

Medicent Electrón. 2018 abr.-jun.;22(2)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANCTI SPÍRITUS

INFORME DE CASO**Autismo de alto funcionamiento. Presentación de un paciente****High-functioning autism. A case report****Iris Carmenate Rodríguez, Arnel Rodríguez Cordero, Sorahy Santander García, Mariela Méndez Brito**Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Universitario José Martí Pérez. Sancti Spíritus. Cuba. Correo electrónico: irisdany@infomed.sld.cu**RESUMEN**

Los trastornos del espectro autista forman parte de los problemas de salud mental y son catalogados como trastornos generalizados del desarrollo. Pueden detectarse a edades muy tempranas y su disfuncionalidad tiene un impacto considerable, no solo para el correcto desarrollo y bienestar de la persona afectada sino también para los familiares, por la elevada carga de cuidados personalizados que necesitan. Se describe la evolución de un adolescente de 14 años de edad, con trastornos del lenguaje, pocas relaciones interpersonales, tendencia a coleccionar objetos, habilidades manuales, inteligencia normal, vinculado a la enseñanza especial por trastorno del lenguaje; al comenzar la secundaria, se produjo un empeoramiento de sus síntomas. Fue ingresado para ser estudiado, y se llegó al diagnóstico de autismo de alto funcionamiento. La estimulación temprana y el tratamiento psicopedagógico individualizado, estructurado y adaptado al entorno, resultaron indispensables para una mejor evolución del paciente.

DeCS: trastorno del espectro autista.**ABSTRACT**

Autism spectrum disorders are considered mental health problems and classified as generalized developmental disorders. They can be detected at very early ages and their malfunction has a considerable impact, not only on the correct development and well-being of the affected people, but also, on their relatives due to the high burden of personalized cares they need. We described the evolution of a 14-year-old adolescent linked to the special education due to language disorders, few interpersonal relationships, tendency to collect objects, manual skills and normal intelligence; a worsening of his symptoms occurred at the beginning of secondary school. He was admitted in order to be studied and was diagnosed with a high-functioning autism. The early stimulation and the individualized psychological and pedagogical treatment, structured and adapted to the environment, were indispensable for a better evolution of the patient.

DeCS: autism spectrum disorder.

Los trastornos generalizados o profundos del desarrollo (TGD) se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: interacción social, comunicación y lenguaje, y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas y repetitivas; a ello se añade una compleja y heterogénea sintomatología asociada. La prevalencia de dichos trastornos ha aumentado considerablemente, lo que unido a su carácter crónico y gravedad hace que precisen un plan de tratamiento multidisciplinario personalizado y permanente a lo largo de todo el ciclo vital, en constante revisión y monitorización, que favorezca el pleno desarrollo del potencial de las personas con trastorno del espectro autista (TEA), su integración social y su calidad de vida; su etiología resulta, hasta el momento, poco conocida y continúa siendo un reto para la investigación. Se han analizado diversas explicaciones que subrayan la idea de alteraciones neuroevolutivas. En la actualidad, parece tener mucha fuerza la explicación multicausal, en la que diversos factores pueden asociarse con los TGD. Se acepta que los estudios de corte biológico y genético son los que más se acercan a la génesis de estos trastornos.^{1,2}

En los últimos años, se ha producido una importante controversia en torno a la caracterización clínica de los llamados TGD y a la posibilidad de diferenciar subtipos dentro de dicha categoría. El Manual diagnóstico y estadístico de los enfermos mentales (DSM-IV) incluye, entre los trastornos generalizados del desarrollo, el autista, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Dentro de la categoría de autismo, se encuentra: el autismo infantil, el atípico y el de alto funcionamiento, distinguibles por la variabilidad de sus síntomas, y en este último, la no afectación del coeficiente intelectual, que justifica un desarrollo cognoscitivo superior y lo lleva a alcanzar un mayor funcionamiento en algunas áreas específicas.³

Las dimensiones típicamente afectadas constituyen la denominada tríada de alteraciones básicas del autismo, aunque el grado y manera de la afectación puede variar mucho de unos sujetos a otros, en dependencia de variables, como la capacidad intelectual o la edad. En la afectación de la dimensión social del desarrollo, en el caso del TEA, puede variar desde un aislamiento social extremo hasta un limitado interés por los demás y una actitud pasiva ante las interacciones sociales, pasando por el despliegue de conductas socialmente muy intrusivas, carentes de sutileza social y muy poco empáticas.^{1,3}

Las dificultades comunicativas más importantes de las personas con autismo de alto nivel de funcionamiento (AAF) afectan el nivel pragmático del lenguaje. Se encuentran patrones comunicativos memorizados, repetición en tópicos específicos, uso de detalles irrelevantes, dificultades para elaborar frases largas y complejas en las preguntas que requieren realizar inferencias, o en la interpretación de frases metafóricas, los cambios inapropiados de tópicos, dificultades para el inicio o mantenimiento de conversaciones, en el respeto de los turnos conversacionales, la inhabilidad para reconocer las claves y matices sociales, la comprensión concreta y literal que no hace uso del conocimiento del contexto semántico. Sin embargo, aunque presentan estas dificultades, muestran más habilidades que los otros grupos de personas de menor nivel de funcionamiento cognoscitivo dentro del colectivo del TEA.^{4,5}

Presentación del paciente

Adolescente de 14 años de edad, masculino, color de piel blanca, con antecedentes de padecer, desde pequeño, de asma bronquial y trastorno del lenguaje, por lo que recibió enseñanza especial hasta el sexto grado. Ha manifestado diversas conductas, como coleccionar objetos (metales, pistolitas y carritos de papel que él mismo confeccionaba) además de mantenerse retraído, alejado del grupo, permanecer horas en una actividad específica, como armar y desarmar rompecabezas con mucha agilidad, estar apegado a la televisión y a la computadora. Desde los 12 años de edad se incorpora a la enseñanza secundaria, donde actualmente cursa el noveno grado, se comporta de forma negativa, se molesta con frecuencia, no comparte con sus compañeros de estudio, y todos lo describen como un muchacho «raro». Esta situación lo ha llevado a un marcado retraimiento, casi no se relaciona y no se motiva por otra actividad que no sea jugar en la computadora.

Se recogen los siguientes datos en la Historia social psiquiátrica:

Desarrollo psicomotor: Retardo en la adquisición del lenguaje, dificultades en la articulación. Desde pequeño realizaba sonidos guturales.

Historia escolar: No estuvo en el círculo infantil; su madre siempre lo cuidó, buscaba a otros niños para que se relacionaran con él, pero este se apartaba y prefería jugar solo. A los tres años de edad fue valorado por el especialista en logopedia y seguida su evolución por este.

Se incorporó a la escuela a los cinco años en la enseñanza especial por su retardo en la adquisición del lenguaje; allí cursó hasta el sexto grado; se adaptó bien, pero no se relacionaba con sus compañeros; su mamá refiere que «dejó de ser intranquilo y se convirtió en un niño demasiado pasivo». Desde pequeño se interesó por el ajedrez, y sin haber jugado antes demostró marcadas habilidades; se vinculó a la academia y ganó en varios torneos, pero luego se desmotivó.

Actualmente cursa el noveno grado, pero los profesores consideran que no vence los objetivos del grado.

Al realizar el examen psiquiátrico, se registraron los siguientes datos:

Actitudes y maneras: Facies inexpresiva, evita contacto ocular; cuando lo establece, carece de componente afectivo y emocional, se muestra encerrado en su propio mundo. Presenta dificultades en la articulación de las palabras, lo que lo limita aun más en la comunicación.

Funciones de síntesis e integración: Se comprobó hipomnesia e hiperconcentración en su propio mundo.

Pensamiento: Origen autista, se nutre de recuerdos, fantasías, se caracteriza por la lentitud de su curso; impresiona tener que elaborar con mucha dificultad las respuestas. Contenido de difícil exploración, sus repuestas son evasivas con monosílabos y bisílabos: «no sé», «tal vez», «normal», «soy aburrido», «soy cansad», «no me gusta cambiar»; muestra dificultades para la interpretación de refranes.

Función afectiva: Hipotimia; los estímulos se acompañan de escasa respuesta afectiva. Se le dificulta captar o apreciar los sentimientos de los demás; es indiferente ante la afectividad. En ocasiones, se torna irritable cuando lo sacan de su mundo. Muestra falta de reciprocidad afectiva. Raras veces sonrío.

Función conativa: Hipobulia; solo motivado por armar y desarmar rompecabezas. Hipocinesia.

Lenguaje: Receptivo: En ocasiones no entiende el lenguaje metafórico.

Expresividad: responde al interrogatorio con monosílabos y bisílabos, y se le dificulta articular algunos fonemas, como la r y la l.

El uso del lenguaje esta afectado, no es capaz de iniciar ni mantener un diálogo (pragmático).

Esteriotipia verbal: Para evitar una respuesta más extensa responde: «Ni idea»

Necesidades y hábitos

Sueño: No alteraciones en estos momentos

Apetito: Disminuido

Sexual: Reconoce el interés por el sexo opuesto, pero no mantiene relación de noviazgo.

Social: Retraimiento.

Hábitos estéticos: Prefiere usar camisas a cuadros, es muy organizado para sus cosas.

Hábitos recreativos: Concentrado en su propio mundo; prefiere estar solo; ver la televisión y jugar en la computadora.

Hábitos interpersonales: Dificiles en su interacción con los demás.

Funciones de relación: Consigo mismo; criterio que tiene de él: Piensa que es un adolescente «bueno», «aburrido», «tranquilo», sin necesidad de cambio. Él piensa que los demás lo ven normal, no tiene crítica de su enfermedad. Presenta dificultades en las relaciones con sus pariguales; mantiene una actitud indiferente, distante, no pertenece a ningún grupo, carece de empatía, sus relaciones son muy superficiales. Se interesa por la televisión y la computación, y no existe un proyecto futuro demostrable.

Comprensión e inteligencia: normal.

En la sala se le realizaron estudios psicológicos que confirmaron un coeficiente intelectual normal, así como exámenes complementarios para descartar la existencia de enfermedades orgánicas asociadas, los que resultaron negativos.

Comentario

Los TGD constituyen síndromes conductuales de características evolutivas crónicas, que se caracterizan por un deterioro cualitativo de las relaciones sociales, el empleo de formas distorsionadas de comunicación, la limitación en el número de actividades e intereses, los patrones de comportamientos rígidos estereotipados que afectan significativamente el funcionamiento del niño en todas las circunstancias.²

El espectro autista está incluido en estos trastornos, y la variabilidad e intensidad de sus síntomas hace que antes de los tres años puedan aparecer señales de alarma, como retraso en el desarrollo del niño, lo que impulsa a los padres a acudir a los servicios médicos en busca de ayuda.¹

Este paciente, desde etapas tempranas, fue valorado por el especialista en Psiquiatría Infantil, quien consideró la posibilidad diagnóstica de autismo, lo que condujo a sus padres a la búsqueda de información y al rechazo de esta condición, y los motivó a estimularlo de forma continuada y a mantenerlo vinculado a las actividades propias de un niño de su edad, incluida la enseñanza escolar normal, una vez terminado el sexto grado. Al vincularlo a la secundaria e iniciar la etapa de la adolescencia, comenzó a llamar la atención de sus profesores y allegados al carecer del vínculo afectivo y relacionarse con dificultad con los adolescentes; sus padres buscaron ayuda nuevamente y, al ser ingresado, los estudios que se le efectuaron permitieron arribar a la categoría diagnóstica de autismo; los padres refirieron la valoración que le había realizado cuando tenía apenas tres años de edad.

La presencia en el paciente de un comportamiento desajustado, con tendencia a la soledad y a mostrar indiferencia ante el contacto social, las alteraciones en el lenguaje que lo llevan a marcadas limitaciones a la hora del intercambio conversacional, las restricciones en el área de sus intereses, los patrones comunicativos memorizados, el uso de detalles irrelevantes, las dificultades para seguir frases largas y complejas, así como para iniciar o mantener una conversación, la inhabilidad de reconocer claves y matices sociales, la carencia de estrategias para mantener conversaciones, permite plantear el diagnóstico de autismo; sin embargo, la capacidad de mostrar más habilidades que los otros grupos de personas incluidas en el espectro y que tienen menor nivel de funcionamiento, le permite –unido a su coeficiente intelectual normal– que pueda tener un alto funcionamiento.^{6,7}

El esfuerzo y la dedicación de sus padres por superar este diagnóstico, no aceptado en sus inicios, lo llevó a una estimulación temprana, que si bien no estuvo sostenida en un diseño bien estructurado para estos problemas, sí incluyó un entrenamiento en habilidades sociales, como compartir con sus familiares, la vinculación a la escuela, a la academia de ajedrez, las exigencias desde el punto de vista pedagógico para alcanzar resultados docentes, la enseñanza de normas sociales y las acciones para su cumplimiento, entre otras, que han servido como sustento para que la evolución de este paciente haya sido satisfactoria.

Evidentemente la estimulación temprana y el tratamiento psicopedagógico individualizado, estructurado y adaptado a su entorno, resultan indispensables para una mejor evolución.

Es necesario un tratamiento intensivo, con la participación activa de la familia en la casa, en la escuela y el equipo terapéutico, para facilitar la generalización de conductas aprendidas y, por tanto, la mejora de su calidad de vida.⁶

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Baró E. Autismo infantil. En: Rodríguez Menéndez O. Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 139-46.

2. Hernández Rivero O, Risquet Águila D, León Álvarez M. Algunas reflexiones sobre el autismo infantil. Medicent Electrón [internet]. 2015 jul.-sep. [citado 18 ene. 2018];19(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300010&lng=es
3. Hernández Rivero O, Risquet Águila D, León Álvarez M. ¿Síndrome de Asperger o buena evolución de un autismo infantil? Medicent Electrón [internet]. 2015 oct.-dic. [citado 18 ene. 2018];19(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1507/1617>
4. Fortea Sevilla MS, Escandell Bermúdez MO, Castro Sánchez JJ. Detección temprana del autismo: Profesionales implicados. Rev Esp Salud Pública [internet]. 2013 mar.-abr. [citado 14 jun. 2015];87(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n2/08_original4.pdf
5. Sastre-Riba S, Pascual-Sufrate T. Alta capacidad intelectual, resolución de problemas y creatividad. Rev Neurol. 2013;56(Supl. 1):S67-S76.
6. Massani Enríquez JF, García Navarro X, Hernández Ochoa E. La evaluación psicopedagógica de niños (as) con trastornos del espectro autista mediante el perfil psicoeducativo. Rev Univ Soc [internet]. 2015 ago. [citado 6 dic. 2015];7(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/271/268>
7. Gómez Leyva I. El autismo. Atención educativa a niños autistas. En: Escolares con necesidades educativas especiales, selección de temas. La Habana: Pueblo y Educación; 2014. p. 172-5.

Recibido: 29 de octubre de 2017

Aprobado: 30 de noviembre de 2017

Iris Carmenate Rodríguez. Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Universitario José Martí Pérez. Sancti Spiritus. Cuba. Correo electrónico: irisdany@infomed.sld.cu