeración; RP: resolución de problemas.

Carbamazepina 400 mg/día

14 años

15 años

16 años

Sesiones Individuales

Sesiones Grupales

Asesoramiento académico

Sesiones familiares

HOSPITAL DE DÍA
INFANTIL

Metilfenidato 10 mg /día
Reboxetina 4 mg /día
Risperidona 1 mg /día

- EVITACIÓN
- ACTING OUT
- FRACASO ESCOLAR

Habilidades sociales

Capacidad resolución
conflictos

Empatía

Control estrés

Soy Diferente

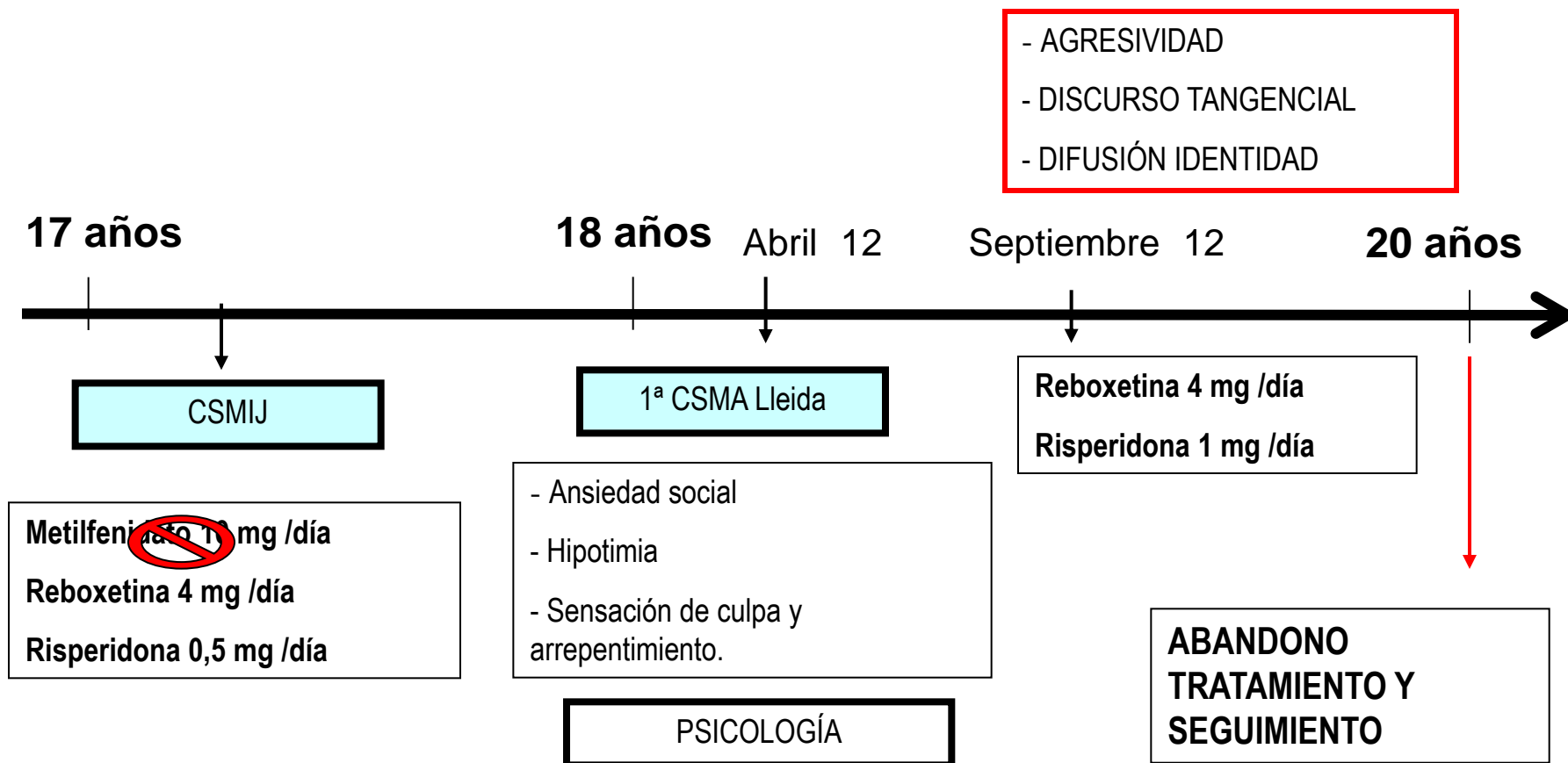
Paso muchas horas en el ordenador hablando con gente, es más fácil

En clase miro a un punto fijo

No entiendo el mundo

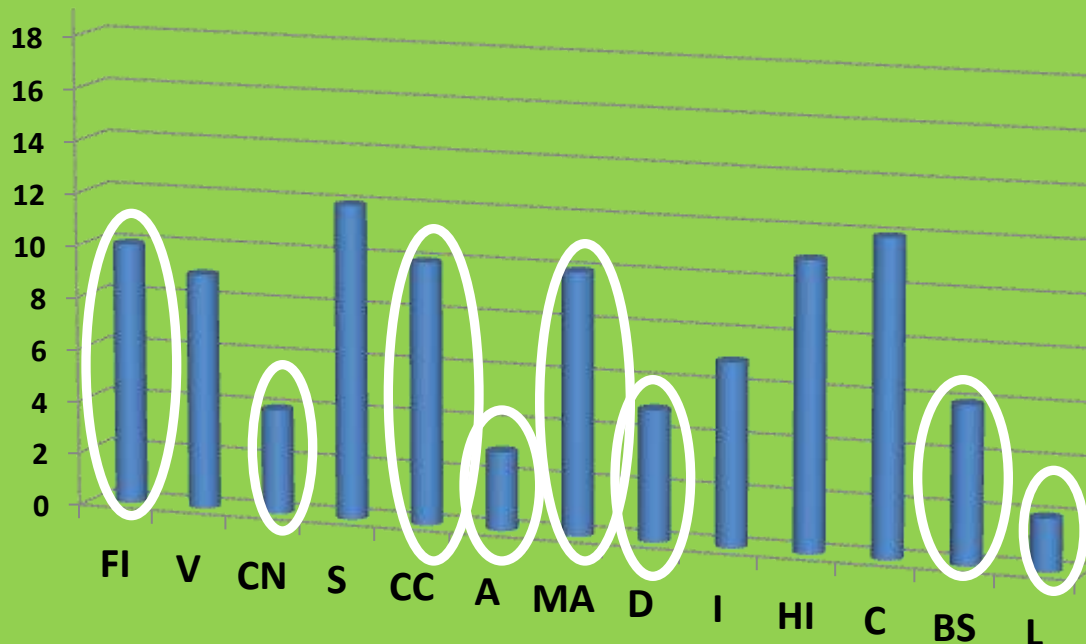
¿Por qué a algunas personas les cuesta hablar en público?”

**PSQ: Vigila cuando salgas que los niños se pierden aquí.
P: Mamá, tengo miedo. Aquí pierden a los niños”**



DATOS NEUROPSICOLÓGICOS CON 18 AÑOS

WAIS-III



CIT: 79-95

CIV: 81-91

CIM: 85-97

CV: 92-100

OP: 95-103

MT: 55-61

VP: 68-76

FI: figuras incompletas; V: vocabulario; CN: clave de números; S: semejanzas; CC: cubos; A: aritmética; MA: matrices; D: dígitos; I: información; HI: historietas; C: comprensión; BS: búsqueda de símbolos; L: letras y números. CIT: coeficiente intelectual total; CIV: coeficiente intelectual verbal; CIM: coeficiente intelectual manipulativo; CV: comprensión verbal; OP: organización perceptiva; MT: memoria de trabajo; VP: velocidad de procesamiento.

CIT, CIV Y CIM EN ADULTOS CON ASPERGER

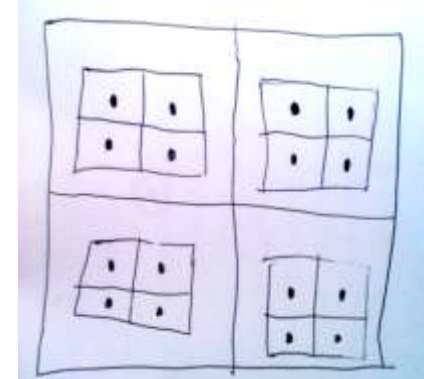
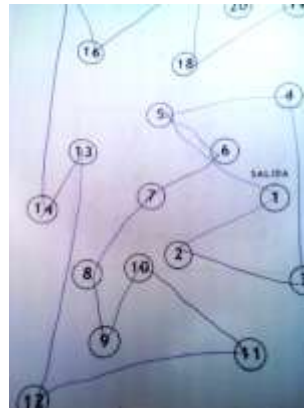
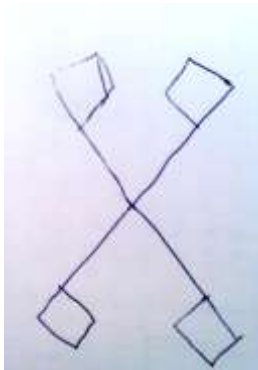
- **CIT:** niveles intelectuales por debajo de la media.
- **CIV y CIM:** Ozonoff, Rogers y Pennington, 1991; Klin, Volkmar, Sparrow, Cicchetti y Rourke, 1995 → CIV > CIM. Muchos trabajos posteriores no han logrado replicar esta discrepancia (Ehlers et al. 1997, Ghaziuddin y Mountain-Kimchi, 2004):
 - * EFECTO INDIRECTO DE CRITERIOS INCLUSORES DE TORPEZA MOTRIZ
 - * CARACTERÍSTICO EN PERFILES CON PUNTUACIONES MUY ALTAS EN CIV
 - * DISCREPANCIA MÁS EN NIÑOS QUE EN ADULTOS

Kanai C, Tani M, Hashimoto R. Cognitive profiles of adults with Asperger's disorder, high-functioning autism, and pervasive developmental disorder not otherwise specified based on the WAIS-III. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6 (2012) 58–64.

Belinchón M, Hernández J.M^º, Sotillo M. *Personas con Síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE, 2008

DATOS NEUROPSICOLÓGICOS CON 20 AÑOS

MEMORIA (WMS-III)	FLEXIBILIDAD COGNITIVA	VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO
MLI (Pe 4)	TMT-B (Pe 2)	TMT-A (Pe 2)
MLII (Pe 6)	STROOP-PC (Pe 3)	STROOP-P (Pe 5)
MVI (Pe 13)		STROOP-C (Pe 3)
MVII (Pe 11)		



Déficits en TMT A-B → ¿influencia de demanda motriz?

(p.ej., Reitan y Wolfson, 1985; Rumsey y Hamburger, 1988; Minshew y cols., 1992, 1997; Goldstein y cols., 2001)

STROOP → escaso consenso

Alteración en FE podría contribuir en la rigidez mental, la dificultad para afrontar situaciones nuevas, la limitación de intereses, el carácter obsesivo y los trastornos de atención que suelen estar presentes.

VARIABILIDAD COGNITIVA Y SOCIAL: AS Y TDAH

FUNCIONES EJECUTIVAS: perfil heterogéneo en asperger y TDAH.

- Déficits se atenúan con la edad en los TEA (especialmente en el SA), mientras que son más persistentes y severos en el TDAH (Happé et al. 2006).
- Diferencias en la iniciación de tareas, planificación y formación de estrategias (Bramham, 2009):
 - TDAH: déficit en control inhibitorio
 - SA: dificultades en iniciación y generación de estrategias

COGNICIÓN SOCIAL: perfil heterogéneo en Asperger a diferencia del TDAH.

- TDAH con habilidades de ToM tempranas intactas desarrollarían alteraciones debido a déficit en el control inhibitorio y dificultades en establecer relaciones sociales.

CASO CLÍNICO → Test Lectura de emociones en los ojos (Baron-Cohen y otros 1997):
Puntuación 26 (dentro de la normalidad) → ¿influencia de entrenamiento en habilidades?



González-Gadea M.L, Baez S, Torralva T,. Cognitive variability in adults with ADHD and AS: Disentangling the roles of executive functions and social cognition. Research in Developmental Disabilities 34 (2013) 817–830.

Francisco Rodríguez M. Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. Revista chilena de neuropsicología. 2009; 4 (1): 12-19.

Miranda-Casas A, Baixauli-Fortea I, Colomer-Diago B. Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias en el funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente. Revista de Neurología 2013; 57 (Supl 1): S177-S184.



Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial de los TEA

1911: BLEUR: 1a DESCRPCIÓN

1943: KANNER: "PSICOPATÍA AUTISTA"

DIFERENCIAS AUTISMO- PSICOSIS
AUTISMO INFANTIL

TRASTORNO AUTISTA

TRASTORNO DE ASPERGER / TGD-NE

TRASTORNOS GENERALITZADOS
DEL DESARROLLO

TRASTORNOS DEL
ESPECTRO AUTISTA

1952-DSM I

1968-DSM II



1980



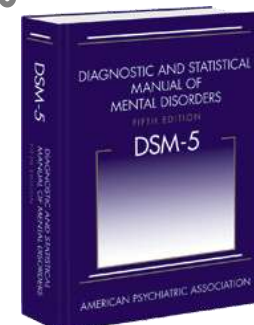
1987



1994



2000



CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE TS. DE ASPERGER SEGÚN DSM-IV-TR

A.- Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como **contacto ocular**, expresión facial, **posturas corporales** y gestos reguladores de la interacción social
- (2) **incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto**
- (3) **ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas**
- (4) **ausencia de reciprocidad social** o emocional

B.- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

(1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo

(2) **adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales**

(3) **manierismos motores estereotipados y repetitivos**

(4) preocupación persistente por partes de objetos

C.- El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D.- No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo

E.- No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F.- No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

DSM-IV-TR vs DSM-5

- ✓ Cambia de TGD a TEA.
- ✓ Se suprimen los 5 subtipos existentes en DSM-IV.

Creando un único grupo diagnóstico, TEA, para conseguir una mejor concordancia entre clínicos.

- ✓ Los criterios diagnósticos pasan de 3 áreas a 2 dominios sintomáticos:

ALTERACIÓN SOCIAL Y EN LA COMUNICACIÓN

COMPORTAMIENTOS / INTERESOS / ACTIVIDADES REPETITIVAS Y RESTRINGIDAS

- ✓ Aparecen ESPECIFICACIONES del curso:

Discapacidad intelectual verbal y no verbal; Alteraciones lenguaje; Enfermedades médicas, genéticas o factores ambientales asociados; Asociación con otros ts de neurodesarrollo, ts mentales o de comportamiento; Catatonia y Gravedad.



A

• **Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados:**

- 1. Déficits en reciprocidad socio-emocional.
- 2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social.
- 3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones.

B

• **Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados:**

- 1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
- 2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado.
- 3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco.
- 4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

C

• **Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo** (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

D

• **Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.**

E

• **Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo.**

GRAVEDAD	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: “requiere soporte muy substancial”	Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a el rápidamente.
Nivel 2: “requiere soporte substancial”	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en variados contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad a apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: “requiere soporte”	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interactuar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

TEA primarios

TEA secundarios

Etiología desconocida

Etiología conocida

“Siempre buscar una enfermedad orgánica de base !!”

1. **Epilepsias (!!)**
2. Facomatosis
3. Encefalitis
4. Sdmes genéticos (X frágil, Sdme Rett.)
5. Lesiones cerebrales difusas/focales

Diagnóstico

Clínico

1. Necesaria una **Anamnesis** muy minuciosa
2. Identificación de **Patología comórbida** médica y psiquiátrica asociada!!
3. **Tests psicométricos** como instrumentos diagnósticos complementarios/ayuda

1. Anamnesis:

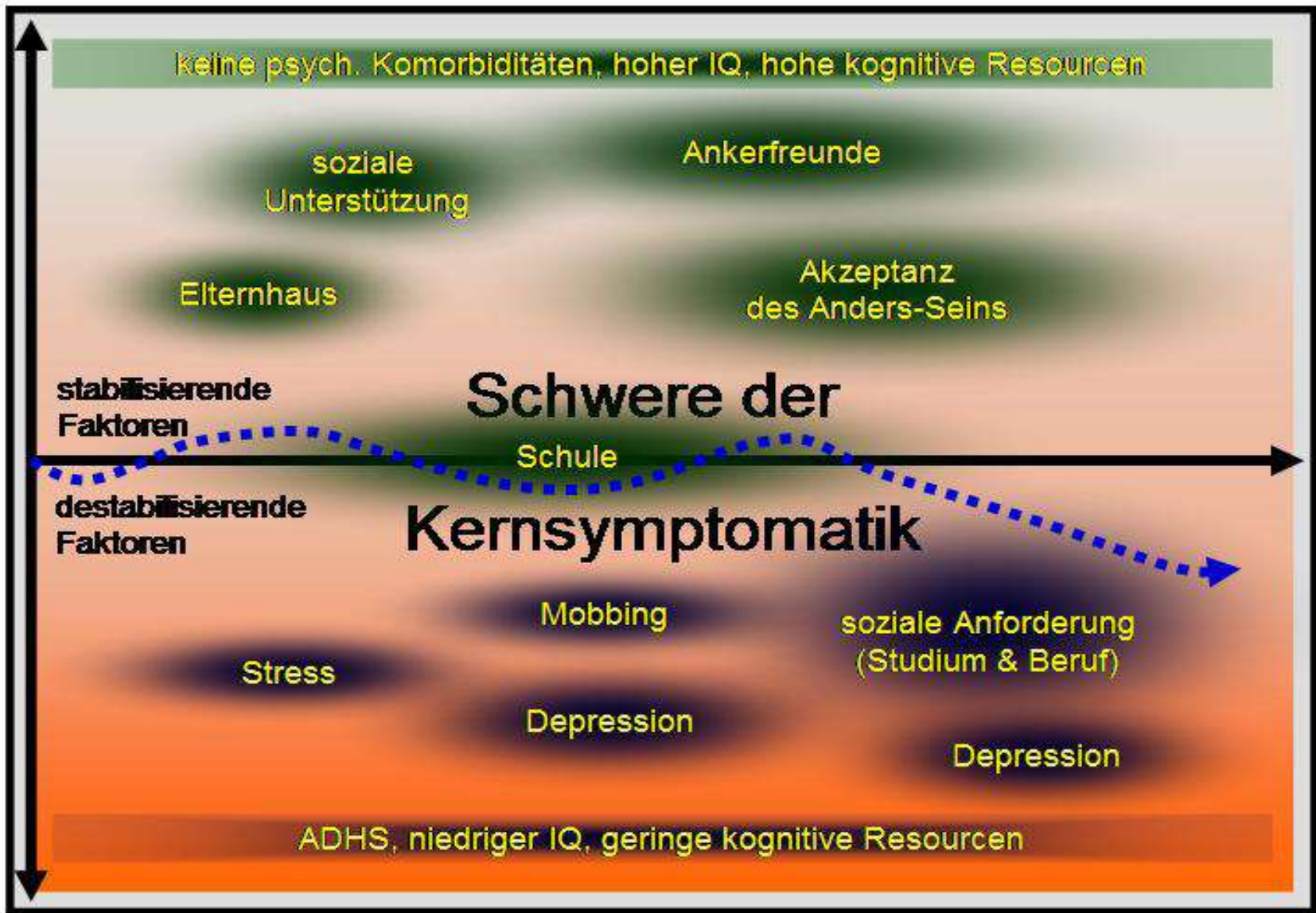
- Entrevista al paciente y a los padres/familiares
(10 primeros años de vida)

Síntomas cardinales :

1. Déficits en la percepción y comunicación social
2. Intereses y comportamientos estereotipados, repetitivos
3. Déficits en la regulación de las emociones
4. “Apraxia del comportamiento” en situaciones cotidianas diarias

Listado de “los 11 puntos”:

1. **Mirada y Reconocimiento holístico**
2. **Comunicación y Comprensión social**
3. **Inclusión social**
4. **Fantasías/Juego simbólico**
5. **Pragmática del lenguaje**
6. **Rutinas y rituales**
7. **Estereotipias motoras y verbales**
8. **Hipersensorialidad**
9. **Percepción de los detalles e integración sensoria**
10. **Inmediatez**
11. **Torpeza motriz**

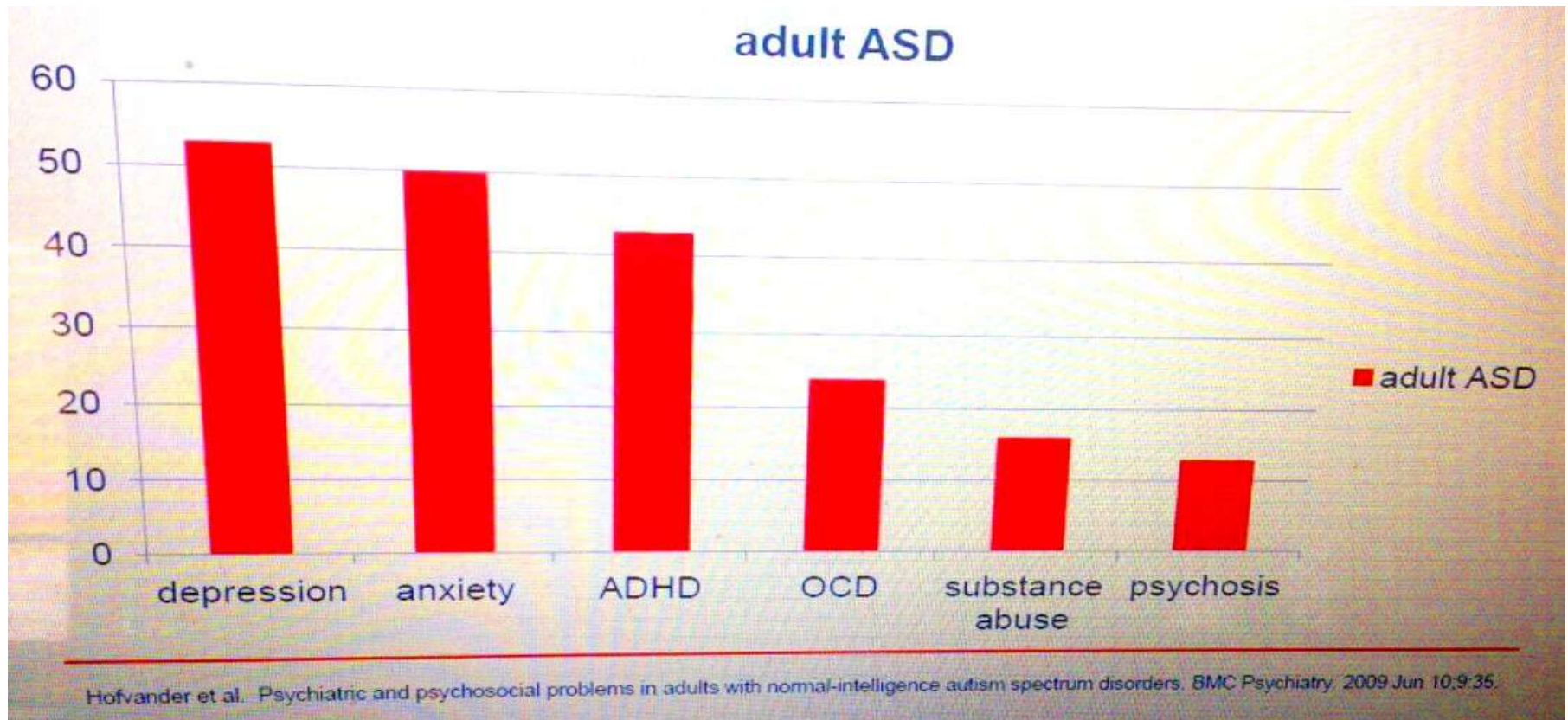


Tebartz van Elst L, Ebert D (2012) Die hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter – Symptomatik und Klassifikation. In: L. Tebartz van Elst (Hrg) Das Asperger Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus Spektrum Störungen. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft – Berlin 2012

2.Comorbilidades psiquiátricas:

Eje 1 :

**Trastornos depresivos (ca.50%) > Tr.ansiedad/Fobia Social
> TDAH > TOC > Abuso sustancias> Psicosis-like (ca.13%)**



Diagnóstico Diferencial:

1. TP (**Cluster A** > Cluster C > Cluster B)
2. Esquizofrenia/Psicosis
3. **TDAH**
4. TOC
5. Tr. ansiedad/Fobia Social
6. Tr. de la alimentación

Tener como posibilidad diagnóstica un TEA ante todo cuadro clínico atípico/raro !!!

	Trastorno	TEA
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> •Alteraciones formales del pensamiento •Alucinaciones e ideación delirante en principio sin relación situacional 	<ul style="list-style-type: none"> •No alteraciones formales del pensamiento de manera marcada •Alucinaciones y percepciones paranoides en contexto de situaciones estresantes (desaparecen cuando cesa el estrés)
TDAH	<ul style="list-style-type: none"> •Problemas de concentración, atención así como la inquietud psicomotora aparecen sin que exista una relación clara con desencadenantes situacionales •Suelen buscar situaciones con muchos estímulos 	<ul style="list-style-type: none"> •Problemas de concentración, atención así como la inquietud psicomotora aparecen sobretodo en contextos sociales o de excesivo esfuerzo •Evitan situaciones con muchos estímulos
Fobia Social	<ul style="list-style-type: none"> •Miedo al tartamudeo/enrojecer •Excesivos e irracionales •Automatismos sociales intactos 	<ul style="list-style-type: none"> •No miedo •En relación a su “apraxia social” •Automatismos sociales faltan
TOC	<ul style="list-style-type: none"> •Obsesiones y compulsiones de carácter egodistónico (mucho sufrimiento) •Repeticiones que pueden durar horas •Asociaciones irracionales si no se siguen los rituales (muerte de un familiar...)Mucho miedo 	<ul style="list-style-type: none"> •Estereotipias de carácter egosintónico (poco sufrimiento) •Pocas repeticiones pero su día a día está ritualizado •Más rabia que miedo a que no se cumplan los rituales



Abordaje terapéutico

Tratamiento psicofarmacológico

➤ Síntomas cardinales :

Estudios controvertidos (Oxitocina)

➤ Síntomas asociados:

Agresividad/Autolesiones:

- AP's atípicos
- Litio / Anticonvulsiantes
- Clonidina

Estereotipias / Rituales/Obsesiones :

- ISRS
- AP's atípicos

Hiperactividad/Impulsividad:

- Estimulantes
- AP's atípicos
- Clonidina (sbt si Tics asociados) / Naltrexona

Tr. Ansiedad:

- Buspirona
- AP's atípicos
- Clonidina

Sintomatología Depresiva: ISRS

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

HETEROGENEIDAD EN LAS ÁREAS CENTRALES DEL ESPECTRO TEA (cognitiva, conductual, emocional y social)

AUMENTO DE INTERACCIÓN SOCIAL

Apoyo informal

Apoyo formal (TEACH, UCLA PEERS, SCIT –A)

Habilidades sociales y emocionales (juego de roles, grabaciones de video, arteterapia)

INTERVENCIÓN EN SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA COMÓRBIDA

Comportamiento agresivo en AS adultos → mindfulness

Sintomatología ansiosa y depresiva

TOC, TDAH, TND

APOYO A LAS FAMILIAS

Equipo multidisciplinar → coordinación

Disminución del nivel de estrés


M.C.Tobin, K.D.R. Drager, L.F.Richardson. A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorders: Support, social functioning, and quality of life. Research in Autism Spectrum Disorders 8 (2014) 214–229

J.M.Gillis, R. Beights. New and Familiar Roles for Clinical Psychologists in the Effective Treatment for Children With an Autism Spectrum Disorder. Cognitive and Behavioral Practice 19 (2012) 392-400

N.N.Singh, G.E.Lancioni, A.D.A. Singh, A.S.W. Winton, A.N.A.Singh, J.Singh. Adolescents with Asperger syndrome can use a mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior. Research in Autism Spectrum Disorders 5 (2011) 1103–1109



Conclusiones

- 
- Acceso limitado a la información del caso.
 - Seguimiento psiquiátrico irregular y baja adherencia al tratamiento.
 - Heterogeneidad en los perfiles neuropsicológicos.
 - El TEA se basa en un cuadro diagnóstico infradiagnosticado. Se debe de tener en cuenta.
 - El DSM-5 quizá tiene una visión más dimensional.
 - No hay tratamiento específico para el TEA.

Con la llegada de la adolescencia, Temple comenzó a enfrentarse a la idea de que jamás podría llevar una vida «normal», ni disfrutar de las satisfacciones «normales» –amor y amistad, diversión y vida social– que llevaba aparejadas. El comprender todo esto puede resultar, en esta fase de la vida, devastador para los jóvenes autistas con talento, y ha sido causa de depresión en algunos e incluso motivo de suicidio en más de uno.

“Un antropólogo en Marte”, Oliver Sacks