

L. García Murillo^{1*} 

M. Díaz de Neira¹

M. Azul Forti-Buratti¹

I. Palanca Maresca¹

1. Servicio de Psiquiatría, Unidad de Psiquiatría y Psicología
Infanto-Juvenil Hospital Universitario Puerta de Hierro
Maja-dahonda, Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Lourdes García Murillo

Correo electrónico: lgmurillo@salud.madrid.org

*Una presentación no tan atípica:
autismo en mujeres*

*Not an Atypical Presentation: Autism
in Women*

RESUMEN

A pesar del conocimiento que tenemos en la actualidad de la amplia variedad de sintomatología y fenotipos de pacientes que engloban los Trastornos del Espectro Autista, algunos de estos fenotipos siguen sin estar claramente descritos en las clasificaciones psicopatológicas. Se propone un caso clínico de una paciente adolescente que consulta por sintomatología depresiva, descubriéndose tras la evaluación y durante la evolución un Trastorno del Espectro Autista subyacente que había pasado desapercibido.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, mujer, adolescente, diagnóstico.

ABSTRACT

Despite current knowledge about the wide variety of symptoms and phenotypes of patients that meet criteria for Autism Spectrum Disorder, some of these phenotypes are still not clearly described in psychopathological classifications. A clinical case of a teenage patient who consults for depressive symptoms is proposed. After the evaluation, an underlying Autism Spectrum Disorder that had gone unnoticed was discovered.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, women, teenager, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la reciprocidad social, en la comunicación, flexibilidad y procesamiento sensorial. Actualmente se calcula que puede tener una prevalencia de 1 de cada 59 niños, considerándose clásicamente que el trastorno es unas cuatro veces más común en niños que en niñas (1). En los últimos años se ha visto cómo esta ratio cuatro a uno observada en las muestras clínicas (2), puede variar hasta ratios de dos o tres varones por cada mujer en muestras poblacionales (3) lo que podría significar que muchas niñas y mujeres que cumplen criterios clínicos de TEA no son diagnosticadas. Se cree que esto puede ser debido a que muchas veces las dificultades presentes pasan desapercibidas o son etiquetadas de manera diferente (4). Esto hace, además, que aquellas niñas y mujeres que reciben el diagnóstico lo hagan de manera más tardía que los varones (5), con las implicaciones negativas que podrían derivar de ello.

A continuación, presentamos un caso clínico que ilustra esta situación:

CASO CLÍNICO

Mujer de 13 años derivada para valoración desde el Servicio de Alergología por “rasgos depresivos que complican el manejo de alergia” y presencia de autolesiones.

Antecedentes personales somáticos

Presenta alergia alimentaria múltiple (proteínas de la leche de vaca, huevo, frutos secos, soja, legumbres) diagnosticada a los tres meses de edad, por la cual continúa realizando seguimiento en el Servicio de Alergología, con tratamiento farmacológico (salmeterol y propionato de fluticasona 25/50 cada 12 horas, loratadina diaria y salbutamol a demanda).

Niegan otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Antecedentes Personales psiquiátricos/psicológicos

Realizó seguimiento psicológico en un centro municipal a los 12 años por “crisis depresivas por la multialergia”, presentando en ese momento problemas de relación con sus compañeros de clase. Acudió a dicho centro alrededor de los doce años, según refieren los padres, porque presentaba dificultades para expresar sus emociones y preocupaciones.

Inició seguimiento en el ámbito privado en psicología cuatro meses antes de acudir a la primera consulta con psiquiatría, siendo el motivo de consulta la ideación pasiva de muerte, refiriendo los padres que había compartido en sus redes sociales una foto con la afirmación “me siento como muerta”.

La madre explicaba que apenas hablaba en esta terapia habiendo tenido que recurrir la terapeuta al trabajo con producción gráfica.

Historia del desarrollo

Primer y único embarazo. Los padres deseaban aumentar su descendencia no siendo esto posible. Embarazo complicado por hiperémesis gravídica, con parto por cesárea de urgencia por vuelta de cordón. Peso recién nacida: 3 Kgrs. Lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses siendo suspendida al iniciarse la sintomatología alérgica. La madre padeció una depresión postparto, agudizada especialmente al año del nacimiento de la niña, habiendo realizado seguimiento psicológico en ámbito privado sin que fuese necesario recurrir a tratamiento farmacológico.

La madre la describe como una bebé muy tranquila, muy callada, “que casi nunca lloraba”.

A nivel psicomotor no se refieren alteraciones, logrando la deambulación a los 10 meses. Sí presentó un retraso en la adquisición del lenguaje, no combinaba palabras para la realización de frases hasta más allá de los cuatro años de edad. Niegan problemas en el control de esfínteres ni en otros hitos del desarrollo.

Etapas escolar

Inició la guardería a los 18 meses, siendo hasta entonces su madre su cuidadora. En los informes del centro la describen como una niña muy tranquila y observadora: “disfruta viendo cómo juegan sus compañeros y se entretiene mucho ella sola con juguetes, es una niña tímida e inhibida en sus relaciones sociales tanto con los niños como con los adultos”.

Etapas de Educación Primaria en centro escolar público, cambiando en el segundo curso a otro centro por preferencia de los padres. Tuvo una mala adaptación al nuevo centro, donde permaneció desde 2º a 5º de Primaria, realizando un nuevo cambio. En la actualidad cursa 3º de ESO en dicho centro presentando un buen rendimiento académico no habiendo repetido cursos.

Aficiones e intereses

Le gusta la música K-pop y el rap. Toca el teclado y la guitarra desde los seis años, y dejó el piano hace un año. Según los padres, tiene muchas dificultades con las actividades nuevas.

En el futuro le gustaría trabajar como informática.

Antecedentes Familiares

La madre es natural de un país de América Central, reside en España desde 16 años antes del inicio del seguimiento, tiene estudios superiores y trabaja ejerciendo su profesión para terceros. El padre es natural de España, trabaja como informático. Conviven los tres con su mascota.

Como antecedentes familiares destaca la depresión postparto padecida por la madre y una depresión por parte de la abuela materna tras el fallecimiento de su marido. Niegan antecedentes familiares de epilepsia u otras enfermedades neurológicas.

Enfermedad actual

Acudió a nuestra consulta derivada desde el Servicio de Alergología por ánimo bajo que según referían complicaba el abordaje de su sintomatología alérgica. Cinco meses antes de acudir a la consulta había empezado a presentar apatía e intensa anhedonia (había dejado de bailar y no quería ir de vacaciones con los abuelos a pesar de que siempre había disfrutado mucho de estas). No presentaba cefaleas ni dolores abdominales.

La madre la describía como “seria, muy introvertida, no sabe expresar sus emociones, muy paciente, autoexigente, insegura, le cuesta ver lo que vale”. Durante la consulta la menor presentaba labilidad emocional evidenciándose una clara dificultad para la identificación y comunicación de sus emociones. Tanto ella como sus padres explicaban que presentaba dificultades para interrelacionarse con pares, siendo su grupo de amigos nulo.

La madre refería que un mes previo a la consulta había compartido en una red social una foto en la que refería sentirse “como muerta”, siendo los compañeros quienes avisaron a los profesores de la situación y éstos a los padres. Tras ese episodio retomó el seguimiento en psicología en el ámbito privado, donde según refieren los progenitores apenas pronuncia palabras.

Según explican los profesores del centro escolar, en las situaciones grupales del centro solía pasar desapercibida: “se hace transparente en el grupo”. Un año antes de la primera consulta había iniciado la actividad de fútbol, acudiendo a la misma durante tres meses tras los cuales decidió dejarla por dificultades con las compañeras. Explicaba estas situaciones de conflicto de manera vaga y con poca consistencia, no habiendo sido percibidas por otros miembros del equipo.

Además, los cuatro meses previos a la consulta había presentado disminución del apetito sin repercusión ponderal ni distorsión de la imagen corporal, habiendo comenzado a realizarse de manera prácticamente concomitante autolesiones con finalidad ansiolítica en forma de arañazos superficiales en los brazos y las piernas. Estas conductas se producían de manera diaria, desconociendo la madre

la existencia de las mismas hasta unas dos semanas previas a la consulta. Reconocía seguir cuentas en Instagram relacionadas con autolesiones.

En cuanto al sueño, presentaba insomnio de conciliación y despertares frecuentes.

Tenía una analítica reciente realizada por su Médico de Atención Primaria con función tiroidea normal.

Se prescribió fluoxetina y se proporcionan pautas para identificación de emociones y la regulación conductual.

Exploración psicopatológica

Consciente, abordable. Aspecto cuidado. Escaso contacto visual. Lenguaje escaso, parca en palabras. Ánimo bajo, apatía, anhedonia. Dificultades de regulación emocional. No presentaba alteraciones del curso del pensamiento, tampoco obsesiones, manías ni rituales. Autolesiones sin intención suicida, en forma de cortes sin finalidad autolítica, no heteroagresividad, no ideas de muerte ni autolisis en el momento de la evaluación, aunque refiere haberlas presentado en contextos de intensa ansiedad, nunca planificación suicida. Dificultades para la identificación de emociones. Dificultades en las relaciones sociales. No alteraciones sensorio-perceptivas. Hiporexia de meses de evolución. Insomnio global.

Evolución

Tras iniciar tratamiento con fluoxetina 20 mg/día y ajustar posteriormente la dosis a 40mg/día sin que presentase sintomatología adversa, se apreció una disminución de la ansiedad durante las entrevistas individuales, aunque persistió el discurso parco en palabras, siendo fundamentalmente monosílabos, a pesar de la actitud colaboradora en todo momento, explicando la menor que “se queda bloqueada” al hablar sobre sus emociones. Continuó impresionando de mala gestión y comprensión de las emociones, refería ánimo bajo, pero con dificultades para la identificación del mismo. No identificaba cambios tras la introducción del tratamiento farmacológico, a pesar que tanto la familia, como el centro educativo como la psicóloga referían que se le notaba más risueña.

Continuaba hablando sobre sus temas de interés con distancia emocional, persistiendo una grave dificultad para las relaciones interpersonales.

Dada la clínica persistente se realizó una revisión de la historia evolutiva. Según los padres, desde la primera infancia no aceptaba el contacto físico, persistiendo esta dificultad en la actualidad. Según los ejemplos referidos, no presentaba juego simbólico, (por ejemplo, tenía un muñeco bebé que no se le cerraban los ojos así que no podía jugar a que se durmiese). Durante la introducción de la alimentación complementaria presentó dificultades con las texturas de los alimentos, habiendo los padres achacado esto a las alergias alimentarias. Siempre fue muy selectiva con la ropa ya que el contacto de ciertas prendas le producía molestias, siendo en ocasiones difícil encontrar ropa que se ajustase a sus preferencias táctiles. Cuentan que desde niña ha tenido tendencia a evitar el contacto visual, permaneciendo ensimismada en sus actividades alrededor de los cuatro años de edad cuando entraban los padres en una habitación en la que estaba jugando. En la actualidad continúa evitando ocasionalmente el contacto ocular. Muestra dificultades para hablar de temas que no son de su interés, siendo difícil explorar su comprensión de situaciones sociales habituales por sus dificultades para mantener una conversación.

Se decidió administrar la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo segunda edición (ADOS 2) módulo 3 para completar información.

Pruebas complementarias

ADOS 2 - MODULO 3 (6)

Lenguaje y comunicación: Durante la realización de la prueba utilizaba frases y verbalizaciones complejas de manera correcta, sin que presentase ecolalias. El patrón del habla fue inusual, siendo muy lento en ocasiones, con poca variación de tono durante la mayoría de los intercambios (aunque en algunos contextos, como cuando habla sobre su grupo musical favorito, hace entonación muy adecuada), sin uso estereotipado o idiosincrásico de palabras o frases. Durante la realización de la prueba ofreció información sobre el contenido de una de sus canciones favoritas, personajes de manga y gustos alimentarios

sin ser preguntada, respondiendo adecuadamente a los comentarios del examinador, aunque no realizó preguntas sobre ellos. Además, ofreció información sobre su deseo de irse a vivir a Japón en la edad adulta ya que le gusta la cultura de dicho país “porque se relacionan menos”. En la tarea de demostración, proporcionó explicaciones sin necesidad de que se realizaran preguntas específicas para ser guiada, con buen contacto visual durante la misma, aunque durante el resto de la prueba no realizó descripción de sucesos de forma espontánea. La conversación no fluyó durante ningún momento de la entrevista, permaneciendo a la espera de preguntas concretas para realizar intercambios de diálogo. En cuanto a la gesticulación, utilizó espontáneamente algunos gestos descriptivos, siendo la variedad de éstos, escasa.

Interacción social recíproca: Durante la realización de la prueba el contacto visual fue adecuado, así como la variedad de expresiones faciales dirigidas al examinador, presentando en ocasiones tics fonatorios (carraspeos) y movimientos estereotipados (tocándose frecuentemente la cabeza). La vocalización en general se acompañó de cambios sutiles y socialmente adecuados, dando durante la prueba muestras claras de disfrute compartido en más de una actividad. Transmitió cierta identificación del miedo en la tarea del libro, señalando dicha emoción unas cinco veces durante la tarea sin que pudiera identificar otras en los personajes. En cuanto a la identificación de las relaciones sociales básicas, impresionaba de tener una comprensión superficial de las mismas, siendo capaz de describirlas pero siendo confusa su descripción de situaciones en las que se ve involucrada (la chica a la que describe como su mejor amiga la conoce sólo hace unos meses y nunca han quedado fuera del centro escolar, “cuando una persona se siente sola lo mejor que puede hacer es leer y dibujar”) impresionando de que la adecuada descripción inicial se trata de una respuesta aprendida. En cuanto a su comprensión de las relaciones de pareja, expresó confusión con su propia identidad sexual, declarándose en un inicio bisexual para luego explicar que no sabía por qué la gente puede querer tener pareja, ni las posibles ventajas o inconvenientes de tenerla. Durante toda la evaluación no realizó iniciaciones sociales de ningún tipo, mostrando poca preocupación en relación con la

atención del evaluador, con gran latencia de respuesta. La interacción fue inusual, siendo necesario realizar ajustes en el orden de las actividades durante la prueba para que fuese posible completarla.

Imaginación: No presentó acciones creativas ni inventivas, negándose a realizar la actividad de juego simbólico aumentando el número de tics en ese momento. Se le ofrecieron otros objetos, pero la negativa fue persistente a pesar de la buena y agradable interacción durante la prueba. En cuanto a la historia inventada realizó una copia exacta de la historia realizada por el examinador, tras una latencia de unos cinco minutos para iniciarla, presentando muchas dificultades para la iniciación de la misma.

Comportamientos estereotipados e intereses restringidos: Durante la evaluación no se observaron intereses sensoriales inusuales ni comportamientos de búsqueda sensorial, observándose manierismos ocasionales. Realizó referencias a patrones de interés altamente específicos en un grado inusual, como su interés en la cultura japonesa. No presentó actividades o rutinas verbales ni conducta autolesiva.

Otros comportamientos anormales: Permaneció quieta, sentada de manera apropiada durante la evaluación, mostrándose más cómoda en las partes de la evaluación consistentes en preguntas y respuestas.

Según la información clínica recogida en las diferentes consultas y durante la evaluación ADOS-2, la menor presentaba un retraso en la adquisición del lenguaje, un desarrollo anormal de la interacción social recíproca y del juego simbólico antes de los tres años de edad así como un fracaso en el establecimiento de relaciones interpersonales con pares, una ausencia de reciprocidad socio emocional, graves dificultades para iniciar o mantener una conversación, ausencia de juegos de simulación espontáneos y juego social imitativo en las edades más tempranas, intereses restringidos y manierismos, no pudiendo atribuirse esta sintomatología a otra causa, por lo que cumplía criterios de CIE 10 para el diagnóstico de un Autismo infantil.

Juicio clínico (cie10): EJE I: Trastorno Generalizado del Desarrollo. Autismo infantil F84.0, CIE10, Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.2; EJE II: XX; EJE III: XX; EJE IV: Alergia a proteínas leche de vaca, frutos secos, soja; EJE V: XX; EJE VI: GAF 60

DISCUSIÓN

En el presente caso clínico se describe una situación todavía común en nuestras consultas: se presenta una adolescente cuyas dificultades en la interacción social han pasado desapercibidas durante años. Al iniciar seguimiento en dispositivos de Salud Mental por sintomatología ansioso depresiva, se observa clínica correspondiente a un TEA.

Se hipotetiza que el infradiagnóstico de TEA puede ser más frecuente en mujeres, ya que la presentación de los síntomas puede ser ligeramente diferente a la de los varones: pueden presentar dificultades más sutiles como ser muy inocentes, presentar conductas inapropiadas, raras o invasivas en diferentes contextos, escasa iniciativa social... Durante la prueba ADOS se observó cómo la comprensión de relaciones sociales y emociones explorada de manera somera parecía ser mejor de lo que finalmente resultó, pudiendo haber pasado desapercibidas estas dificultades en otros contextos. Se ha postulado que las mujeres con TEA tengan un fenotipo específico con una presentación diferente a la que aparece en varones (7, 8). Se recomienda en estos casos prestar más atención a las dificultades para turnos de conversación, la copia de estrategias de pares, la excesiva pasividad, las dificultades para resolver conflictos, el perfeccionismo, la ausencia de amistades profundas, los sentimientos de “no encajar” y el uso inadecuado de redes sociales como se observó en el presente caso (9). Se ha hablado sobre cómo las mujeres pueden “camuflar” sus dificultades sociales (10), ya que muchas veces se cree que presentan un juego más imaginativo o simbólico por los objetos utilizados, sesgados culturalmente como de niñas, siendo este juego muy rígido y concreto cuando se observa con detenimiento.

Dado que el diagnóstico de TEA permite un mejor abordaje de la situación vital del paciente, sería importante recabar más información sobre este posible fenotipo femenino del TEA para poder realizar un diagnóstico más temprano de dichos casos que permita poner en marcha los apoyos necesarios que puedan favorecer un mejor desarrollo personal.

CONCLUSIONES

Una evaluación de los Trastornos del Espectro Autista debe incluir una comprensión de la psicopatología desde una perspectiva de género. Las diferencias de género presentes en el TEA han de ser estudiadas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. (CDC) CfDCaP. 2019 Available from: <https://bit.ly/3j1Q6vd>
2. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric research*. 2009;65(6):591–598. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31819e7203>
3. Constantino JN, Zhang Y, Frazier T, Abbacchi AM, Law P. Sibling recurrence and the genetic epidemiology of autism. *The American journal of psychiatry*. 2010;167(11):1349–1356. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14050576>
4. Lai MC, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1013-1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
5. Giarelli E, Wiggins LD, Rice CE, Levy SE, Kirby RS, Pinto-Martin J, et al. Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability and health journal*. 2010;3(2):107-116. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.02.006>
6. Catherine Lord PMR, MD, et al. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS -2). WPS; 2012.
7. Bargiela S, Steward R, Mandy W. The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016;46(10):3281-3294. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>
8. Hervás A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2016;62(1):S9–S14. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016068>
9. AETAPI. Guía de Buenas Prácticas en Mujeres con TEA. 2018.
10. Kenyon S. Autism in Pink: Qualitative Research Report 2014 [Available from: <https://bit.ly/32WYGFY>.