

Trastorno del espectro autista: evaluación e intervención

Noemi Balmaña^a y Amaia Hervás^{b,*}

^aPsicóloga. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

^bPsiquiatra. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

*Correo electrónico: ahervas@mutuaterrassa.es

Cuestiones para recordar

- Los trastornos del espectro autista (TEA) constituyen un grupo de trastornos de diferente etiología, pero con presentación clínica semejante.
- Actualmente, en la clasificación del *DSM-5* se han suprimido las subcategorías de Autismo infantil, Síndrome de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo por la denominación genérica de TEA.
- La clasificación del *DSM-5* también reduce las alteraciones clínicas de TEA, de tres dimensiones (sociabilidad, comunicación y conductas repetitivas o patrones restringidos de interés) a dos dimensiones (déficits en la comunicación social y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas).
- Las personas con TEA tienen dificultades durante toda la vida, aunque presentan diferentes grados de gravedad y con tendencia general a la mejora de síntomas, pero en grado diferente.
- Alrededor de un tercio de las personas con TEA presentan discapacidad intelectual asociada.
- Las personas con TEA y capacidad intelectual dentro de la normalidad presentan comparativamente menos dificultades evolutivas en lenguaje y adaptación funcional y su diagnóstico puede pasar desapercibido.
- El diagnóstico de TEA requiere un proceso de evaluación elaborado que también incluya el diagnóstico de comorbilidades médicas o/y psiquiátricas y un diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos.
- Entre un 50% y un 80% de las personas con TEA tienen uno o más trastornos psiquiátricos asociados.

Palabras clave: Autismo • Trastornos del espectro autista • Evaluación.

Introducción

En los últimos años se ha producido un cambio importante en la conceptualización de lo que entendemos por autismo o espectro autista, y ello queda plasmado en los nuevos criterios diagnósticos publicados en el último *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su quinta edición¹. La nueva clasificación pasa a una comprensión y descripción más dimensional del trastorno, de modo que retira todos los subtipos de autismo, para incluirlos bajo la nomenclatura trastornos del espectro del autismo (TEA). Bajo dicha nomenclatura se incluyen los niños con TEA con dificultades graves de lenguaje, comunicación, conducta social aislada y presencia de conductas repetitivas de tipo sensorial o motoras con comorbilidad con discapacidad intelectual. También se inclu-

yen dentro de los TEA el grupo de niños con un lenguaje verbal preservado, desarrollo intelectual dentro de la normalidad, pero con alteraciones en la comunicación y comprensión social (funciones pragmáticas del lenguaje), conducta mental y comportamental con tendencia a la rigidez e inflexibilidad, presencia de bloques temáticos repetitivos y circunscritos (como es la acumulación de información en dinosaurios, planetas, etc.), así como por presentar alteraciones sensoriales.

Caso clínico

Descripción de las dificultades y abordaje terapéutico de un adolescente dentro del espectro del autismo al que llamaremos Andrés.

Primera visita: motivo de consulta, preocupaciones e historia de desarrollo personal

Andrés es un adolescente que en estos momentos tiene 15 años y está haciendo 4.º de ESO en un centro ordinario. La madre consultó por primera vez a la psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) cuando este tenía 13 años, derivado por sospecha de trastorno bipolar.

Andrés es el tercer hijo de una familia formada por sus dos hermanas (3 y 5 años mayores que él) y su madre. En el momento de la consulta está cursando 2.º de ESO en un centro ordinario, con buen rendimiento académico desde siempre. El motivo de consulta es el aumento de irritabilidad, inquietud, conductas explosivas y fijación, repetición y perseverancia en ciertos temas de interés. Ello coincide con la separación de sus padres hace 2 meses.

La madre refiere que en este período también hizo comentarios de que cuando fuese Dios todos le tendrían que querer, comentarios parecidos a los realizados hacía 6 meses en las colonias del grupo de tiempo libre de fin de semana. Sin precipitante aparente, Andrés tuvo un cuadro de agresividad verbal en el que verbalizaba que se tenía que hacer justicia. La madre comenta que dichas explosiones o descontrolados se daban de forma puntual y que cuando aparecían tenían una duración de 2-3 horas y después volvía a tranquilizarse. La madre no refiere episodios de euforia, sino más bien de aumento de irritabilidad, malhumor, de necesidad de bailar, actividad que le gusta y manifiesta que le da satisfacción; en este período realizó comentarios más frecuentes de que quería ser científico y que iba a descubrir la inmortalidad; menos horas de dormir (aunque de siempre ha necesitado menos horas de sueño) expresando que ello le hace sentirse mejor, sin aumento de gasto de dinero, no verborreico, pero sí con un discurso más desorganizado y centrado en su interés por ser científico, más disperso de lo habitual y, aunque no sale con compañeros, su madre lo ve más aislado y desconfiado, aunque nada estructurado que haga sospechar de un cuadro psicótico, y no presenta comentarios de vigilancia ni de perjuicio.

La madre refiere que tuvo que llevar a Andrés al servicio de urgencias de su hospital de referencia 10 días antes de la visita en el CSMIJ por alteración conductual. Allí le pautan risperidona 1 mg y lo derivan a consultas externas. En el informe describen que se mostró colaborador y no detectaron ninguna alteración de significancia de un trastorno psiquiátrico en la exploración psicopatológica.

Desde que toma medicación, la madre refiere que Andrés está más relajado, menos recurrente y repetitivo en temas de interés, más reactivo y centrado para organizarse en los estudios.

Antecedentes psicopatológicos familiares: familiar de primer grado con alguna sintomatología de TEA. Padre con grandes dificultades de relación social tanto en lo referente a la iniciación como mantenimiento y comprensión socioemo-

cional. Competente en su ámbito laboral, pero con grandes dificultades para hacerse cargo de cosas cotidianas como saber ir a comprar o hacerse cargo de sus hijos una tarde, pues se quedaba mirando la tele. Hermana mayor muy parecida a Andrés; tiene manías con la limpieza y el orden, descontrolados y dificultades de introspección. Ansiedad generalizada con ataques de pánico. Primo hermano paterno con síndrome de Asperger.

Historia del desarrollo: embarazo y parto eutócico, sin complicaciones ni datos relevantes. Parto a las 38 semanas; peso al nacer: 2,950 kg. Apgar 10.

La madre describe que Andrés presenta desde pequeño dificultades de reciprocidad social, de interés y juego con iguales, dificultades para la comunicación no verbal e historia de intereses restrictivos y repetitivos, juntamente con comportamientos obsesivos, rigidez cognitiva y dificultades para adaptarse a los cambios.

Actividades extraescolares: inglés y atletismo.

Después de la recogida de información en referencia al motivo de la consulta y antecedentes en la primera visita se plantea el diagnóstico diferencial de un TEA (o síndrome de Asperger según *DSM-IV*²) con un trastorno adaptativo con alteración de las emociones y conducta, frente a un trastorno bipolar.

Exploración

Valoración cognitiva: se le administró el WISC-IV³, con el que mostró unos resultados homogéneos en los diferentes índices de cociente intelectual (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) y un cociente de inteligencia total (CIT: 110), que lo sitúa en la media poblacional.

Valoración de conducta: se le administró el *Child Behavior Checklist (CBCL)*⁴ para evaluar la presencia de psicopatología en el niño/adolescente en los últimos 6 meses. Este instrumento recoge también información acerca las competencias del adolescente, posibles enfermedades y/o discapacidades, preocupaciones de los padres hacia el niño/a y aspectos positivos de este. Está formado por 120 ítems, con tres alternativas de respuesta, referidos a problemas de conducta que pueden presentar los niños y los adolescentes entre 6 y 18 años. La valoración del apartado de problemas de conducta permite obtener puntuaciones en 8 escalas: aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva, y dos escalas de banda ancha: trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados. Se complementa con la administración del *Teacher's Report Form (TRF)*⁴, en este caso completado por el profesor, que recoge la misma información pero valorado dentro del ámbito escolar.

Los resultados de las escalas administradas a padres y profesores de Andrés se muestran en la tabla 1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758497>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)