



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE MEDICINA

“SÍNDROME DE ASPERGER”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentando para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA: SOLEDAD DEL PILAR MONCAYO MEJÍA

DIRECTOR: DR. JAVIER GUERRERO VACA

Riobamba – Ecuador

2018

2018, Soledad Del Pilar Moncayo Mejía

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos**, titulado “SÍNDROME DE ASPERGER”, de responsabilidad de la señorita estudiante Soledad del Pilar Moncayo Mejía ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dra. Carlota Mera Segovia

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Javier Guerrero Vaca

**DIRECTOR DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN**

FIRMA

Dra. Fernanda Vinueza Veloz

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los juicios expuestos en el seguimiento del caso clínico con el tema: “SÍNDROME DE ASPERGER”, como también contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Riobamba, septiembre del 2018

LA AUTORA

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis pacientes, a todas aquellas mentes que viven en un mundo huracanado, aquellos cuerpos íntegros que no alcanzan a plasmar la sima de su realidad, a ese espacio de incomprensión y etiquetamiento con el que deben luchar cada día.

Está dedicado a las enfermedades mentales, su magnitud, encarnizamiento, a la fortaleza de quienes las padecen y de sus familias, pero sobretodo, a la perseverancia y valentía de aquellas manos que las combaten.

Soledad Moncayo

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a la Escuela de Medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, al director de mi caso clínico Dr. Javier Guerrero Vaca, a la vez que a la miembro designada Dra. Fernanda Vinueza Veloz por todas las contribuciones realizadas para lograr la culminación de este trabajo.

A la vez expreso un profundo agradecimiento a mis padres, mi hermano y mi esposo por todo su cariño, apoyo y constancia, por ser el impulso que me ha ayudado en los días en que las fuerzas disminuían y el abrazo cálido que me permitió continuar el camino.

A la Dra. Alexandra Pilco, el Dr. Sebastián Carvajal y el Dr. Francisco Cabezas por su apoyo desinteresado e incondicional, su orientación clínica, sus aportes y observaciones.

De forma muy especial, un profundo agradecimiento al paciente, por la apertura brindada, su tiempo, paciencia y sinceridad han hecho posible la presentación de este caso el cual es un pedazo de su historia, nos permite palpar su realidad, tan solo una de las muchas expresiones de las enfermedades mentales.

Soledad Moncayo

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINAS
Índice de tablas	viii
Índice de anexos.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Definición	3
1.2. Etiología.....	3
1.3. Factores genéticos	3
1.4. Factores ambientales:.....	3
1.5. Epidemiología.....	4
1.6. Presentación clínica	5
1.7. Variabilidad intelectual en el desorden del espectro autista:	6
1.8. Alteraciones sensoriales en el desorden del espectro autista: visión	6
1.9. Criterios diagnósticos para trastornos del espectro del autismo	7
1.10. Diagnóstico diferencial de Asperger	13
1.11. Comorbilidades psiquiátricas asociadas al desorden del espectro autista:.....	13
1.12. Depresión y Asperger	14
1.13. Auxiliares diagnósticos para el TEA.....	15
1.14. Tratamiento.....	18
1.15. Tratamiento farmacológico.....	19
1.16. Rol de la oxitocina en el tratamiento TEA:.....	19
1.17. Pronóstico	21
2. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	23
2.1. Datos de filiación.....	23
2.2. Antecedentes personales.....	23
2.3. Antecedentes familiares	25
2.4. Enfermedad actual	25
2.5. Revisión de aparatos y sistemas	26
2.6. Examen físico	26
2.7. Diagnóstico presente en historia clínica	27
2.8. Diagnóstico definitivo, sustentación y análisis realizado por la investigadora en seguimiento del paciente.....	27

2.9. Seguimiento del paciente.....	30
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	37
PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	39
LISTA DE ABREVIATURAS.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	1
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

Comentado [DE1]:

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Criterios diagnósticos de trastorno del espectro del autismo.....	7
Tabla 2-1: Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo.....	10
Tabla 3-1: Comparación de los criterios diagnósticos del CIE 10 y DSM-5	11
Tabla 4-1: Condiciones asociadas al desorden del espectro autista	13
Tabla 5-1: Comparación de escalas de valoración del Coeficiente Intelectual	28
Tabla 6-1: Orientación diagnóstica mediante escalas psicométricas.....	27

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Cociente de Empatía

Anexo B: Cociente del Espectro Autista

Anexo C: Evaluador de Asperger en Adultos

Anexo D: Cuestionario Big Five

Anexo E: Test de Matrices Progresivas de Raven

Anexo F: Consentimiento Informado

RESUMEN

El Síndrome de Asperger fue descrito por Hans Asperger en 1944 (Naranjo R, 2014), fue en este mismo año donde apareció como una entidad nosológica autónoma, misma que en el CIE 10 vigente actualmente tiene la codificación de F845 (OMS, 1992), sin embargo, en el 2013 en la clasificación actual especificada en el DSM-V se encuadró dentro de los “Trastornos del espectro del autismo” junto con el autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, en el CIE 11 el cual se correlaciona directamente con el DSM-V, la codificación corresponde a 6 A02 mismo que según la OMS será implementado en enero del 2022 (OMS, 2018). El Asperger se caracteriza por dificultades en la comunicación e interacción social con patrones de comportamiento repetitivos, y actividades restringidas. Su capacidad de expresar sentimientos es limitada, con tendencia a infraestimarse y censurarse. La habilidad para el control del comportamiento es reducida, presentan predisposición a cambios de ánimo y experimentan episodios de ira que son difíciles de controlar incluso en individuos de edad avanzada. La edad promedio de diagnóstico son los 7 años, sin embargo, existe gran cantidad de infradiagnóstico y dificultad para la identificación de su condición (Kocourkova J., 2013). El tratamiento principalmente se basa en instrucción y consejería para lograr comportamientos sociales apropiados, el uso de estrategias de comunicación, lenguaje y desarrollo de habilidades sociales (Attwood T., 1998) (Benson H., 1975). El caso presentado a continuación corresponde a un paciente masculino de 27 años que ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba por intento autolítico e intoxicación con amitriptilina, posterior a estabilización de fase aguda se analiza antecedentes patológicos personales y características conductuales llegando al diagnóstico de Síndrome de Asperger. En el presente caso se analiza las comorbilidades presentes en el paciente, además de aplicar tests psicométricos para revaloración del diagnóstico.

Palabras Clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS> <MEDICINA> <SÍNDROME DE ASPERGER> <TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA> <COMORBILIDADES> <TEST PSICOMÉTRICOS>

ABSTRACT

The Asperger syndrome was described by Hans Asperger in 1944 (Naranjo R, 2014), it was in this same year that it appeared as an autonomous nosological entity, same that in the current ICD 10 currently has the coding of F845 (WHO, 1992), however, in 2013 in the current classification specified in the DSM-V, it falls within the "Autism Spectrum Disorders" along with autism and other pervasive developmental disorders, in the CIE 11 which correlates directly with the DSM-V, the coding corresponds to 6 A02, which according to OMS will be implemented in January 2002 (OMS, 2018). Asperger is characterized by difficulties in communication and social interaction with repetitive behavior patterns and restricted activities. The ability to express feelings is limited, with a tendency to underestimate and censor. The ability to control behavior is reduced, is predisposed to changes in mood and experiences episodes of anger that are difficult to control even in elderly individuals. The average age of diagnosis is 7 years, however, there is a large amount of underdiagnosis and difficulty in identifying their condition (Kocourkova J., 2013). The treatment is mainly based on construction and counseling to achieve appropriate social behaviors, the use of communication strategies, language and development of social skills (T., 1998) (Benson H., 1975). The case presented below corresponds to a 27-year-old male patient admitted by the emergency service of the Provincial General Teaching Hospital of Riobamba for autolytic attempt and intoxication with amitriptyline. After the stabilization of the acute phase, his personal pathological background and behavioral characteristics were analyzed, concluding with a diagnosis of Asperger's syndrome. In the present case, the comorbidities present in the patient were analyzed, in addition to applying psychometric tests to reassess the diagnosis.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCE> <MEDICINE> <ASPERGER SYNDROME> <AUTISM SPECTRUM DISORDERS> <COMORBIDITIES> <PSYCHOMETRIC TEST>

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedad ha tenido un giro importante a través del tiempo, así como la vida es un proceso inherente a la muerte, la salud lo es de la vida. Es así que conforme ha evolucionado la medicina y se ha adquirido conocimientos nuevos se ha modificado no solo el concepto, sino también la ideología con respecto a la enfermedad, psiquiatría no ha sido la excepción, lo que antiguamente se creían castigos de la naturaleza, posesiones demoníacas y muchas veces incluso carencia de educación hoy se engloba dentro de salud mental.

Individuos con características propias del trastorno del espectro del autismo (TEA) han sido descritos desde la antigüedad, es posible que el primer documento corresponda al siglo XVI realizado por un cronista de un monje alemán quien describió un caso severo de autismo.

El autismo fue descrito por primera vez por Leo Kanner en 1943 como un desorden de los niños quienes tenían problemas relacionados con otros y una alta sensibilidad a los cambios en su ambiente (Kanner L., 1943).

Un año más tarde Hans Asperger escribió un reporte de caso de Psicopatía Autística describiendo niños con discapacidad en la comunicación social, comportamientos excéntricos, intereses inusuales y dominios cognitivos con hiperfuncionamiento. Sin embargo, no fue hasta 1980 que el autismo fue incluido en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) como “autismo infantil”. Wing en el año 1987 renombró a la Psicopatía Autística como Síndrome de Asperger (SA) y en el año 1989 se elaboraron sus primeros criterios diagnósticos (Giambattista C., 2018).

Su reclasificación ha pasado de ser una entidad nosológica independiente en el DSM-IV a ser nominada como Trastorno del Espectro del Autismo en el DSM-V donde comparte criterios clínicos con el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, esto, no solo trae consigo cambios nominativos, además se resta importancia diagnóstica a las deficiencias en la comunicación social, enmarcándose a estos trastornos dentro de la categoría de deficiencias del lenguaje. (American Psychiatric Association., 2013)

Independientemente de su clasificación y denominación es importante la identificación de sus características clínicas que nos permitan un diagnóstico temprano, facilitando un enfoque integral en el tratamiento de estos pacientes, cuyo diagnóstico es de por vida y para los que aún no se ha descubierto una terapia farmacológica.

En el Ecuador las estadísticas de prevalencia e incidencia no muestran datos veraces, nos encontramos varios pasos atrás en el entendimiento de las patologías psiquiátricas, esto contribuye a infradiagnosticar el SA, atribuyendo sus manifestaciones clínicas a características del comportamiento individual. En nuestro país en el 2016 según datos proporcionados por la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública se reportó 1266 personas TEA de los cuales 205 tenían diagnóstico de SA (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Se analiza un caso de SA, en el seguimiento realizado se puede apreciar un desarrollo de Denver tardío, con sospecha de alteración auditiva y patología neurológica, presencia de dificultades en la adaptación social, alteraciones del lenguaje, praxias, estereotipias, gustos particulares en la alimentación, y desarrollo académico dificultoso siendo rasgos clínicos característicos de esta patología.

Si bien es cierto que el diagnóstico en psiquiatría es meramente clínico, los test psicométricos nos dan una orientación que nos permiten afianzar y complementar el mismo. Llama la atención el diagnóstico tardío lo cual incide de forma negativa en la calidad de vida tanto del paciente, como de su familia. Este factor puede ser un claro contribuyente para que las comorbilidades psiquiátricas a las que se encuentran más propensos los pacientes con Asperger estén presentes en el caso analizado, siendo el motivo del tratamiento intrahospitalario una depresión recurrente del paciente con intentos autolíticos, cuadro que se acompaña de ansiedad, insomnio, ataques de ira de difícil control y hábitos tóxicos.

1.1. Definición

El SA es un desorden del neurodesarrollo, el término es aplicado a una condición caracterizada por discapacidad permanente para las interacciones sociales y por patrones de conducta repetitiva e intereses restringidos. Ha sido categorizado dentro del desorden del espectro del autismo en el DSM V (American Psychiatric Association., 2013).

1.2. Etiología

La etiología exacta del SA es desconocida (Brasic J., 2018), sin embargo, se han establecido varios factores relacionados con su aparición.

1.3. Factores genéticos

Los estudios realizados en cuanto a las alteraciones genéticas presentes en el SA son poco concordantes, se establece a la herencia genética como agente causal en rangos muy amplios de entre el 40 al 90%, con un estimado reciente del 50% (Kristian S., 2016), otros estudios indican que más del 15 % de casos de SA se pueden explicar por causas genéticas (Brasic J., 2018).

Los genes involucrados en las vías neuronales sinápticas están siendo estudiados particularmente. Se han determinado varios genes alterados: 5q21.1 3p14.2 3q25 3p23 y duplicación materna del locus 15q11-13, además de las deleciones o duplicaciones del locus 16p11 presentes en el 1 al 3 % de pacientes con TEA (Brasic J., 2018).

1.4. Factores ambientales:

Complicaciones obstétricas: No existe una relación clara entre las complicaciones obstétricas y el SA. En un estudio sueco cerca de 2/3 de 100 pacientes varones con SA tuvieron antecedentes prenatales de hemorragia, infección, preeclampsia y otras complicaciones en una tasa mayor a la usual (Cederlund M., 2004), se desconoce si el síndrome es una causa o una consecuencia.

Factores de riesgo prenatales: edad paterna o materna avanzada y condiciones metabólicas de la madre como: hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad se han visto implicados (Kristian S., 2016).

Factores de riesgo intrauterinos: incluyen exposición a ácido valproico, infecciones maternas, polución del aire relacionada a tráfico y exposición a pesticidas (Kristian S., 2016).

Factores de riesgo perinatales: bajo peso al nacer y trabajo de parto pretérmino (Kristian S., 2016).

Cabe recalcar que la asociación de vacunación con vacunas basadas en timerosal y autismo han sido descartadas a través de evidencia científica sólida (Centers for Disease Control and Prevention. , 2015). Factores metabólicos: Metabolismo alterado del N-acetilaspártato y la glutamina

1.5. Epidemiología

La epidemiología reportada en diversos estudios es muy heterogénea, esto puede deberse a los criterios diagnósticos divergentes. Estudios realizados en Estados Unidos y Canadá reportan datos variables con tasas de 1 caso en 250 a 1 caso en 10000 respectivamente (Brasic J., 2018).

Encuestas previas han informado un aumento constante en la prevalencia del TEA en niños estadounidenses en las últimas 2 décadas. La estimación más reciente de la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo anunció una meseta en la prevalencia de 1.46% en 2012, con un incremento continuo de 0.67% en 2000 a 1.47% en 2010. (Guifeng X., 2018)

Por otro lado, un estudio sueco indicó la prevalencia de 1 caso en 300 niños. No hay predilección racial aparente, por el contrario, el sexo masculino se ve afectado predominantemente con una relación de 4:1 (Lai M., 2015).

Existen pocos estudios a nivel de Latinoamérica, un estudio colombiano evaluó la prevalencia de SA en dos ciudades colombianas: Bucaramanga y Medellín encontrando una prevalencia del 9,5% y 8,8% respectivamente, con una prevalencia global de 9% mostrando que el SA es más común de lo esperado en comparación con prevalencias en otros países (Díaz L., 2016).

En nuestro país según datos de la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública en el año 2016 se reportó 1266 personas con trastornos del espectro autista de los cuales 205 tenían diagnóstico de Asperger (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Estas estadísticas pueden estar infraestimadas debido a que miembros de la familia y amigos pueden tener la tendencia a atribuir la sintomatología a idiosincrasias individuales así como por las dificultades para su diagnóstico, un claro ejemplo es un estudio realizado en las ciudades de Quito y Guayaquil en el que se encontró que el 26% de los niños habían recibido entre 1 a 5 diagnósticos previos al definitivo tras haber sido evaluados por un promedio de 3 médicos. Posterior a la confirmación diagnóstica se determinó que el 13,7% de pacientes recibió un diagnóstico erróneo (Chávez C., 2017).

1.6. Presentación clínica

El SA cursa con una variedad de síntomas, así sus características más importantes incluyen:

- ✓ Déficit en la comunicación social
- ✓ Patrones repetitivos y restringidos tanto en su conducta, intereses y actividades

Algunos de estos signos pueden ya ser evidentes entre los 6 y 12 meses de edad, un diagnóstico fiable puede ser realizado a los 2 años, sin embargo, ya se ha expuesto previamente las dificultades que se pueden presentar en el diagnóstico en nuestro medio.

Las características más comunes que se pueden presentar antes de los 3 años son los déficit en el desarrollo de lenguaje así como retraso en el desarrollo de atención conjunta (la capacidad para coordinar la atención entre otra persona y un objeto de interés mutuo), se postula que aquellos niños que no han desarrollado atención conjunta luego de los 15 meses de edad deberían ser evaluados en búsqueda de un TEA.

Un retraso del lenguaje hasta los 18 a 24 meses sin componentes compensatorios (por ejemplo, gestos) ayuda al diagnóstico diferencial entre los TEA y retraso del lenguaje expresivo.

Los niños que presentan movimientos estereotipados como aleteo de manos, caminar sobre las puntas de los pies o colocarse los dedos junto a sus ojos de forma repetida deberían ser evaluados en búsqueda de un trastorno (Kristian S., 2016).

1.7. Variabilidad intelectual en el desorden del espectro autista:

Existe una gran variabilidad en la sintomatología en el TEA, incluyendo el perfil de funcionamiento intelectual de estos individuos, de esta manera pueden variar desde alta inteligencia hasta discapacidad intelectual (Crespi, 2016).

El autismo de alto funcionamiento corresponde a una forma leve sin discapacidad intelectual (Klin, 1995), entendiéndose por aquellos que tienen un IQ mayor de 70, aunque el autismo de alto funcionamiento no está dentro del DSM, es útil en términos de presentación clínica, pronóstico y la necesidad de asistencia en su vida diaria (Giambattista C., 2018). Por otra parte, algunos individuos con SA tienen un cociente intelectual promedio o superior, con un amplio vocabulario y buena habilidad gramatical (Wing, 2011). Por lo antes expuesto ha habido un gran debate sobre si el SA y el autismo de alto funcionamiento son condiciones distintas o variantes de un solo desorden (Giambattista C., 2018).

En el estudio dirigido por Giambattista se encontró un retraso de desarrollo de lenguaje en los sujetos con SA y con autismo de alto funcionamiento, varios autores han concordado que la ausencia de retraso de lenguaje clínicamente identificable no es un criterio diagnóstico fiable para SA como lo describe el DSM IV, más aun tomando en cuenta que es una característica muchas veces dependiente de la percepción de los padres. Otro hallazgo de importancia fue que los sujetos con autismo de alto funcionamiento tienen peores habilidades cognitivas y de comprensión lo cual afecta la comprensión de la intención comunicativa del hablante, así como el entendimiento social, en contraste los pacientes con SA que adoptan estrategias de compensación (Giambattista C., 2018).

1.8. Alteraciones sensoriales en el desorden del espectro autista: visión

Las alteraciones visuales son comunes en el desorden del espectro autista, a continuación, se citan algunos de los campos alterados (Bakroon, 2016):

- ✓ Problemas optométricos.

- ✓ Acuidad visual.
- ✓ Bajo nivel de procesamiento visual.
- ✓ Organización perceptual.
- ✓ Lectura.
- ✓ Detección de movimientos de la cabeza.
- ✓ Reconocimiento de movimientos biológicos.
- ✓ Emoción en rostros.
- ✓ Procesamiento del color.

El procesamiento del color tiene especial interés puesto que se relaciona con otras actividades como leer, aprender, velocidad y exactitud en búsqueda de objetivos visuales y comportamiento sobre la percepción del color, así se han descrito obsesión por colores y fobia hacia otros (Ludlow, 2006).

El autismo se ha asociado también a pobre discriminación del color (Heaton, 2008) y a una menor exactitud en la discriminación de objetivos cuando estos están sobre un fondo cromático así como déficits difusos en la visión de color (Franklin, 2010) dato que se corroboró en el estudio de Zachi encontrándose defectos difusos en la visión del color en pacientes con SA (Zachi EC, 2017).

1.9. Criterios diagnósticos para trastornos del espectro del autismo

Los criterios expuestos en la *tabla 1* han sido publicados en el DSM-V (American Psychiatric Association., 2013).

Tabla 1-1: Criterios diagnósticos de trastorno del espectro del autismo

<p>A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos
--

pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (ver tabla 2).

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (ver tabla 2).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades

<p>limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).</p>
<p>D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.</p>
<p>E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un TEA y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.</p> <p>Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con o sin déficit intelectual acompañante</p> <p>Con o sin deterioro del lenguaje acompañante</p> <p>Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)</p> <p>Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)</p> <p>Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental)</p> <p>(Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).</p>

Modificado de: Kristian S., C. T. (2016). Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. *American Family Physician*, 972-980.

Tabla 2-1: Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad

	la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya La conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
--	--	--

Modificado de: Kristian S., C. T. (2016). Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. *American Family Physician*, 972-980.

Cuadro comparativo entre CIE10 DSM-5:

Tabla 3-1: Comparación de los criterios diagnósticos del CIE 10 y DSM-5

PARÁMETROS	CIE 10	DSM-5
Criterios diagnósticos	<p>Período previo de desarrollo inequívocamente normal, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años de edad.</p> <p>Alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales.</p> <p>Alteraciones cualitativas de la comunicación.</p>	<p>Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos</p> <p>Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades</p> <p>Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo</p>

Trastornos acompañantes más frecuentes	Fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Autoagresiones	No se especifican
Incluye	Autismo infantil Síndrome de Kanner Psicosis infantil Trastorno autístico	Trastorno autista Enfermedad de Asperger Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo
Excluye	Psicopatía autística	Trastorno de comunicación social (pragmática)
Diagnóstico diferencial	Trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje Trastorno de la vinculación en la infancia reactivo. Trastorno de vinculación en la infancia desinhibido. Retraso mental Esquizofrenia de comienzo precoz Síndrome de Rett	No se especifican
Otras especificaciones	No se especifican	Con o sin déficit intelectual acompañante Con o sin deterioro del lenguaje acompañante Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento

		Con catatonía
--	--	---------------

Elaborado por: Soledad Moncayo

1.10. Diagnóstico diferencial de Asperger

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes entidades (Brasic J., 2018):

- ✓ Autismo de alto funcionamiento
- ✓ Desórdenes de ansiedad
- ✓ Desórdenes del humor
- ✓ Hiperactividad con déficit de atención
- ✓ Trastorno obsesivo compulsivo

1.11. Comorbilidades psiquiátricas asociadas al desorden del espectro autista:

Existen varias condiciones asociadas al TEA, estas modifican el pronóstico y la severidad de la afección, las más comunes se detallan en la tabla 4.

Tabla 4-1: Condiciones asociadas al desorden del espectro autista

Condición	frecuencia	Características
Condiciones psiquiátricas	63 – 96%	Alta prevalencia de ansiedad, depresión, desorden de déficit de atención con hiperactividad
Discapacidades motoras	51% puede reducirse al 38% con el pasar del tiempo	Hipotonía, apraxia, retrasos del desarrollo motor grueso, caminata sobre los dedos. Pueden mejorar con terapia o naturalmente con el paso del tiempo.
Insomnio	50-80%	Puede mejorar con melatonina, es importante la higiene del sueño.

Discapacidad intelectual	20-50%	Discapacidad intelectual (35%), IQ \leq 70 Rango límite (25%), IQ 71 – 85 Promedio o sobre el promedio (44%) IQ \geq 85
Epilepsia	12 – 26%	Riesgo incrementado en pacientes con menor capacidad cognitiva
Problemas gastrointestinales	9 – 91%	Constipación crónica, diarrea, dolor abdominal.

Modificado de: Kristian S., C. T. (2016). Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. *American Family Physician*, 972-980.

1.12. Depresión y Asperger

La depresión es una comorbilidad frecuente en SA, en ocasiones puede manifestarse como irritabilidad, se presentan de forma más usual las depresiones atípicas lo que hace más complicada su identificación y manejo, el cuadro puede verse agravado por ser característico de estos pacientes los episodios de ira de control complicado. La depresión y las ideas autolíticas pueden ser el resultado de no poder superar sus dificultades sociales sin ayuda lo que causa frustración. El abuso de alcohol y otros tóxicos acompañan de forma regular el cuadro (Kocourkova J., 2013)

Dentro de la clínica característica existe victimización, aislamiento, conflictos familiares y fallas en el comportamiento social que componen gran parte de la motivación suicida. La edad adolescente es la más frecuente para el intento suicida. Un desorden afectivo está presente en un 70 al 80 % de los suicidios, un 15 % de los pacientes con SA que presentan depresión llegan al suicidio (Kocourkova J., 2013).

Se debe tomar en cuenta que el concepto subjetivo de la muerte es afectado por las formas de pensar y experimentar emociones y afectos, por lo que son más propensos a establecer una estimulación suficiente para repetir una conducta suicida (Kocourkova J., 2013).

1.13. Auxiliares diagnósticos para el TEA

1.13.1. Resonancia Magnética

No se requiere para el diagnóstico pero se pueden encontrar los siguientes hallazgos: hipoplasia del giro prefrontal anterior y de la porción anterior del giro temporal superior, resultando en la ampliación de la fisura silviana y una exposición parcial de la corteza de la ínsula, además hipoplasia de la corteza derecha temporo-occipital, giros pequeños de los lóbulos parietales posteriores, alargamiento del ventrículo lateral derecho, disminución del tamaño del cerebro medio y de la médula oblonga (Brasic J., 2018) .

1.13.2. Espectroscopia

Nos ayuda a medir la concentración de químicos en regiones de interés del cerebro, se sugiere desbalance excitatorio inhibitorio en el SA (Brasic J., 2018).

1.13.3. Test genéticos

Pueden ser de utilidad el microarray cromosómico, hibridación genómica comparativa, cariotipificación, x frágil, estudios de metilación, análisis de proteína de unión metil-CpG (MSP2), fosfatasa y tensina homólogas (PTEN), secuenciación genética específica en los casos en que se sospeche de un síndrome en particular (Brasic J., 2018).

1.13.4. Test psicológicos

Proviene de los términos psico y metría, que significa medida de los fenómenos psíquicos. Por lo que intentan medir habilidades cognitivas o rasgos de personalidad, en las personas estudiadas. Constituyen instrumentos estructurados, donde el evaluado tiene que escoger, entre alternativas de respuestas posibles, aquella que considera se ajusta mejor en su caso particular.

Los instrumentos de evaluación psicológica son construidos basándose en distintas teorías psicológicas, se utilizan para recoger datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Es así, que constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre. Los resultados obtenidos se integran

al proceso evaluativo y sirven en la toma de decisiones terapéuticas al ser orientadoras diagnósticas. El uso correcto o incorrecto de los instrumentos de medida determinan la calidad de la información que se obtiene, y por ende los resultados obtenidos.

Un test debe poseer validez y fiabilidad para considerarse un instrumento objetivo de medición. Estos dos factores están estrechamente ligados, ya que un instrumento no puede ser válido si no es al mismo tiempo fiable.

La fiabilidad hace referencia a la estabilidad o consistencia de la puntuación, obtenida por una persona, en diferentes momentos en que se le aplique el mismo test. Cuando se dice que un test es fiable se supone en su elaboración se han tenido en cuenta todos los indicadores que aseguran tal aseveración. Para esto deben poseer estabilidad temporal que indica el grado en que las puntuaciones de un test quedan afectadas por las fluctuaciones diarias que se producen en el sujeto o en el ambiente en el que es aplicado.

La validez se refiere al grado en que el test mide lo que pretende medir. Existen varios procedimientos para determinar la validez de un test, se toma en cuenta la validez de contenido para determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse. La validez predictiva que indica la efectividad del test en la predicción de algún resultado futuro. Validez concurrente es la relación entre las puntuaciones del test y los índices de status del criterio obtenido, aproximadamente al mismo tiempo. La validez de elaboración de un test es el grado en que este mide una elaboración teórica o rasgo (González F, 2007).

- ✓ Test de WECHSLER IV: Creada por Wechsler, su test evalúa las distintas maneras a través de las cuales la inteligencia se manifiesta, está formado por 10 pruebas principales y 5 pruebas opcionales, los cuales incluyen cuatro categorías: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, y velocidad de procesamiento (Amador J, 2013). Este instrumento analiza la relación entre función intelectual y memoria, incluye 11 subtests, se necesitan aproximadamente entre 60 a 90 minutos para completarlo. Posee una confiabilidad de 0,90 y una validez de 0,88 (Statistics Solutions, s.f.)

- ✓ Test de Matrices Progresivas de Raven: Creado por J.C. Raven en 1938 se considera un instrumento para medir la capacidad intelectual, consiste en comparar formas de

razonamiento por analogías independientemente de los conocimientos adquiridos. Es un test lacunario, no cultural, no verbal, no manual, interesante y sencillo. Por ser no verbal se aplica a cualquier persona independientemente de su idioma, educación y capacidad verbal; incluso analfabetas y sordomudos. Posee una confiabilidad de 0.87 y una validez de 0.86 (Casé R., 2002)

- ✓ Cuestionario Big Five de Personalidad (BFQ): Creado por Digman y Jhon en el año 1990. Este cuestionario analiza las características más sobresalientes y socialmente relevantes codificadas en el lenguaje cotidiano, para esto se evalúan 5 dimensiones fundamentales de la personalidad, entre las que tenemos energía, tesón, afabilidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia, cada una de estas posee subdimensiones que son evaluadas. (Martinez Z.) Permite también identificar la tendencia del evaluado a distorsionar los datos y ofrecer una imagen falsa de sí mismo. (Pedrero E, 2002) Posee una confiabilidad de 0,747 y una validez de 0,835 (Quispe E., 2016).
- ✓ Cociente de Empatía (EQ): Diseñado por Baron-Cohen y Wheelwright en el 2004 como instrumento diagnóstico en pacientes con Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento. (Olivera J., 2011). Es un instrumento que analiza la teoría de empatización-sistematización facilitando la identificación de la de cognición social en los pacientes con trastorno del espectro autista, detectando su carencia de empatía. (Politis, 2008). Posee una confiabilidad de 0,97 y una validez del 0,78. (Baron S, 2004) .
- ✓ Cociente de Espectro Autista (AQ): Diseñado por Baron-Cohen, Frith y Wing. Se estructuró para mejorar la comprensión y el diagnóstico en pacientes con trastorno del espectro del autismo. Evalúa las habilidades sociales, comunicación, imaginación y cambios en la atención y atención a detalles (Hoekstra R., 2008). Esta escala permite además discriminar el fenotipo del autismo. (Baron S, 2004). Posee una confiabilidad 0,63 y una validez de 0,81 (Hoekstra R., 2008)
- ✓ Evaluador de Asperger en Adultos (AAA): Elaborada por Baron-Cohen, Frith y Wing, es utilizada para distinguir Asperger de Autismo de alto funcionamiento, aquellos pacientes con alteraciones del lenguaje son diagnosticados con autismo de alto funcionamiento. Actualmente existe controversia, ya que, se ha demostrado que los pacientes con SA

también tienen alteraciones en el desarrollo del lenguaje. Para llegar al diagnóstico de SA se debe presentar 3 o más síntomas en los primeros 3 ítems, un síntoma del cuarto ítem y los 5 prerrequisitos. Los resultados de esta escala se deben correlacionar con las escalas de cociente del espectro autista y cociente de empatía. (Baron S., 2005).

Con formato: Punto de tabulación: 7,5 cm, Centrado

1.14. Tratamiento

1.14.1. Tratamiento no farmacológico

El tratamiento principalmente se basa en instrucción y consejería enfocada en reforzamiento de comportamientos sociales apropiados, implementación de estrategias de comunicación y lenguaje, desarrollo de habilidades sociales, terapia de relajación, desarrollo de habilidades especiales (por ejemplo, música), entre otras (Brasic J., 2018).

Dentro de los tratamientos para manejo del comportamiento podemos citar (Kristian S., 2016):

- ✓ Terapia cognitiva del comportamiento: ha demostrado reducir la ansiedad en niños con IQ promedio o sobre el promedio.
- ✓ Juego dirigido: mejora las habilidades de comunicación social temprana.
- ✓ Entrenamiento de habilidades sociales: mejora las habilidades sociales y reconocimiento de emociones en escolares sin disfunción intelectual.
- ✓ Programas de educación y entrenamiento de padres: disminuye el comportamiento disruptivo y mejora las habilidades de lenguaje.

Se propuso también el posible beneficio en las manifestaciones clínicas de los pacientes con SA al consumir dietas libres de caseína y gluten. Un estudio en el que se incluyeron personas con TEA a quienes se administró dietas sin gluten y sin caseína entre cuatro días y cuatro años lo que arroja una media de 10 meses buscando resultados relacionados con mejoría de los síntomas como mejor comunicación o reciprocidad emocional. La mayoría de los participantes en los estudios incluidos fueron diagnosticados con autismo (93%) y síndrome de Asperger. La edad osciló entre los 2 y los 17 años. Posterior al estudio se concluyó que las pruebas no apoyaban el uso de productos sin gluten y / o sin caseína (Mulloy A., 2010).

La caseína y el gluten no pueden ser digeridas por completo generando sustancias llamadas péptidos que pueden actuar como opiáceos, aparentemente esto podría deberse a una deficiencia enzimática en muchos niños con autismo que les impide desdoblar adecuadamente las proteínas. De la digestión incompleta de las proteínas del gluten y la caseína surgen la gluteomorfinina y la caseomorfinina, la única enzima que puede dividirlos es la dipeptidil peptidasa IV, la cual en niños con TEA aparentemente se encuentra ausente o reducida, lo que se relacionó con la alta incidencia de las alteraciones gastrointestinales que acompañan al SA, se considera importante la modificación dietética relacionada con la comorbilidad gastrointestinal específica para lograr mayor confort en los síntomas acompañantes (Audisio A., 2013).

Una revisión sistemática en la que se incluyeron pacientes menores de 18 años para analizar niños sin antecedentes o con corta duración de la lactancia materna y su relación con el TEA se determinó que la relación entre la lactancia materna y el autismo sigue siendo polémica, algunos estudios han demostrado que la incidencia de autismo disminuyó con la lactancia materna y el aumento en la duración de la misma. Por otro lado, en un estudio reciente no se encontraron diferencias en las tasas de lactancia materna de 50 niños TEA, en comparación con 50 niños de control (Sherief G., 2016).

1.15. Tratamiento farmacológico

Actualmente no hay medicaciones aprobadas para el manejo del TEA como tal. Es importante manejar las comorbilidades psiquiátricas que se asocien con la patología (Brasic J., 2018).

El aripiprazol y las risperidona son los únicos medicamentos aprobados por la FDA para la irritabilidad asociada al TEA, se ha observado beneficios además sobre la agresividad y riesgo de autolesión (Kristian S., 2016).

Experimentalmente se ha demostrado beneficios del uso de la oxitocina como se detalla a continuación.

1.16. Rol de la oxitocina en el tratamiento TEA:

Actualmente existen tres clases de fármacos usados para el tratamiento del desorden del espectro autista:

- ✓ Neurolépticos
- ✓ Inhibidores de la recaptación de serotonina y
- ✓ Psicoestimulantes

Sin embargo, ninguno de los antes estudiados trata el déficit social presentado en este grupo de pacientes.

La literatura reciente sugiere que la oxitocina juega un rol crucial en el comportamiento social, una sola dosis de oxitocina intranasal ha demostrado un incremento en la confianza en grupo, la fijación en la región ocular, mejora el afecto y el reconocimiento facial, además, mejora la empatía y la teoría de mente (Preckel K, 2016).

Se beneficia también la afiliación, motivación, cognición social y regulación del estrés social en participantes sanos. Basado en experimentos de procesamiento emocional se ha sugerido que la reactividad de la amígdala media los efectos de la oxitocina en el comportamiento (Preckel K, 2016).

La amígdala es un área rica en receptores de oxitocina, aun así la oxitocina no solo media sus efectos en áreas que disponen de receptores de oxitocina, sino también en otras áreas a través de la interacción con otros neurotransmisores como la dopamina y la serotonina (Dolen G, 2013). Esto explica los hallazgos en la corteza prefrontal durante interacciones altruistas así como la activación del lóbulo temporal y la ínsula cuando las emociones son procesadas.

La estructura de una región cerebral y sus patrones de activación también pueden ser influenciados por variaciones genéticas como variaciones polimórficas en la región del promotor del gen de la oxitocina lo cual podría estar en relación con diferencias individuales en el comportamiento social (Kumsta R, 2013).

Un metanálisis que incluía estudios controlados randomizados desde enero de 1990 a septiembre de 2013 mostró efectos promisorios sobre aspectos autísticos principalmente en el reconocimiento de emociones y el patrón de movimientos oculares. Tras la administración de oxitocina se observó disminución en los comportamientos repetitivos, sin embargo los hallazgos no fueron muy consistentes (Preti A, 2014).

A pesar de todos estos hallazgos sobre la mejoría que muestran tras el uso de oxitocina, no se han observado mejoría de los síntomas nucleares del TEA (Preckel K, 2016).

1.17. Pronóstico

Se ha demostrado un mejor pronóstico en aquellos pacientes que reciben soporte de los miembros de la familia. Para que este soporte sea adecuado los familiares deben poseer conocimientos acerca de la patología, sobretodo de las conductas específicas que se presentan, esto permitirá una mayor comprensión y uso de estrategias adecuadas. Contribuye positivamente compartir experiencias de otros individuos con este desorden y sus cuidadores para lo que existen diversas guías y grupos de apoyo en línea.

Los profesores tienen más oportunidades de apoyar a estos pacientes para un mejor desempeño escolar, es posible moldear un comportamiento social más adecuado, fomentar actividades en grupo y ayudarlos en el enfrentamiento de situaciones sociales al supervisar momentos de descanso escolares.

Con apoyo profesional los pacientes pueden aprender guías sociales específicas que les ayude para una interacción social más adecuada, es importante aceptar que la afectación social es de por vida. Existen mejores resultados con seguimiento psicológico y psiquiátrico intensivo.

Parecen tener una esperanza de vida normal, sin embargo, hay un incremento de prevalencia de comorbilidades psiquiátricas lo que afecta su calidad de vida. Las más predominantes son la depresión, ansiedad, desorden obsesivo compulsivo, hipomanía y Síndrome de Tourette.

Existe un incremento del riesgo de suicidios con relación proporcional al número y severidad de las comorbilidades. El trastorno puede estar infradiagnosticado en varios casos de suicidio, en los que se pudo haber reportado otros problemas psiquiátricos.

Las comorbilidades afectan a adolescentes y adultos, están particularmente y en formas más graves en aquellos pacientes con historia familiar de la enfermedad.

Son vulnerables al abuso sexual, los padres y cuidadores deben alertar para evitar estas situaciones, los pacientes deben ser entrenados en reconocer e impedir el abuso sexual. (Brasic J., 2018).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre caucásico de 28 años que ingresa al Hospital Provincial General Docente de Riobamba trasladado por personal del ECU 911 por aparente cuadro de intoxicación con amitriptilina.

2.1. Datos de filiación

Paciente nace y reside en Riobamba, se autoidentifica como mestizo, instrucción superior incompleta, estado civil soltero, ocupación comerciante, vive con sus padres y dos hermanos menores.

2.2. Antecedentes personales

Producto de primera gesta nace por parto cefalovaginal según madre tuvo hipoxia al nacimiento.

Durante la infancia presenta una serie de deficiencias. El desarrollo del lenguaje fue tardío, su vocabulario era muy limitado. Antes de los 3 años fue sometido a varios exámenes, con diagnóstico presuntivo de sordera, posterior a evaluación por especialidad se descartó diagnóstico. Recibió además evaluación neurológica con realización exámenes complementarios: electroencefalograma y tomografía de cráneo, sin hallazgos patológicos.

Se observa en la historia clínica realización de valoración psicológica con diagnóstico de dislexia y discalculia, se sometió a terapia de lenguaje diaria, posterior a 6 meses aproximadamente su vocabulario es correspondiente al promedio para su edad

Se observaban praxias y estereotipias caracterizados por juegos repetitivos, es solitario, “no le gustaban los extraños”, tenía pocos amigos, no le agradaba participar en grupo, se frustraba con facilidad, no hacía contacto visual, hablaba solo, presentaba ataques de ira de difícil control en los que se autoagredía. Le molestaba el ruido y en su alimentación era muy repetitivo y restrictivo. (Ortiz, 2017).

Tenía problemas de motricidad fina, por lo que se le ayudaba a sostener el esférico con cinta adhesiva, su desarrollo académico fue dificultoso, en la primaria recibió clases particulares continuas con lo que aprendió a leer y escribir. Lo destacable en esa edad era su buena memoria, se aprendió todos los países del mundo, su idioma e incluso su moneda.

En la secundaria, existió poco apoyo por parte de los maestros, quienes pensaban tenía algún retraso y necesitaba una escuela especial. Fue víctima de burlas por parte de compañeros y maestros.

Ingresó a dos carreras universitarias Derecho y Sistemas, sin embargo, se retiró de las mismas, de la primera por desacuerdo ideológico, “no me agrada la forma de dar clases de los profesores, me parece que no son correctas las maneras de usar las leyes en beneficios particulares”, en Sistemas las cátedras de dibujo técnico y las relacionadas a matemática y cálculo no le permitieron avanzar. Estudió inglés dominando con facilidad el idioma, viajó a Alemania aprendió alemán demostrando aptitud en este campo, en este país se siente atraído por la cultura, la forma de comunicación directa es más comprensible para él, creó un sentido de pertenencia, lo que ha generado grandes conflictos que persisten tras su retorno a Ecuador.

Su grupo de amistades es muy reducido, hasta el momento no ha tenido ninguna relación de pareja, manifiesta que le es más complicado entender ciertas conductas de las mujeres, le causa gran frustración este ámbito de su vida.

A los 26 años fue diagnosticado de depresión en tratamiento con amitriptilina 25 miligramos hora sueño, carbonato de litio 300 mg cada día y risperidona 8 gotas cada 12 horas.

Dentro de sus hábitos tóxicos a los 16 años inicia consumo de tabaco actualmente cinco cigarrillos diarios en promedio, a los 18 años ingiere alcohol una vez por semana de 6 a 7 cervezas habitualmente, desde los 23 años consume marihuana una vez al mes, desde hace 6 meses en remisión.

2.3. Antecedentes familiares

La familia es estructurada, aparentemente funcional, está constituida por cinco miembros. A la entrevista con el paciente y su madre se percibe buena relación entre los padres. El embarazo del paciente fue planificado, desde el inicio se apreció diferencias en su comportamiento y habilidades, ha recibido continuo apoyo por parte de sus padres, sin embargo, el paciente cataloga la relación con su padre como mala, refiere discusiones frecuentes, poca comunicación e incapacidad para llegar a acuerdos, “él me pone muchas reglas y me trata como un niño chiquito, eso no me gusta”. Con su madre se muestra receptivo, manifiesta tener más confianza, a pesar de esto madre refiere aislamiento constante del paciente.

Posee dos hermanos menores, una hermana de 23 años con quien siempre ha tenido una convivencia conflictiva, al momento existe gran distanciamiento con lo cual las discusiones han cesado. El paciente presenta un uso excesivo del computador y los videojuegos, con un tiempo medio de uso de 8 horas al día, su hermano de 17 años comparte su gusto por los videojuegos por lo que realizan actividades en común y la convivencia es agradable y frecuente, sin embargo, manifiesta no conversar con él acerca de sus pensamientos o sentimientos, además de limitar la comunicación por locuciones constantes de chistes, sarcasmos y expresiones metafóricas que no son comprendidas por el paciente, generando sentimiento de incapacidad, burla e ira.

- ✓ Cáncer de útero: Abuela materna fallecida
- ✓ Cáncer de pulmón: Abuelo materno fallecido
- ✓ SA: Dos primos paternos
- ✓ Autismo: Primo paterno

2.4. Enfermedad actual

El 5 de Octubre del 2017 el paciente es trasladado por personal de ECU 911 posterior a llamada de su madre quién encuentra a paciente inconsciente con blísters de medicación habitual (amitriptilina) vacíos junto al mismo aparentando consumo de aproximadamente 50 tabletas.

Madre refiere tratamiento previo para depresión, manifiesta que paciente presenta de forma constante aislamiento, insomnio, tristeza y episodios de ira.

2.5. Revisión de aparatos y sistemas

Sin patología aparente

2.6. Examen físico

Al ingreso a emergencia paciente se encuentra somnoliento, irritable, sin respuesta verbal, con respuesta motora y ocular al dolor sumando un Glasgow de 7/15. Signos vitales: tensión arterial de 130/80 mm/Hg, frecuencia cardíaca 119 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturando 92 % con apoyo de oxígeno.

Pupilas midriáticas, hiporeactivas, fosas nasales presencia de cánula nasal, boca con placas blanquecinas en tercio posterior de lengua, mucosas orales semihúmedas, cuello móvil sin adenopatías. Tórax en quilla, expansibilidad disminuida, corazón rítmico, taquicárdico, no soplos, pulmones murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho sin ruidos sobreañadidos. Abdomen suave, depresible, aparentemente no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos. Región inguinogenital presencia de sonda vesical con orina clara. Extremidades tono fuerza y movilidad disminuida con pulsos distales presentes

Por condición del paciente se pide valoración por UCI quienes deciden su ingreso para soporte de ventilatorio y manejo de cuadro tóxico

Paciente permanece en unidad de cuidados intensivos por 7 días, donde supera cuadro agudo y sus complicaciones, con evolución favorable, hemodinámicamente estable es ingresado al servicio de Medicina Interna para continuar manejo hospitalario.

Recibe valoración psicológica y psiquiátrica, se encuentra un paciente despierto, orientado en las tres esferas, de aspecto descuidado, colaborador al interrogatorio, quien manifiesta sentirse triste con frecuencia, presentar insomnio de conciliación, con tendencia al aislamiento, al momento buen tono afectivo, sin alteraciones sensorio-perceptivas, no ideas de muerte. Dentro del tratamiento

farmacológico en hospitalización se prescribe sertralina 50 miligramos vía oral cada 12 horas, carbonato de litio 150 miligramos vía oral am y 300 miligramos vía oral pm y levomepromazina 100 miligramos 1/8 de tableta en caso de insomnio.

Por antecedentes y alteraciones en el desarrollo durante niñez y adolescencia se sospecha variante del TEA

2.7. Diagnóstico presente en historia clínica

Por antecedentes del paciente y cuadro actual se diagnostica:

- ✓ Intento autolítico
- ✓ Intoxicación por amitriptilina
- ✓ Depresión grave no psicótica

2.8. Diagnóstico definitivo, sustentación y análisis realizado por la investigadora en seguimiento del paciente

2.8.1. Exploración psicológica y psiquiátrica

Cognitiva: paciente de aspecto aliñado, con ropa adecuada para el clima y la ocasión, contextura delgada, apariencia acorde a la edad, rostro inexpresivo, no realiza contacto visual. Se muestra ansioso y distraído. Orientado en tiempo, espacio y persona, poca fluidez verbal-lenguaje coherente, sin alteraciones sensorio-perceptivas, con alteración en atención sostenida y focalizada disminuida, razonamiento conservado lenguaje entrecortado.

Volitiva: se presenta disminuida de forma generalizada, existe poca perseverancia en todas las áreas de desempeño personal, escaso autocontrol con episodios de ira y conductas impulsivas como se evidencia claramente en este intento autolítico, la concentración y la capacidad de adaptación han restringido el desempeño en el área social, académica y laboral.

Conductual: paciente colaborador, no irritable, tartamudea con frecuencia y se acentúa al hablar acerca de emociones y patrón de conducta, movimientos de lateralización de cabeza cortos pero persistentes, lenguaje no verbal aplanado, casi ausente.

Emocional: paciente visiblemente ansioso, refiere sentimientos de tristeza de difícil percepción, presenta uso limitado de gestos, se observa expresión facial limitada, ausencia de contacto visual, no existe labilidad emocional.

2.8.2. Resultados de escalas psicométricas aplicadas en seguimiento

2.8.2.1. Valoración del Coeficiente Intelectual

Tabla 5-1: Comparación de escalas de valoración del Coeficiente Intelectual

Características	WECHSLER IV (Historia Clínica)	Matrices Progresivas de Raven (Investigadora)
Autor	David Wechsler	J.C.Raven
Evalúa	Comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento	Mide la capacidad intelectual, consiste en comparar formas de razonamiento por analogías independientemente de los conocimientos adquiridos
Resultados	Escala total: 73 que corresponde a normal-promedio Índice compuesto: 79 que corresponde a promedio bajo	Puntaje de 37 que corresponde al percentil 25 e un rango inferior al término medio
Confiabilidad	0,90	0.87
Validez	0,88	0.86

Elaborado por: Soledad Moncayo

2.8.2.2. Test Aplicados para orientación diagnóstica de SA

Tabla 6-1: Orientación diagnóstica mediante aplicación de escalas psicométricas

Escalas	Cuestionario Big Five de Personalidad	Cociente de Empatía	Cociente de Espectro Autista	Evaluador de Asperger en Adultos
Autor	Digman y Jhon	Baron-Cohen y Wheelwright	Baron-Cohen, Frith y Wing	Baron-Cohen, Frith y Wing

Evalúa	5 dimensiones fundamentales de la personalidad, entre las que tenemos energía, tesón, afabilidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia	Analiza la teoría de empatización-sistematización facilitando la identificación de la de cognición social en los pacientes con trastorno del espectro autista, detectando su carencia de empatía.	Evalúa las habilidades sociales, comunicación, imaginación y cambios en la atención y atención a detalles	Distinguir Asperger de autismo de alto funcionamiento, aquellos pacientes con alteraciones del lenguaje son diagnosticados con autismo de alto funcionamiento.
Resultados	No existe distorsión de la personalidad ya que los resultados arrojan un indicador "Muy Bajo". Podemos destacar que las dimensiones de energía y tesón se encuentran dentro del indicador "Alto" la estabilidad emocional se ha catalogado como "Promedio", la afabilidad y la apertura mental	Se obtuvo una puntuación de 17 encontrándose en el primer rango que comprende de 0 a 32, equivalente a "Bajo", la media de las personas con Asperger o autismo de alto funcionamiento es de 20.	Puntuación de 34 correspondiendo al rango de 35 a 50 indicador de "Muy Alto" la media de las personas con síndrome de Asperger o autismo de alto funcionamiento es de 35.	Socialización 4, obsesiones 5, comunicación 4, imaginación 2 y prerrequisitos 5. Para llegar al diagnóstico de Síndrome de Asperger se debe presentar 3 o más síntomas en los primeros 3 ítems, un síntoma del cuarto ítem y los 5 prerrequisitos mismos que se

	ondean “Muy Alto”			cumplen en el caso del paciente. Para que sea clínicamente significativo la puntuación debe ser superior a 32 en el Cociente del Espectro Autista e inferiores a 32 en el Cociente de Empatía.
Confiabilidad	0,747	0,97	0,81	-----
Validez	0,835	0,78	0,78	-----

Elaborado por: Soledad Moncayo

2.8.3. Conclusión diagnóstica posterior a evaluación

- ✓ Intoxicación por amitriptilina resuelta
- ✓ Intento autolítico
- ✓ Depresión mayor
- ✓ Síndrome de Asperger

2.9. Seguimiento del paciente

Paciente posterior a estabilización, diagnóstico y tratamiento intrahospitalario es dado de alta el día 12/10/2017 asintomático, con buen tono afectivo, sin ideas de muerte, con mejor conciencia de la enfermedad, el tratamiento médico enviado fue sertralina 50 miligramos vía oral cada día, carbonato de litio 150 miligramos vía oral en la mañana y 300 miligramos vía oral hora sueño, risperidona 1 miligramos vía oral hora sueño. Se envía control por consulta externa el 01/11/2017.

17/11/2017

Acude a control por psicología, se pide enumerar sus problemas y realizar ejercicio físico de forma regular.

04/12/2017

Es valorado en consulta externa de psiquiatría, se encuentra inquieto, colaborador al interrogatorio, refiere deseos de consumo de marihuana, ideas autolíticas, estado de ánimo regularmente triste y aislamiento persistente. Se modifica esquema terapéutico: sertralina 100 miligramos vía oral cada día, carbonato de litio 300 miligramos cada 12 horas, risperidona 1,5 miligramos vía oral hora sueño.

16/01/2018

En control psiquiátrico acude acompañado por su madre, manifiesta persistencia de deseos de consumo de marihuana, ha disminuido el consumo de tabaco a tres unidades diarias, se encuentra con mejor estado emocional, niega tristeza, ideas autolíticas y alteraciones sensorio-perceptivas. Se denota mayor conciencia de enfermedad. Dentro de las indicaciones se incrementa risperidona a 2 miligramos vía oral hora sueño, resto de fármacos con igual prescripción.

27/01/2018

En consulta de psicología se presenta mejor estado emocional, refiere haber incrementado sus actividades cotidianas y laborales, se orienta en proyecto de vida.

05/03/2018

Asiste acompañado por su madre a control psicológico, dice tener ideas autolíticas persistentes desde alta previa, señala que dicho pensamiento ha sido persistente desde aproximadamente los 12 años. Al momento no disfruta de su vida, rechaza apoyo familiar, lo que es reforzado por su madre quien describe aislamiento persistente y poca comunicación.

17/04/2018

Control psiquiátrico donde manifiesta no haber consumido alcohol ni drogas, consumo de tabaco permanece igual, está acompañado por su madre. Ha ingresado a un curso de soldadura, al hablar del tema se muestra inquieto, dice tener ansiedad y temor de fallar en actividad, lo asevera le

ocurre siempre que inicia una actividad nueva. Se disminuye risperidona a 1 miligramo vía oral hora sueño, resto de fármacos se mantiene.

21/04/2018

En psicología paciente manifiesta acudir regularmente a curso de soldadura, al momento se lo ve más alegre, refiere mejor estado de ánimo, ha establecido algunas relaciones interpersonales, se plantea como objetivo conocer personas y establecer vínculos amistosos.

01/06/2018

Paciente es traído a emergencia por personal de ECU 911, acompañado por su madre quien manifiesta haber encontrado a paciente inconsciente en el baño con aliento etílico.

Fase aguda del cuadro es resuelta en emergencia donde se aplica escala de Sad Persons con puntuación de 7. Se da el ingreso a medicina interna. En valoración psiquiátrica paciente comenta ideas autolíticas desde hace 3 semanas, el día previo a su ingreso compra 50 pastillas de risperidona, llega a su cuarto y mira videos en línea de métodos de suicidio, posterior a esto ingiere las 50 pastillas con vodka, refiere haberse quedado dormido, luego despierta en el hospital, se indica familiar permanente, vigilancia estricta, sertralina 100 miligramos vía oral cada día, carbonato de litio 300 miligramos cada 12 horas, haloperidol 5 mg intramuscular am y 10 mg intramuscular pm.

Se realiza entrevista al paciente, al momento del interrogatorio se observa aspecto descuidado, distraído, responde las preguntas planteadas, no realiza contacto visual, tartamudea con más frecuencia que en encuentros previos, dice no haber planificado evento, no existe un desencadenante aparente, comenta "siempre he querido quitarme la vida, solo que no encuentro un método efectivo, busqué en internet, como no lo logro creo que ahora si va a ser la última vez que lo intente"

04/06/2018

Presenta evolución favorable, paciente tranquilo, consciente, orientado en las tres esferas, no alteración sensorial, ambulatorio, se mantiene solicitud de familiar permanente, por mejor estado se decide suspender haloperidol.

05/06/2018

Paciente con mejor tono afectivo, tranquilo, niega tristeza e ideas autolíticas, aceptación de sus actos, se decide alta y control por consulta externa. Se envía litemía en sangre y control con resultados.

2.9.1. Diagnósticos presentes en historia clínica

- ✓ Intento autolítico
- ✓ Síndrome de asperger
- ✓ Distimia

03/08/2018

Se acuerda reunión con paciente para aplicación de test psicométricos. Paciente acude solo, se observa orientado, tranquilo, colaborador, sin alteraciones sensorio-perceptivas, lenguaje e ideación coherente. Refiere sentimientos de tristeza de menor intensidad y frecuencia, persistencia de aislamiento, con planes de salir de la ciudad por motivos de trabajo, no ansioso, con persistencia de hábito tabáquico de 3 a 4 unidades diarias, consumo de alcohol dos veces al mes sin llegar hasta la embriaguez, no consumo de drogas.

Se entrega las escalas de valoración de forma secuencial con previa explicación mismas que son llenadas sin dificultad en un tiempo sensato.

2.9.2. Conclusión diagnóstica posterior a evaluación por la investigadora

- ✓ Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados. (X64)
- ✓ Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos. (F33.2)
- ✓ Síndrome de Asperger (F84.5)

3. DISCUSIÓN

El SA es un desorden del neurodesarrollo, el término es aplicado a una condición caracterizada por discapacidad permanente para las interacciones sociales y por patrones de conducta repetitiva e intereses restringidos (American Psychiatric Association., 2013). El caso presentado nos permite una clara apreciación acerca del SA, sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y comorbilidades, mismas que son desencadenantes de disminución de la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno social y familiar.

Estudios han demostrado que estos pacientes se encuentran más propensos a padecer depresión, ansiedad, consumo de sustancias, alcoholismo, trastornos obsesivos e hipomanías. Comorbilidades presentes en el caso expuesto, siendo esto un factor determinante en el pronóstico y tratamiento.

En la entrevista se evidencia cuadro caracterizado por tristeza, anhedonia, alteraciones del sueño, culpabilidad, ideas de muerte, ansiedad, misma que se exacerban con el enfrentamiento a experiencias nuevas, contacto social, fracaso en el intento de mejorar sus relaciones interpersonales.

Siendo característico del Asperger la falta de control de impulsos, aislamiento y autocrítica mismos que pueden haber contribuido de forma importante en los dos intentos autolíticos evidenciando un trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos. Esto se correlaciona con estudios que demuestran que en un 70 al 80 % de los suicidios presentaron un trastorno afectivo previo (Kocourkova J., 2013).

Están presentes además hábitos tóxicos el consumo de tabaco, alcohol y drogas producentes de trastornos mentales y del comportamiento que sugieren la presencia de patología dual incrementando la intensidad de la depresión Modificado de: Kristian S., C. T. (2016). Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. American Family Physician, 972-980.

Se realizó una entrevista médica y se aplicaron test psicométricos, que evaluaron el coeficiente intelectual mediante el Test de Matrices Progresivas de Raven, personalidad utilizando el Cuestionario Big Five de personalidad y las específicas para SA dentro de las cuales tenemos Cociente de Empatía, Cociente de Espectro Autista y el Evaluador de Asperger En Adultos. Posterior al análisis de la historia clínica, las entrevistas con el paciente tanto durante su hospitalización como en forma ambulatoria, sumado a los resultados sugerentes de los test aplicados se ha corroborado el diagnóstico de SA.

Por otro lado los estudios realizados no son concluyentes en cuanto al porcentaje en el que el factor genético contribuye a la presentación de Asperger, es así que se han reportado en rangos con amplio margen de variación, siendo el factor etiológico en el 40 al 90% de los casos(Kristian S., 2016), otros artículos aseveran que el factor genético se ve implicado hasta en el 50% de los casos (Kristian S., 2016) se reporta en otros estudios que más del 15 % de casos se pueden explicar por causas genéticas (Brasic J., 2018). Aunque hacen falta mayores investigaciones al respecto, el rol causal del factor genético es muy probable que esta sea la etiología en el caso presentado por la presencia de antecedentes patológicos familiares tanto de asperger como de autismo, sin embargo, hace falta estudios genéticos para corroborarlo.

En la segunda hospitalización del paciente, dentro de sus diagnósticos de alta se establece “Distimia” esta entidad se encuentra dentro del trastorno de depresión mayor crónico y trastorno distímico, en de los criterios diagnósticos estipulados en el DSM-V se establece que la sintomatología debe estar presente por al menos dos años (American Psychiatric Association., 2013), criterio con el que cumplió el paciente, sin embargo son criterios únicamente de episodio depresivo grave la disminución del interés o placer al realizar actividades, pensamientos de muerte recurrentes, ideas de muerte, plan determinado o intento de suicidio, además de agitación o retraso psicomotor, mismos que han caracterizado el cuadro clínico y han llevado a hospitalización, por lo que en la presentación actual no se concuerda con dicho diagnóstico.

Llama mucho la atención el diagnóstico tardío en el paciente, pese a las manifestaciones características presentadas durante todo su desarrollo, además, de sus antecedentes patológicos familiares, situación que incide negativamente en el pronóstico del paciente e incrementa el estrés del cuidador al que se somete su familia, de manera especial su madre, al carecer del soporte psicológico y las herramientas necesarias para comprensión de la patología y mejor adaptación social del paciente.

4. CONCLUSIONES

- ✓ Se ha confirmado lo recabado en la revisión bibliográfica en cuanto a las comorbilidades presentes en los pacientes con SA, en el presente caso el paciente presentó depresión recurrente con episodio actual grave además de ansiedad e insomnio lo que juega un papel desencadenante en los dos intentos autolíticos. Se encuentran presentes hábitos tóxicos a los que se encuentran propensos como en mayor medida como son el consumo regular de alcohol, tabaco y drogas.
- ✓ Posterior a las entrevistas y test psicométricos aplicados al paciente durante el seguimiento del caso se ha corroborado el diagnóstico de SA, recordando que las escalas psicométricas nos dan una importante orientación, pero el diagnóstico definitivo es netamente clínico, el cual es coherente con los antecedentes del desarrollo y actual sintomatología presentada.
- ✓ Se ha logrado apreciar los perjuicios del diagnóstico tardío, esto afecta tanto al paciente como a su familia, el pronóstico del paciente ha sido sombrío, existe alta posibilidad de que la conducta suicida se repita, por otra parte su madre fue sometida a una carga importante de estrés.

5. RECOMENDACIONES

- ✓ Es necesario un seguimiento estrecho por parte de psicología y psiquiatría, con un enfoque más integral en el que se haga énfasis en el aprendizaje de herramientas que faciliten la inserción social del paciente, además, de entrenar a la familia para que puedan enfrentar de forma más asertiva las crisis y comportamiento del paciente.
- ✓ Debido a la influencia del factor genético en esta patología se debe alertar a los familiares y realizar evaluaciones enfocadas en TEA para realizar un diagnóstico temprano el cual permitirá mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. La realización de estudios genéticos en la familia sería de mucha ayuda en este caso.
- ✓ Es importante contemplar dentro de las posibilidades diagnósticas al SA tomando en cuenta el incremento alarmante de su prevalencia, además de la existencia de casos en nuestro país. Estudios en algún momento permitirán la obtención de un tratamiento farmacológico que mitigue las alteraciones y déficits de los pacientes con SA. Son prometedores los estudios con oxitocina donde se observó incremento en la confianza en grupo, la fijación en la región ocular, y el reconocimiento facial, además mejorar la empatía y la teoría de mente.

6. PERSPECTIVA DEL PACIENTE

“Siempre me he sentido raro, distinto, al principio fue difícil, yo no creía que tenía esta enfermedad, pero luego leí y pregunté a los médicos y me di cuenta que si hay muchas cosas en las que soy igual. Ahora me siento más tranquilo, creo que sí tengo Síndrome de Asperger, en mi nuevo trabajo me siento mejor, estoy estudiando alemán y tengo algunos amigos, con la nueva actitud que tengo me siento mejor, estoy más tranquilo, solo espero que todo salga como tengo planificado porque no me quiero frustrar”

7. LISTA DE ABREVIATURAS

SA: Síndrome de Asperger

TEA: Trastornos del espectro autista

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los desórdenes mentales

8. CONSENTIMIENTO

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación de este caso, previa explicación acerca de las entrevistas y escalas psicométricas que serán aplicadas, así como, del derecho a total privacidad que posee. Se adjunta consentimiento en anexos.

9. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. MASSON.
- Attwood T. (1998). Asperger's syndrome: a guide for parents and professionals.
- Bakroon, A. a. (2016). Visual function in autism spectrum disorders: a critical review. *Clin. Exp. Optom.*, 297–308.
- Baron S, .. W. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*, 163-173.
- Baron S., W. S. (2005). The Adult Asperger Assessment (AAA): A Diagnostic Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*
- Benson H., K. M. (1975). The relaxation response. New York.
- Brasic J. (2018, Febrero 13). *Asperger Syndrome*. Retrieved from Medscape: <https://emedicine.medscape.com/article/912296-overview#a1>
- Cederlund M., G. C. (2004). One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors. *Dev Med Child Neurol.*, 652-660.
- Centers for Disease Control and Prevention.* . (2015, November 23). Retrieved from Vaccine safety: vaccines do Not Cause Autism: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/autism.html>
- Chávez C., L. M. (2017). Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 203-2014.
- Crespi, B. J. (2016). Autism as a Disorder of High Intelligence. *Front. Neurosci.*, 300.
- Diaz L., B. C. (2016). *Síndrome de Asperger. Aspectos teóricos y prevalencia en dos ciudades de Colombia*. Bucaramanga: Colciencias.
- Dolen G, D. A. (2013). Social reward requires coordinated activity of nucleus accumbens oxytocin and serotonin. . *Nature.*, 179–84.

- Franklin, A. S.-D. (2010). Reduced chromatic discrimination in children with autism spectrum disorders. *Develop. Sci.*, 1467-7687.
- Giambattista C., V. P. (2018). Subtyping the Autism Spectrum Disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-17.
- Guifeng X., S. L. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among US Children and Adolescents, 2014-2016. *Jama Network*.
- Heaton, P. L. (2008). When less is more: poor discrimination but good colour memory in autism. *Res. Autism Spectr. Disord.*, 147-156.
- Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 217-250.
- Klin, A. a. (1995). Asperger's Syndrome: Guidelines for Assessment. *Learning Disabilities Association of America*.
- Kocourkova J., D. I. (2013). Asperger syndrome related suicidal behavior. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1825-1819.
- Kristian S., C. T. (2016). Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. *American Family Physician*, 972-980.
- Kumsta R, H. E. (2013). Epigenetic regulation of the oxytocin receptor gene: implications for behavioral neuroscience. *Front Neurosci-Switz.* , 7:83.
- Lai M., L. M.-C. (2015). Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* , 11-24.
- Ludlow, A. K. (2006). The effect of coloured overlays on reading ability in children with Autism. *J. Autism Develop. Disord.*, 507-516.
- Martinez Z., R. C. (n.d.). Factores de personalidad (Big Five) y rendimiento académico en asignaturas cuantitativas de ADE. *XIX Jornadas ASEPUMA – VII Encuentro Internacional*, 4-5.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Naranjo R. (2014). Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. *NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 82.

- Olivera J., B. M. (2011). Instrumentos para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 124.
- OMS. (1992). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2018, junio 18). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from [http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Pedrero E. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire. *Elsevier*, 3.
- Politis, D. M. (2008). COCIENTE DE EMPATÍA Y PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN LA VARIANTE FRONTAL DE DEMENCIA frontotemporal. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.*, (p. 360). Buenos Aires.
- Preckel K. (2016). Clinical trial of modulatory effects of oxytocin treatment on higher-order social cognition in autism spectrum disorder: a randomized, placebo-controlled, double-blind and crossover trial. *BMC Psychiatry*, 329.
- Preti A, M. M. (2014). Oxytocin and autism: a systematic review of randomized controlled trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* , 54–68.
- Quispe E. (2016). Propiedades Psicométricas del Cuestionario Big Five de Personalidad en estudiantes de Institutos Superiores de Huamachuco. 11-74.
- Wing, L. G. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Res. Develop. Disabil.*, 768–773.
- Zachi EC, C. T. (2017). Color Vision Losses in Autism Spectrum Disorders. *Front. Psychol.*, 1127.