



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Lugo, Jorge; Alviani, Monserrat

El diagnóstico de la psicosis en adultos con trastornos del espectro autista
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 37, núm. 131, enero-junio,
2017, pp. 113-126

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265051151007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El diagnóstico de la psicosis en adultos con trastornos del espectro autista

Diagnosing psychosis in adults with autism spectrum disorders

JORGE LUGO, MONTSERRAT ALVIANI

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

Correspondencia: Jorge Lugo (jorgelugomarin@gmail.com)

Recibido: 21/03/2016; aceptado con modificaciones: 28/10/2016

Resumen: Existe cierta controversia en el diagnóstico diferencial de dos entidades aparentemente bien delimitadas como son la psicosis y el autismo, especialmente cuando se trata de población adulta. Se presentan tres casos de pacientes en edad adulta que fueron atendidos en una unidad de internamiento breve y en los que se evidenció la presencia de un posible trastorno del espectro autista de base. En la evaluación de la presencia de un trastorno psicótico en el autismo se debe atender a las características particulares de cada diagnóstico. El pensamiento rígido y el discurso idiosincrásico del paciente con autismo pueden confundirse respectivamente con la convicción delirante y la desorganización típicas de la esquizofrenia. Un análisis exhaustivo de la historia evolutiva del paciente es imprescindible para el diagnóstico diferencial. Se hace necesaria una mayor investigación sobre la comorbilidad entre ambos trastornos.

Palabras clave: trastorno autístico, síndrome de Asperger, psicosis, diagnóstico diferencial.

Abstract: There is some controversy in the differential diagnosis of two apparently distinct entities such as psychosis and autism, especially when it comes to adult population. We present three cases of adult patients who were seen in a brief hospitalization unit and

where the presence of a possible autism spectrum disorder was evident. In assessing the presence of a psychotic disorder in autism must be addressed the particular characteristics of each diagnosis. Rigid thinking and idiosyncratic speech in the autistic patient may respectively be confused with the typical delusional conviction and disorganization of schizophrenia. An exhaustive analysis of the developmental history of the patient is essential for differential diagnosis. More research on the comorbidity between the two disorders is necessary.

Key words: autistic disorder, Asperger syndrome, psychosis, differential diagnosis.

EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

LA ESQUIZOFRENIA PUEDE CONSIDERARSE un grupo heterogéneo de síndromes de etiología desconocida, que difieren en sintomatología, curso y resultado final, y cuyo diagnóstico descansa básicamente en criterios clínicos (1). Las áreas más frecuentemente afectadas son la percepción, la cognición, el lenguaje, la memoria, la emoción, la volición y los comportamientos adaptativos (2). En la clasificación actual del DSM-5 (3) se incluye dentro del apartado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, estableciendo como criterios diagnósticos la presencia de anomalías en uno de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento/discurso desorganizado, comportamiento motor alterado (con inclusión de la catatonia) y sintomatología negativa. Al contrario que en las ediciones previas del manual, se ha suprimido la clasificación de los subtipos que existía hasta el DSM-IV-TR (4).

En 1911, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler acuñó el término *esquizofrenia* para denominar el cuadro clínico descrito unos años antes por Emil Kraepelin como *demencia precoz* (5). En la descripción que realizó Bleuler de los síntomas cardinales o *fundamentales* de la esquizofrenia se encontraba el cuarteto conocido como las *cuatro Aes*, que incluía: trastornos de las asociaciones, alteraciones en la afectividad, ambivalencia y autismo. Al contrario que Kraepelin, que veía como síntomas primarios el delirio, las alucinaciones, los trastornos formales del pensamiento y la negatividad, para Bleuler estos síntomas eran secundarios o *accesorios*. Otra aportación importante de este autor fue destacar las características propias de la esquizofrenia —que aparecen tanto en su forma leve como más grave—, diferenciándola de otros trastornos mentales (6, 7).

Posteriormente, Kurt Schneider invirtió la jerarquía entre los síntomas cardinales y secundarios de Bleuler, delimitando un grupo de síntomas psicóticos e introduciendo el concepto de “síntomas de primer rango” que incluían la sonorización del pensamiento, la audición de voces, las experiencias corporales de influencia, el

robo y difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones.

Desde la aparición de la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) en 1952, han prevalecido los criterios diagnósticos para la esquizofrenia desarrollados por Kraepelin: “El término es sinónimo del antiguo de demencia precoz. Representa un grupo de reacciones psicóticas caracterizadas por anomalías básicas en la relación con la realidad y la formación de conceptos, a las que se añaden alteraciones afectivas, conductuales e intelectuales en grados y combinaciones diversas. El trastorno está marcado por una fuerte tendencia al distanciamiento de la realidad, incongruencia emocional, anomalías imprevisibles en el flujo del pensamiento, conductas regresivas, y, en algunos casos, tendencia al ‘deterioro’” (8).

El término *autismo* se reservó para el cuadro que Leo Kanner definió en 1943 y que se relacionó preferentemente con la infancia (9). En la actualidad forma parte del síndrome que se denomina en el DSM-5 “Trastornos del Espectro Autista” (TEA) dentro de los “Trastornos del Neurodesarrollo”, e incluye trastornos previamente clasificados como “autismo de la primera infancia”, “autismo infantil”, “autismo de Kanner”, “autismo de alto funcionamiento”, “autismo atípico”, “trastorno generalizado del desarrollo no especificado”, “trastorno desintegrativo de la infancia” y “síndrome de Asperger”. Dos son los criterios principales que permiten realizar el diagnóstico de los TEA: el deterioro persistente de la comunicación y la interacción social, así como las alteraciones en los patrones de conducta. Estos patrones de funcionamiento están presentes desde la primera infancia, limitando el funcionamiento cotidiano del individuo y generando problemas de inadaptación social y la aparición de comorbilidades psiquiátricas como, por ejemplo, trastornos psicóticos (10-12).

EL CONCEPTO DE AUTISMO

Como se ha descrito anteriormente, fue Bleuler (13) quien introdujo el término *autista* para referirse al ensimismamiento que presentaban las personas afectadas de esquizofrenia. Estas personas presentaban comportamientos que hoy serían reconocidos como típicamente autistas. Tres décadas más tarde, Kanner (14) presentó un trabajo en el que describía varios casos de niños y niñas con características peculiares en cuanto al comportamiento social, el desarrollo del lenguaje y los procesos cognitivos. Determinó que padecían una forma severa de *autismo*, estableciendo la diferenciación con los diagnósticos que habían recibido hasta entonces, en su mayoría, retraso mental y esquizofrenia.

Simultáneamente, Hans Asperger (15), psiquiatra austríaco, informaba de varios casos de niños similares a los descritos por Kanner y a los que denominó como *psicópatas*

autistas, haciendo especial énfasis en las peculiaridades de la comunicación verbal y no verbal y la maestría en temas en los que mostraban un fuerte interés. Sin embargo, tuvieron que pasar cuatro décadas para que los hallazgos presentados por Asperger fuesen presentados a la comunidad científica angloparlante. Esto fue posible gracias al trabajo de Lorna Wing (16), psiquiatra inglesa y madre de una niña con autismo que realizó un estudio de seguimiento de varios niños y niñas con autismo que habían sido diagnosticados erróneamente con trastornos del espectro de la psicosis, entre otros. Desarrolló la que se conoce como la triada de Wing: deterioro de la comunicación verbal y no verbal, deterioro de la interacción social, y patrones de conducta, intereses y actividades restringidos. Introdujo el término *síndrome de Asperger*, en relación a los casos que mostraban las mismas características que había descrito Hans Asperger casi medio siglo atrás.

Una década más tarde, el diagnóstico de síndrome de Asperger fue incluido en el DSM (17). No es de extrañar semejante retraso, pues hasta la tercera edición del manual el autismo se había venido considerando como una forma infantil de esquizofrenia (18). En la tercera edición revisada se amplió el espectro de síndromes, estableciendo tres grupos de criterios para el diagnóstico que coincidían con los propuestos por Wing (19). En la cuarta edición, así como en su posterior revisión, apenas se produjeron cambios, más allá del establecimiento de cinco grandes grupos dentro del espectro autista: “trastorno autista”, “trastorno de Rett”, “trastorno desintegrativo infantil”, “síndrome de Asperger”, y “trastorno generalizado del desarrollo no especificado”. Dicha clasificación ha sido eliminada en la última revisión del manual (3), estableciendo un constructo dimensional bajo el concepto general de “Trastornos del Espectro Autista”, en el que se diferencian distintos niveles de gravedad en base, principalmente, al nivel intelectual y el desarrollo del lenguaje del individuo. Asimismo, dos de los criterios de la triada de Wing (déficits en la comunicación y la interacción social) se unifican en uno solo, manteniéndose intacto el criterio referente a los intereses restringidos.

¿DOS ENTIDADES SEPARADAS?

La diferenciación entre los diagnósticos de psicosis y autismo parece estar claramente establecida en el plano teórico. La presencia de síntomas psicóticos, esto es, de alteraciones del contenido del pensamiento o de la sensopercepción, guiarían el diagnóstico hacia el primero. Ahora bien, es conocido que muchos de los síntomas que presentan las personas con autismo pueden confundirse con síntomas del espectro de la psicosis (alteraciones sensoriales, rigidez en el pensamiento, retraimiento social, etc.) (20). Teniendo en cuenta que muchas de las personas con un trastorno del espectro autista, especialmente aquellas con un alto funcionamiento, no fueron diagnosticadas durante los primeros años de vida (21), y debido a la dificultad en el diagnóstico fiable

en la edad adulta (22), cabe pensar en una posible confusión en la práctica clínica entre ambos diagnósticos.

Una forma habitual de evolución de los pacientes con TEA en la edad adulta es la aparición de episodios con síntomas parecidos a la psicosis (*psychosis-like symptoms*) (11). Estos episodios se caracterizan por ser relativamente diferentes a los presentes en un trastorno del espectro de la psicosis. Su discurso idiosincrásico suele confundirse habitualmente con el habla desorganizada típica de la esquizofrenia. Otra fuente de posible confusión diagnóstica es la presencia de ideas o creencias que la persona con autismo mantiene con fuerte convicción y que son resistentes a la evidencia. Esto podría provocar la confusión con una idea de tipo delirante. La diferencia radica en que en el delirio el razonamiento que se ha seguido hasta llegar a la conclusión carece de una base lógica, mientras que en el autismo la idea se ajusta a los parámetros de realidad e incluso puede ser compartida por más personas. De igual modo, la ausencia de una percepción de perjuicio individual también nos aleja de un diagnóstico de trastorno delirante (22).

Existe escasa investigación en cuanto a la posible comorbilidad de ambos diagnósticos. Varios estudios de seguimiento de niños con diagnóstico de TEA han encontrado resultados que apuntarían a una posible evolución del trastorno autista hacia la esquizofrenia (24-26). Igualmente, estudios retrospectivos han encontrado alteraciones significativas en el desarrollo, evaluadas mediante entrevista familiar, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se acercarían a un diagnóstico de autismo (27). En la actualidad, el DSM-5 admite la comorbilidad entre ambos diagnósticos, si bien se establece como requisito que la aparición del trastorno autista sea anterior al primer episodio psicótico. Esto resulta especialmente complicado cuando los pacientes no han sido diagnosticados en la infancia. Si bien existen instrumentos diagnósticos que han mostrado una alta validez en la detección del autismo (28, 29), el carácter retrospectivo de la evaluación en la etapa adulta podría sesgar los resultados, ya que la información dependería de factores extrínsecos tales como la capacidad de los familiares para recordar e identificar signos atípicos en el desarrollo del paciente, así como la percepción subjetiva de una “mala praxis” por parte de estos, la cual les podría llevar a experimentar sentimientos de culpabilidad que afectarían al contenido de la información referida.

A continuación, se presentan tres casos clínicos tratados en una unidad de hospitalización breve en los que se observan varias características que desafían el establecimiento de una diferenciación empírica entre ambas entidades nosológicas.

Caso 1

Varón de 24 años que es trasladado al servicio de urgencias por presentar alteraciones conductuales. La familia refirió que el paciente presentaba desde hacía

cuatro años aislamiento, abandono de sus actividades habituales, alteraciones en el contenido del pensamiento y en la sensopercepción que se han ido agravando en los últimos meses.

Al comienzo del ingreso el paciente presentó una elevada desorganización en el discurso, en el cual primaban las asociaciones laxas. Se identificaba con un personaje de animación (“Gru” de la película *Gru, mi villano favorito*) y reconocía a algunos miembros del personal como personajes de la misma película. Interpretaba de manera delirante los gestos casuales que se realizaban en su presencia y refería voces que le transmitían mensajes con un contenido místico-religioso o persecutorio.

La entrevista familiar, que se realizó con los padres y una tía materna, ayudó a clarificar el cuadro. No hubo dificultades en el embarazo ni en el parto y, en relación a su psicodesarrollo, los padres destacaron las dificultades del paciente en la adquisición del lenguaje y la socialización desde la primera infancia. Lo describieron como un niño muy tranquilo, ordenado, con patrones de comportamiento restrictivos y con una marcada dificultad en el área social que se agravó en la adolescencia, manteniendo un grupo restringido de amigos y escasas salidas sociales. Dentro de sus antecedentes personales destacaba una evaluación en Salud Mental a la edad de 22 años debido a la presencia de sintomatología ansiosa. Como antecedentes familiares, un cuadro de psicosis tóxica en un primo materno que también requirió ingreso en la unidad de internamiento breve.

Sus dificultades en la interacción social se agravaron al comienzo de la enseñanza secundaria, al encontrarse en un entorno nuevo sin sus amigos del colegio. Comentó que tenía dificultades para entenderse con sus compañeros al no comprender los dobles sentidos o las bromas, que interpretaba de manera literal. A los 19 años presentó un cuadro de “alergia generalizada” que le llevó a aislarse en su domicilio durante dos años con escaso contacto exterior, dedicado la mayor parte del tiempo a visionar películas de animación de contenido infantil y a los juegos de rol online. Debido a la insistencia de sus padres, realizó con éxito un ciclo formativo de soldadura, consiguiendo un empleo en la empresa en la que había realizado la formación práctica. Su rendimiento disminuyó cuando tuvo que afrontar el cambio en su ciclo vital, de estudiante a trabajador. A los seis meses abandonó este empleo y comenzó otra formación profesional en carpintería, que también se planteó abandonar por la ansiedad que le producía la relación con sus compañeros.

Durante el ingreso se mostró colaborador en las entrevistas, aunque evitaba participar en las terapias grupales, mostrando preferencia por actividades solitarias. Se definía como una persona antisocial que no necesitaba estar con los otros, ya que refería no saber qué decir en las situaciones sociales o no entender lo que los demás le decían.

En el seguimiento posterior al alta hospitalaria se completó la evaluación. En la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS) (30) todas las subescalas

se encontraban dentro del rango de normalidad excepto la subescala “comprensión”, la cual evalúa la capacidad para entender las situaciones sociales. Obtuvo una puntuación elevada en el Cociente de Espectro Autista (AQ) (31) debido a sus dificultades en el área social. En las entrevistas de seguimiento comentó que en algunas ocasiones participaba de actividades grupales lúdicas con sus compañeros de clase, si bien tras varias horas sentía la necesidad de retirarse con una elevada sensación de angustia. Su explicación se repetía: “No sé qué decir. No entiendo lo que me dicen”. Esta situación se agravaba cuando sus compañeros hacían uso de dobles sentidos o ironías que él entendía de manera literal.

Al reincorporarse a sus actividades académicas, el paciente presentó sintomatología ansiosa dentro del contexto de la interacción con sus compañeros de clases. Por esta razón, prefería las salidas bien con su familia o bien en solitario. Más aún, una de sus actividades habituales consistía en dar paseos de varios kilómetros en completa soledad.

Su rigidez mental y su dificultad para comprender los mensajes sociales le llevan a realizar interpretaciones erróneas que pueden terminar siendo autorreferenciales, favoreciendo su tendencia a evadirse en actividades solitarias como defensa ante la ansiedad que le provoca la interacción con otras personas.

Caso 2

Se trata de un varón de 30 años remitido al servicio de urgencias por su psiquiatra habitual debido a alteraciones conductuales en el entorno familiar. Ha venido desarrollando en los últimos meses unos hábitos alimentarios que han puesto en peligro su salud, rechazando algunos alimentos por considerar que estaban “contaminados”. Cuando se ha tratado de modificar estas conductas, se ha mostrado irritado y con agresividad hacia su madre y su hermano menor. En la entrevista se mostró colaborador, con aspecto descuidado debido a la falta de higiene. El contacto era peculiar, mostrando sonrisas inapropiadas y una alta latencia de respuesta en el discurso. Negaba alteraciones de la sensopercepción y del pensamiento. Refirió tratamiento por crisis epilépticas con buena evolución en la infancia. A los 18 años acudió a una consulta de psiquiatría por problemas de conducta; allí recibió el diagnóstico de síndrome de Asperger. A pesar de que no refirió sintomatología psicótica en aquella ocasión, se le pautó tratamiento neuroléptico que abandonó por reacción adversa. En el momento de la valoración no se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico.

En el ingreso, el paciente se mostraba tranquilo y colaborador. En la primera consulta, solicitó un tiempo previo a la entrevista para poder realizar un paseo por los pasillos de la planta, ya que esto le ayudaba a calmarse. Cuando se exploró el

motivo del ingreso, mostró escasa conciencia de enfermedad, refiriendo encontrarse en desacuerdo con la necesidad del mismo. Sin embargo, no mostraba signos de desconfianza, presentando buena disposición a recibir tratamiento. Su madre refirió que desde la primera infancia había notado que algo era diferente en el paciente, si bien reconocía que no recibió información sobre el diagnóstico de síndrome de Asperger hasta que fue mayor de edad. El paciente comentaba que sus compañeros de colegio se reían de él porque utilizaba un vocabulario muy formal. El rendimiento académico fue excelente hasta el bachillerato, momento en el que comenzó a suspender asignaturas a pesar de contar con una capacidad intelectual superior a la media. Hasta el momento del ingreso pasaba la mayor parte del tiempo en su casa, donde convivía con su madre y su hermano menor. Comentaba que a menudo solía dar largos paseos o se desplazaba en autobús, actividades que realizaba siempre en solitario. Refería un fuerte interés por las ciencias naturales.

Al avanzar el ingreso, se le observaba más distendido, con menor rigidez postural y menor latencia de respuesta en el discurso. También se redujeron las sonrisas inmotivadas, las cuales reaparecían en el contexto de la interacción con personas desconocidas. El tratamiento antipsicótico se mostró eficaz en la reducción de la irritabilidad del paciente. La rigidez en relación a las ideas sobre la alimentación y los hábitos de higiene y sueño continuaron al alta.

Caso 3

Se trata de un varón de 23 años que fue remitido al servicio de urgencias de nuestro hospital por alteraciones de la conducta en la vía pública. Sus padres referían que desde hacía un mes el paciente había ido disminuyendo de forma progresiva las horas de sueño, así como verbalizado ideas de carácter mesiánico. Parecía llevar una vida desorganizada con descuido de las tareas básicas, dedicación excesiva a los videojuegos y deficiente alimentación. En la entrevista se mostró hostil, suspicaz, e interpretativo con el entorno, especialmente con los colores, llegando a referir que se “sentía” azul. Negó alteraciones en la esfera sensorio-perceptiva. Desde hacía tres años se encontraba en seguimiento por psiquiatría debido a varios episodios psicóticos y afectivos, con buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico, que había abandonado en los últimos meses.

Ya en la unidad, el paciente se mostró tranquilo, pero muy desconfiado. Explicó lo sucedido como resultado de la percepción de “pistas falsas” que le llevaron a alertar a determinadas personas de que estaban en peligro. Su madre refirió llevar varios años en tratamiento psiquiátrico por distimia, mientras que el padre había recibido un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en el pasado. Los familiares no refirieron ninguna alteración en el desarrollo del paciente, si bien él mismo reconoció

que siempre se había sentido un “bicho raro”. Recordaba la etapa escolar como un “infierno”, presentando un mal manejo de las relaciones interpersonales, hasta el punto de reconocer que le daba “fobia” la cara de las personas. Es por esta razón por la que desde la adolescencia mantenía contacto interpersonal casi de manera exclusiva a través de juegos de ordenador en línea.

A medida que avanzó el ingreso se le observaba más distendido, si bien refería sentirse incómodo rodeado de gente. También comentó que le molestaba el sonido del tubo del televisor situado en una de las salas comunes de la unidad, el cual percibía de forma nítida. Como estrategia de afrontamiento en los momentos de estrés, deambulaba por el pasillo siguiendo una secuencia rutinaria que podía durar varias horas y que, según decía, le ayudaba a relajarse. Mencionó tener habitualmente “paranoias” que asociaba con su comportamiento anterior al ingreso. Relacionó el episodio conductual con un sentimiento profundo de soledad y frustración por su incapacidad para mantener relaciones interpersonales estables. Al ser preguntado por la relación entre percepción y color manifestada en el servicio de urgencias, respondió que se trataba de la letra traducida de una canción (en inglés la palabra “blue” presenta dos significados: azul y triste. Al decir sentirse azul el paciente realmente expresaba un sentimiento de tristeza).

El paciente presentó buena respuesta al tratamiento antipsicótico, si bien tanto los síntomas afectivos como la rigidez en el pensamiento nunca desaparecieron.

La tabla 1 muestra la comparación de los resultados en la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS) (30), la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) (32) y el Cociente de Espectro Autista (AQ) (31) en los tres pacientes. La tabla 2 muestra una comparación entre los criterios de esquizofrenia y autismo compartidos en los tres casos descritos.

TABLA I

Comparación de resultados en la evaluación psiquiátrica de los tres pacientes

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
WAIS	CI Verbal	88	126	122
	CI Manipulativo	112	100	131
	CI Total	98	116	129
PANSS	Síndrome positivo	15	8	33
	Síndrome negativo	18	26	31
	Psicopatología general	40	31	41
AQ		36	28	26

TABLA II

Comparación de los criterios de esquizofrenia y autismo en los tres casos

Criterios DSM-5		<i>Caso 1</i>	<i>Caso 2</i>	<i>Caso 3</i>
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Delirios	X	¿?	X
	Alucinaciones	X		
	Discurso desorganizado	X		X
	Comportamiento muy desorganizado o catatónico	X		X
	Síntomas negativos	X	X	X
Trastornos del Espectro Autista	Déficit comunicación social	X	X	X
	Comportamientos restringidos y repetitivos	X	X	X

DISCUSIÓN

Se observa una elevada presencia de síntomas propios de un trastorno del espectro autista en la base de los tres casos comentados. Se pueden observar dificultades en el área social y de la comunicación presentes desde una edad temprana del desarrollo, si bien no es hasta la adolescencia cuando comienzan a manifestarse estas dificultades debido a las imposiciones propias de esta etapa del ciclo vital, cuando se comienza a hacer frente a los desafíos de la vida independiente lejos de la protección que proporciona la familia (33). Los videojuegos online y las plataformas digitales suelen servir de gran ayuda para mantener el contacto con el mundo exterior. Estos entornos virtuales salvan las dificultades en el área de la comunicación verbal, permitiendo desarrollar fuertes vínculos sociales a través de los mismos (34). Por otro lado, se observa la presencia de unos intereses restringidos y conductas repetitivas prototípicas de este tipo de trastornos en los tres casos. Estas personas suelen desarrollar intereses en campos de la ciencia y la tecnología, convirtiéndose en expertos de la materia objeto de su interés. Asimismo, son frecuentes las rutinas de deambulación, que presentan un componente relajante que pudo observarse en los tres casos presentados. En cuanto a la presencia de delirios, estos parecen evidentes en el primero y el tercero de los casos, si bien en el segundo la cuestión es más difícil de resolver. El paciente refería no querer ingerir alimentos por miedo a que estos estuviesen contaminados. A la exploración de estas ideas se evidenciaron componentes culturales que sostenían dicha creencia. Más aún, el paciente se

mostró colaborador en este sentido, llegando a afirmar que no le importaría que el contenido de la entrevista fuese registrado mediante algún dispositivo de grabación. Esta apertura no suele ser frecuente en pacientes con psicosis en los que la ocultación del contenido delirante suele marcar la entrevista. A pesar de esto, parece difícil establecer una diferenciación entre los contenidos delirantes de la psicosis con la rigidez mental de los trastornos autistas.

La evaluación psicométrica arrojó resultados llamativos. En primer lugar, se observaron semejanzas en las puntuaciones de las subescalas negativa y psicopatología general, aunque es la subescala de síntomas positivos la que mejor discrimina entre ambos trastornos. Esto es lógico, teniendo en cuenta la frecuencia de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) en los trastornos psicóticos. La Escala Wechsler de Inteligencia suele presentar un patrón típico en las personas con trastornos del espectro autista. Estas suelen presentar una marcada discrepancia entre las dos áreas evaluadas, verbal y manipulativa, mostrando un mejor rendimiento en las pruebas del área manipulativa (35). Tan sólo en uno de los casos presentados (Caso 2), el paciente rindió mejor en el área verbal, presentando una diferencia elevada con respecto al área motora. En el Caso 1, llama la atención la puntuación verbal que obtuvo el paciente (CI 88). En un análisis de los distintos subtests se observó que en la subescala “Comprensión” había obtenido una puntuación típica de 6, por debajo del rango de normalidad, debido a su elevada dificultad para entender qué *debía* hacer en determinadas situaciones sociales y cómo debía comprender el significado simbólico de un refrán. Por último, las puntuaciones en el cociente de espectro autista resultaron significativas en los tres pacientes. La puntuación de corte que haría pensar en la presencia de un probable trastorno autista se ha estimado en 26, siendo 32 la media obtenida por personas con síndrome de Asperger (36). Los casos expuestos alcanzan puntuaciones que igualan o superan la puntuación de corte en una alta proporción. Sin embargo, este instrumento es insuficiente para poder descartar un cuadro psicótico, ya que los constructos evaluados podrían presentar un cierto solapamiento con la sintomatología negativa presente en los trastornos del espectro psicótico.

CONCLUSIONES

La presencia de sintomatología psicótica en los trastornos del espectro autista hace pensar en un posible origen común de ambos cuadros. Los casos aquí presentados pueden servir de apoyo a las teorías que defienden la existencia de una entidad única con diferentes manifestaciones (37-40). En las clasificaciones de los trastornos mentales previas al DSM-5 se planteaba la incompatibilidad en la comorbilidad de ambos trastornos. Esto llevó a infradiagnosticar la presencia simultánea de ambos

síndromes, lo que generó un inadecuado abordaje en la práctica clínica. Se hace pues necesaria una mayor investigación en la diferenciación de ambos trastornos, así como una detección precoz que salve la confusión diagnóstica observada en la edad adulta. Esto redundará en una mejora en la intervención de las personas con trastornos del espectro autista, ya que un diagnóstico erróneo podría centrar la intervención en el manejo de los síntomas psicóticos, dejando de lado el abordaje de las dificultades propias de las personas con TEA.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cañas de Paz F. Epidemiología en la esquizofrenia. En Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, editores. Tratado de Psiquiatría, Vol. I. Madrid: Ars Medica; 2005, p. 903-938.
- (2) Munich R., Tamminga C. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Gabbard GO, editor. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Madrid: Ars Medica; 2007, p. 313-314.
- (3) American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013.
- (4) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2000.
- (5) Bleuler E. La esquizofrenia (1926). Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1996;16(60):664-676.
- (6) Novella EJ, Huertas R. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. Clínica y Salud. 2010;21(3):205-219.
- (7) Stone MH. Historia y antecedentes de la esquizofrenia. En: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editores. Tratado de Esquizofrenia. Madrid: Ars Medica; 2009, p. 1-15.
- (8) American Psychiatric Association. DSM. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1952.
- (9) Wing JK, Agrawal N. Concepts and classification of schizophrenia. En: Schizophrenia. Oxford: Blackwell; 2003, p. 1-14.
- (10) Nylander L, Lugnegard T, Hallerbäck M. Autism Spectrum Disorders and Schizophrenia Spectrum Disorders in Adults- Is There a Connection? A Literature Review and some Suggestions for Future Clinical Research. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation 2008;5(1):43-54.
- (11) Nylander L. Autism and Schizophrenia in Adults: Clinical Considerations on Comorbidity and Differential Diagnosis. En: Comprehensive Guide to Autism. New York: Springer; 2014. p. 263-281.
- (12) Chisholm K, Ashleigh L, Akmad A, Wood S. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2015;55:173-183.

- (13) Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. *Vertex* 1911;21(93):394-400.
- (14) Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta paedopsychiatrica* 1943; 217-250.
- (15) Asperger H. Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Arch fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1944;117:76-136.
- (16) Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med.* 1981;11:115.
- (17) American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1994.
- (18) American Psychiatric Association. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1980.
- (19) American Psychiatric Association. DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1987.
- (20) Fitzgerald M. Schizophrenia and autism/Asperger's syndrome: overlap and difference. *Clin Neuropsychiatry* 2012;9(4):171-176.
- (21) Lai M-C, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(11):1013-1027.
- (22) Paula-Pérez I. Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Rev Neurología* 2012; 54(1):51-62.
- (23) Wilson CE, Roberts G, Gillan N, Ohlsen C, Robertson D, Zinkstok J. The NICE guideline on recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum. *Adv Ment Heal Intellect Disabil* 2014;8(1):3-14.
- (24) Billstedt E, Gillberg C, Gillberg C. Autism after adolescence: Population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J Autism Dev Disord* 2005;35(3):351-360.
- (25) Cederlund M, Hagberg B, Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Asperger syndrome and autism: A comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *J Autism Dev Disord* 2008;38(1):72-85.
- (26) Howlin P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2003;33(1):3-13.
- (27) Rutter M, DiLavore P, Risi S, Gotham K, Bishop S. Autism Diagnostic Observation Schedule: ADOS-2. Torrance CA: Western Psychological Services; 2012.
- (28) Le Couteur A, Lord C, Rutter, M. The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). Los Angeles CA: Western Psychological Services; 2003.
- (29) Unenge Hallerbäck M, Lugnegård T, Gillberg C. Is autism spectrum disorder common in schizophrenia? *Psychiatry Res* 2012;198(1):12-17.
- (30) Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: Psychological Corporation; 1955.
- (31) Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 2001;31(1):5-17.
- (32) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13(2):261-276.

- (33) Schall CM, McDonough JT. Autism spectrum disorders in adolescence and early adulthood: Characteristics and issues. *J Vocat Rehabil* 2010;32(2):81-88.
- (34) Durkin K. Videogames and young people with developmental disorders. *Rev Gen Psychol* 2010;14(2):122-140.
- (35) Bucaille A, Grandgeorge M, Degrez C, Mallégo C, Cam P, Botbol M, et al. Cognitive profile in adults with Asperger syndrome using WAIS-IV: Comparison to typical adults. *Res Autism Spectr Disord* 2016;21:1-9.
- (36) Wheelwright S, Auyeung B, Allison C, Baron-Cohen S. Defining the broader, medium and narrow autism phenotype among parents using the Autism Spectrum Quotient (AQ). *Mol Autism* 2010;1(1):10.
- (37) Murray R, Lewis S. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295(6600): 681-682.
- (38) Weinberger D, Marengo S. Schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. *Schizophrenia* 2007;2:326-348.
- (39) Rapoport J, Giedd J, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Molecular Psychiatry* 2012;17(12):1228-1238.
- (40) Waltereit R, Banaschewski T, Meyer-Lindenberg A, Poustka L. Interaction of neurodevelopmental pathways and synaptic plasticity in mental retardation, autism spectrum disorder and schizophrenia: implications for psychiatry. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2004;15(7):507-516.