

M.B. Martínez Alonso¹, M.M. Fernández Rodríguez²,
L. Pérez Moleiro².

¹ Facultativo especialista de área. Servicio de Psiquiatría.
² Médico residente psiquiatría. Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Unidad de
Salud Mental Infanto-Juvenil.

Correspondencia:

María Belén Martínez Alonso.
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Univer-
sitario de Vigo.
Avenida Camelias, 109. Vigo, 36211.
Email: Maria.Belen.Martinez.Alonso@sergas.es.

*Trastorno de la comunicación social
(pragmático), nueva categoría
diagnóstica DSM-5, consideraciones
clínicas y diagnóstico diferencial a
propósito de un caso.*

*Social (pragmatic) communication
disorder, new DSM-5 diagnostic
category, clinical considerations and
differential diagnosis apropos of a
case*

RESUMEN

Definición: el trastorno de comunicación social (pragmático) es una entidad diagnóstica incluida en el DSM-5. Se caracteriza por dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal, diferenciándose del trastorno del espectro autista por la ausencia de intereses restringidos y/o actividades estereotipadas¹.

Caso clínico: presentamos el caso clínico de una paciente de catorce años de edad, con antecedentes familiares de trastorno del espectro autista (TEA), que es remitida a consulta de psiquiatría infanto-juvenil por un cuadro de ansiedad reactiva a un episodio de victimización en el instituto. En la exploración se evidencia una problemática centrada en la comunicación y las relaciones sociales que cumple criterios diagnósticos de trastorno de comunicación social.

Conclusión: la adolescencia se puede considerar un periodo crítico para los pacientes que presentan trastornos de comunicación social, como pueden ser el TCS y los TEAs, siendo fundamental la detección temprana y el tratamiento centrado en el entrenamiento en habilidades sociales. El TCS podría incluirse dentro del fenotipo ampliado del Autismo en los parientes no autistas de individuos TEA.

Palabras clave: comunicación, autismo, adolescencia, fenotipo, social.

ABSTRACT

Definition: social (pragmatic) communication disorder is a new diagnostic entity included in the DSM-5. It is characterized by persistent difficulties in the social use of verbal and nonverbal communication, differing from autism spectrum disorder by the absence of restricted interests and/or stereotyped activities¹.

Case report: we report the case of a 14-year-old girl, with a family history of autism spectrum disorder (ASD). She was referred to the child and adolescent psychiatry clinic because of reactive anxiety secondary to bullying at school. On examination, her main problem was centered on communication and social relationships. She meets diagnostic criteria for social communication disorder.

Conclusion: adolescence can be considered a critical period for patients with social communication disorder. Early diagnosis is essential, and the mainstay of treatment is a program of social skills training.

Key words: communication, autism, adolescence, phenotype, social.

INTRODUCCIÓN

La última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ha supuesto cambios en los criterios de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) incluidos en

anteriores clasificaciones. Por un lado, la creación de un diagnóstico único como trastorno del espectro autista (TEA), y por otro, el desarrollo conceptual de la nueva categoría del trastorno de la comunicación social (pragmático, TCS), incluida dentro de los trastornos de la comunicación e independiente del espectro del autismo.

Esta nueva categoría y denominación, TCS, ha generado curiosidad clínica y debate entre los profesionales a la hora del diagnóstico diferencial entre TEA (especialmente en casos de alto funcionamiento, menor severidad, grado-1) y TCS, así como con los trastornos del lenguaje anteriormente recogidos en la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). El DSM-5 basa el diagnóstico de TEA en niveles de gravedad y continúa teniendo como referente la CIE-10. Dentro de los trastornos mentales y del comportamiento, la clasificación quedaría de la siguiente manera: Trastorno del espectro autista (DSM-5); F84.0 Autismo infantil (CIE-10) y Trastorno de la comunicación social (DSM-5); F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico (CIE-10).

Los criterios diagnósticos del TCS incluyen dificultades persistentes en la comunicación verbal y no verbal, manifestadas por un déficit en el uso de la comunicación para fines sociales, en la capacidad de adaptar la comunicación al contexto y al interlocutor, en la adecuación a las normas de conversación y en la comprensión de aquello que no está explícitamente dicho (bromas, metáforas, juegos de palabras) y depende del contexto para una correcta interpretación. Los déficits observados deben causar limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral. El trastorno debe iniciarse en las primeras fases del desarrollo, aunque puede no manifestarse hasta que las demandas sociales exceden a las capacidades; y estos déficits no pueden ser explicados por problemas de aprendizaje o del neurodesarrollo. Todo ello, en ausencia de intereses restringidos y/o comportamientos estereotipados¹.

El TCS supone un diagnóstico para niños y adolescentes con problemas centrados en la comunicación social y sin los comportamientos repetitivos y estereotipados propios de los TEA². También puede proporcionar un nuevo diagnóstico para niños previamente clasificados como

trastorno generalizado del desarrollo no especificado según el DSM-IV que, en ausencia de comportamientos estereotipados significativos, no cumplirían criterios de TEA según DSM-5. Probablemente ayudará a identificar a un grupo de niños con importantes trastornos del lenguaje pragmático y un retraso social concomitante, sin cabida en las categorías del DSM-IV.

Bishop y Norbury³ exploraron la relación entre el TEA y el trastorno pragmático del lenguaje (TPL), encontrando superposiciones y diferencias. Aunque cerca de una cuarta parte de la muestra de TPL cumplió criterios de TEA, la mayoría no lo hizo. Las conductas estereotipadas o repetitivas supusieron una clara diferenciación entre el grupo TPL no-TEA y el grupo TEA. Así, la nueva categorización diagnóstica permite identificar a un grupo de pacientes con necesidades terapéuticas específicas.

Por otro lado, existe un cuestionamiento acerca de la validez diagnóstica del trastorno de comunicación social^{4,5}. Diversos trabajos abordan la evidencia de que esta condición se diferencia del TEA, por ejemplo, en lo referente a etiología, perfil de síntomas nucleares e intervención.

La adolescencia supone una etapa evolutiva crucial en el plano relacional y, en los pacientes con TCS, las demandas sociales pueden exceder las habilidades comunicativas. Los problemas pueden enmarcarse en deseos frustrados de independencia y de relacionarse con pares, con el riesgo asociado de victimización y de presentar trastornos de ansiedad y afectivos que pueden motivar la atención clínica durante la adolescencia. Estos aspectos son compartidos con los TEA adolescentes más capacitados.

Adicionalmente, se han descrito formas leves de expresión del autismo en familiares de pacientes autistas (fenotipo ampliado del autismo), que incluyan rasgos característicos en el aspecto pragmático del lenguaje, así como déficits en el plano social que dificultan una comunicación efectiva, recíproca y fluida. Estas características remedan las definidas para el TCS y plantean la posibilidad de una mayor aparición de este cuadro en familiares de pacientes con TEA⁶.

Por todo ello, a pesar de la inclusión del TCS en el DSM-5 como entidad con criterios diagnósticos propios y en un apartado distinto del TEA, estos pacientes comparten características que pueden dificultar el diagnóstico diferencial (Tabla 1).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre trastorno de la comunicación social (TCS) y trastorno del espectro autista (TEA) según el DSM-5.

Diagnóstico diferencial TCS versus TEA en el DSM-5	
Trastorno de la comunicación social (pragmático) 315.39 (F80.89)	Trastorno del espectro del autismo 299.00 (F84.0)
<p>A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social. 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal. 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción. 4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples 	<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 comportamiento restringidos y repetitivos. <p>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):</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 salud, 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).

Adaptada de DSM-5 (APA).

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Paciente de catorce años de edad, remitida a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) por clínica de ansiedad y afectación emocional reactiva a episodio de victimización en medio escolar.

Antecedentes personales: Historia evolutiva y del desarrollo dentro de parámetros de normalidad, tanto a nivel psicomotor, adquisición y desarrollo del lenguaje, aprendizaje con lecto-escritura a edad normativa y

escolarización sin problemas de adaptación. Paciente y familia niegan dificultades de relaciones con pares hasta la adolescencia; si bien reconocen dificultades de comunicación verbal y no verbal y del uso social de la misma desde la infancia. Sin historia psiquiátrica o psicológica previa ni antecedentes médicos relevantes.

Antecedentes familiares: Madre a tratamiento por trastorno depresivo. Hermano de diez años de edad diagnosticado de TEA. No otros antecedentes de interés.

Enfermedad actual: La paciente refiere que sus problemas comenzaron con el inicio de la educación secundaria y el paso al instituto. Describe dificultades de larga data para comprender las conversaciones de sus compañeros, especialmente las bromas y los dobles sentidos, así como problemas para comunicarse con ellos sin malentendidos. Con frecuencia no comprende de qué se ríen sus compañeros, riéndose con ellos para “*sentirse en el grupo*”. No disfruta de cosas que en la mayoría de sus compañeros despiertan interés (salir en grupo, charlar sobre determinados temas, actividades en grupo o debates en clase). Cuando expresa sus opiniones, suele realizarlo de modo inadecuado y sin considerar la repercusión de sus comentarios (“*esto que me cuentas no me importa y además es muy aburrido, llevas horas hablando de lo mismo*”) y es literal en sus afirmaciones con dificultades para la mentira (“*ella está gorda, aunque estar gorda no es nada malo*”).

Esto dificulta su adaptación al entorno y la ha llevado a ser ridiculizada, criticada y rechazada por sus compañeros, recibiendo descalificativos (“*pareces vieja*”) y burlas sobre su forma de relacionarse, iniciar el diálogo y responder en las conversaciones. A pesar de haber cambiado de clase y de la intervención del equipo de orientación escolar, la repetición de este patrón ha llevado nuevamente a su exclusión de resto de grupos de alumnos, llegando a verse aislada hasta el punto de pasar los recreos en la biblioteca para evitar relacionarse y sin entender el porqué.

En este contexto de victimización, la paciente inicia un cuadro de decaimiento anímico y ansiedad psíquica y física (caída de cabello, anorexia con repercusión ponderal...) con evitación de la exposición a situaciones sociales y consecuente absentismo escolar que motivó su derivación a psiquiatría.

Paciente y familia niegan la existencia de intereses restrictivos o conductas estereotipadas (la madre, con un hijo diagnosticado de TEA, los excluía con rotundidad).

Exploración psicopatológica: En una primera consulta, se evidencian francas dificultades en la comunicación social desde la infancia, con repercusión funcional en la adolescencia, en un contexto de mayor demanda comunicativa, con a raíz del desbordamiento de las habilidades relacionales. Se muestra abordable, con buen contacto ocular. Reconoce las dificultades mencionadas y presenta una afectación congruente con el conflicto relacional generado, con sentimientos de impotencia a la

hora de afrontar el problema y tendencia a la evitación. Su tono es pedante, con tendencia a matizar o realizar comentarios críticos e inapropiados, incluso hacia el entrevistador o frente a alguna de las pruebas realizadas, manifestando dificultades para adecuarse al contexto de la consulta. El lenguaje es correcto en lo formal, más allá de lo esperable para su edad, con múltiples formalismos y un vocabulario rico. No presenta resonancia hacia las bromas del interlocutor o comentarios orientados a mitigar su ansiedad, sin una comprensión clara de las fórmulas de cortesía (ejemplo en la entrevista: “*algunas cosas que te vamos a preguntar te pueden parecer tonterías, o que no tiene que ver contigo pero es importante que te las preguntemos*”). Al finalizar la entrevista la paciente preguntó “*¿dónde están las tonterías?*”).

Se aprecia un afecto depresivo, sin apatía, anhedonia, ni ideación autolítica; pero con una nula esperanza de mejoría, afectación del sueño y del apetito, y una clara tendencia al aislamiento. Presenta ansiedad social y anticipatoria manifiesta con síntomas somáticos acompañantes. Ante el componente afectivo del cuadro, se administró el Cuestionario de Depresión Infantil, CDI (Kovacs M, Beck AT (1977). “An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression.” In Schulterbrandt JG, Raskin A (Eds.) (1977). *Depression in children: Diagnosis, treatment, and concept models*. New York, NY: Raven. <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000636/childrens-depression-inventory-2-cdi-2.htm>), obteniendo la paciente una puntuación total de 19 y resaltando los ítems relacionados con la desesperanza. Ante las dificultades comunicativas y el antecedente familiar de TEA, se administró un módulo 4 (fluidez verbal adolescentes y adultos) de la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, ADOS (Lord C, Rutter M, Goode S et al. (1989). “Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior”. *J Autism Dev Disord* 19(2):185-212. doi: 10.1007/BF02211841. PMID 2745388. <http://www.wpublish.com/store/p/2648/autism-diagnostic-observation-schedule-second-edition-ados-2>), en la que no se superó el punto de para TEA. Las mayores alteraciones en esta escala se apreciaron en la comunicación, con dificultades para el uso de palabras y frases con “ida y vuelta” en una conversación social y con una cantidad de habla inferior a la esperada para su nivel de lenguaje expresivo y limitada en flexibilidad. También se objetivaron, en la interacción

social recíproca, dificultades en la comprensión de la naturaleza de las relaciones sociales, especialmente para comprender su propio rol dentro de las mismas. Respecto a la cualidad general del “rapport”, el entrevistador tuvo, a lo largo de la prueba, que modificar en varias ocasiones su propio comportamiento verbal y no verbal para mantener una interacción que, si bien resultaba cómoda por momentos, no lo era de forma sostenida, percibiéndose como artificial o mecanizada. La paciente mantuvo un nivel de ansiedad elevado aunque intermitente, que fue más allá de una cautela inicial comprensible en el contexto de la consulta. Algo que también se evidenció durante las entrevistas realizadas.

Diagnóstico: Se llegó al diagnóstico de trastorno de comunicación social (315.39 del DSM-5) con trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.(309.28 del DSM-5).

Tratamiento: Se inició tratamiento sintomático con fluoxetina 20 mg en toma única matutina y se incluyó a la paciente en un programa individualizado de entrenamiento en habilidades sociales y estilos comunicativos, utilizando material psicopedagógico adaptado (secuencias Schubi ¿Y después?) y técnicas de role-playing, con progresiva exposición a medio social y escolar.

Evolución: Mejoría a nivel afectivo y disminución de niveles de ansiedad, con alivio de síntomas somáticos. A pesar de persistir ciertas dificultades de estilo comunicativo, especialmente de inflexibilidad, la paciente mejoró en sus habilidades sociales, con un alivio de los conflictos y disminución del estrés en el medio escolar.

DISCUSIÓN

El DSM-5 introduce la nueva categoría diagnóstica de trastorno de la comunicación social (pragmático), caracterizado por dificultades mantenidas en la comunicación verbal y no verbal con fines sociales, en ausencia de intereses restrictivos o comportamientos estereotipados⁷.

El caso clínico expuesto cumple los criterios diagnósticos de TCS, con la particularidad de que la paciente tiene un hermano con trastorno del espectro autista. La literatura recoge una mayor prevalencia de TCS

en familiares de individuos con TEA⁸, recomendándose una monitorización en estos casos para la detección de problemas de comunicación social.

En este sentido, y teniendo en cuenta el concepto de fenotipo ampliado del autismo, el TCS en los parientes de TEA podría ser entendido como una forma menor o leve de expresividad del autismo. Todo ello necesita un diagnóstico diferencial exhaustivo.

La coexistencia de cuadros afectivos también ha sido descrita en el TEA, señalándose la adolescencia como un periodo evolutivo de riesgo, ante la emergencia de mayores conflictos en el contexto relacional y el riesgo de ser víctimas de acoso o burlas por parte de sus compañeros. Una situación análoga a la de riesgo de victimización de los niños afectos de TEA en el medio escolar podría inferirse en los pacientes con TCS, si bien lo novedoso del diagnóstico y la falta de estudios al respecto no permite arrojar conclusiones al respecto. La deficiencia de habilidades sociales y falta de comprensión de situaciones habituales para otros adolescentes puede dar lugar a síntomas ansiosos y afectivos en estos pacientes en respuesta al estrés. En el caso clínico expuesto, la paciente mejoró sintomáticamente con fluoxetina⁹, y esto facilitó su vinculación y participación en el programa de habilidades sociales.

Dadas las características clínicas de la paciente y las necesidades apreciadas, se optó por intervenir mediante un programa de entrenamiento de habilidades sociales utilizado en pacientes con TEA y problemas de comunicación social. Este tipo de entrenamiento incluye el trabajo en grupos monitorizado, el role playing y la grabación y posterior reproducción de situaciones sociales representadas, entre otras técnicas. La investigación hasta la fecha indica la necesidad de tratamientos multimodales e individualizados para cada paciente¹⁰. Los sistemas basados en la descripción interactiva de gráficos de contenido social permiten trabajar algunas normas de comportamiento, así como discriminar actitudes positivas y negativas. Estas técnicas son efectivas para mejorar la funcionalidad de la comunicación, pero los efectos sobre la comunicación social son moderados. A pesar de las limitaciones en investigación, disponemos de evidencia robusta en la literatura del papel del entrenamiento en habilidades sociales para mejorar ambas: la comunicación funcional y social.

Todo ello supone un reto en la práctica clínica y la

necesidad de adaptar los modelos de diagnóstico e intervención, que no incluían esta categoría diagnóstica, para la que habrá que delimitar un área de tratamiento específico. La reflexión y el abordaje de las nuevas entidades y denominaciones dentro de las categorías diagnósticas, permite identificar nuevos casos en la clínica y aportar la orientación e intervención adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
2. Ozonoff S. Editorial: DSM-5 and autism spectrum disorders— two decades of perspectives from the JCPP. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(9): e4-e6.
3. Bishop DV, Norbury CF. Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002; 43 (7): 917-29.
4. Skuse DH. DSM-5's conceptualization of autistic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51 (4): 344-6.
5. Tanguay PE. Autism in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1142-4.
6. Hurley RS, Losh M, Parlier M, Reznick JS, Piven J. The broad autism phenotype questionnaire. *J Autism De Disord*. 2007; 37 (9): 1679:90.
7. Norbury CF. Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55 (3): 204-16.
8. Miller M., Young GS., Hutman T., Johnson S., Schwichtenberg AJ., Ozonoff S. Early pragmatic language difficulties in siblings of children with autism: implications for DSM-5 social communication disorder?. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 774-781.
9. Mazzone L., Postorino V., De Peppo L., Fatta L., Lucarelli V., Reale L., Giovagnoli G., Vicari S. Mood symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*. 2013; 34 (11): 3699-708.
10. Tierney CD., Kurtz M., Panchik A., Pitterle K. 'Look at me when I am talking to you': evidence and assessment of social pragmatics interventions for children with autism and social communication disorders. *Curr Opin Pediatr*. 2014; 26 (2): 259-64.