



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

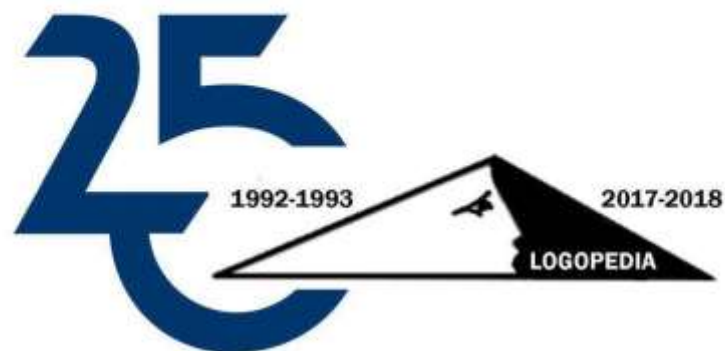
FACULTAD DE MEDICINA

---

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO  
DEL ESPECTRO AUTISTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

---

**CURSO 2018/2019**  
**GRADO EN LOGOPEDIA**



Autora: ALBA LÓPEZ SÁNCHEZ

Tutora: NATALIA JIMENO BULNES

## AGRADECIMIENTOS

---

En primer lugar, agradecer a mi tutora Natalia Jimeno Bulnes, profesora de la Universidad de Valladolid, por su ayuda, dedicación, disponibilidad y preocupación en la realización de este trabajo, ya que sin su colaboración el resultado no hubiese sido el mismo.

Por otro lado agradecer a mi familia, amigos y pareja por apoyarme en todo el proceso, por su preocupación, por saber transmitirme la tranquilidad que necesitaba en los momentos de estrés o desesperación y por toda la paciencia.

Este trabajo ha sido posible gracias al esfuerzo, la dedicación, la constancia, el entusiasmo y la emoción de trabajar en aquello que me gusta.

# INDICE

---

<b>0.</b>	<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1.</b>	<b>Trastorno del Espectro Autista</b> .....	<b>4</b>
2.1.1.	Características generales del Trastorno del Espectro Autista.....	4
2.1.1.1.	Sintomatología del Trastorno del Espectro Autista.....	6
2.1.1.2.	Etiologías del Trastorno del Espectro Autista.....	6
2.1.1.3.	Epidemiología del Trastorno del Espectro Autista.....	7
2.1.2.	Evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.....	8
<b>2.2.</b>	<b>Esquizofrenia</b> .....	<b>10</b>
2.2.1.	Características generales de la Esquizofrenia.....	10
2.2.1.1.	Sintomatología de la Esquizofrenia.....	10
2.2.1.2.	Etiología de la Esquizofrenia.....	11
2.2.1.3.	Epidemiología de la Esquizofrenia.....	12
2.2.2.	Evaluación y diagnóstico de la Esquizofrenia .....	12
<b>3.</b>	<b>CASO CLÍNICO</b> .....	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>24</b>
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>32</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>36</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>37</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>39</b>
10.1.	Anexo 1. Sintomatología Trastorno del Espectro Autista según el DSM-5 (APA, 2014).....	39
10.2.	Anexo 2. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la esquizofrenia (APA, 2014) .....	41
10.3.	Anexo 2. Escala de Barthel .....	42
10.4.	Anexo 3. CARS (The Childhood Autism Rating Scale) .....	44
10.5.	Anexo 4. IDEA (Escala del Inventario del Espectro Autista) .....	45

## O. RESUMEN

---

**Introducción.** Existe aparentemente una clara distinción entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la esquizofrenia; sin embargo, al realizar un diagnóstico detallado, observamos ciertas dificultades: confusión sintomatológica o atribución de síntomas positivos característicos de la esquizofrenia al TEA. Este trabajo pretende plantear estas dificultades llevándolas a un caso real intentando llegar a una conclusión diagnóstica.

**Objetivos.** 1. Recopilar toda la información actualmente disponible sobre comorbilidad y/o diagnóstico diferencial entre TEA y esquizofrenia. 2. Discutir la posibilidad de un diagnóstico dual en un caso clínico.

**Metodología.** Se realiza una búsqueda bibliográfica que pretende recopilar la información más destacada en cuanto a lo relacionado con el diagnóstico diferencial y comorbilidad entre TEA y esquizofrenia. Buscadores empleados: Dialnet, PubMed y Google Académico.

**Resultados.** Se han seleccionado 21 artículos. Se recoge la actual dificultad diagnóstica en estas patologías, la importancia del conocimiento en profundidad de los criterios diagnósticos clínicos, incluido el lenguaje y la comunicación, y la necesidad de un diagnóstico preciso para una adecuada intervención.

**Conclusiones.** Se ha publicado un reducido número de casos que traten la comorbilidad y/o diagnóstico diferencial entre TEA y esquizofrenia. Una correcta evaluación clínica es necesaria para un diagnóstico preciso, el diseño de una intervención adecuada e individual y el establecimiento de un pronóstico. El sujeto presenta una comorbilidad de TEA y esquizofrenia, aunque la sintomatología psicótica es más notable que la de TEA. Se necesita una mayor investigación sobre este tema.

**Palabras clave:** Diagnóstico diferencial, Comorbilidad, Trastorno del Espectro Autista, Esquizofrenia, Lenguaje, Sintomatología.

## ABSTRACT

---

**Introduction.** There is a clear distinction between Autism Spectrum Disorder (ASD) and schizophrenia; However, when making a precise diagnosis, certain difficulties may appear: symptomatic confusion or attribution of positive symptoms, characteristic of schizophrenia, to ASD. This work aims to raise these difficulties.

**Objectives.** 1. To collect all currently available information on comorbidity and/or differential diagnosis between ASD and schizophrenia. 2. Discuss the possibility of a dual diagnosis in a clinical case.

**Methodology.** A bibliographic search is carried out that aims to compile the most outstanding information regarding the differential diagnosis and the comorbidity between ASD and schizophrenia. Search Engines: Dialnet, PubMed and Google Scholar.

**Results.** A total of 21 articles were selected. They show the current diagnostic difficulty in these pathologies, the importance of in-depth knowledge of clinical diagnostic criteria, including language and communication, and the need of an accurate diagnosis for an adequate intervention.

**Conclusions.** A small number of cases on comorbidity and/or differential diagnosis between ASD and schizophrenia have been published. A correct clinical evaluation is needed for a precise diagnosis, design of an appropriated and individual intervention and the establishment of a prognosis. The case presents a comorbidity of ASD and schizophrenia, although the psychotic symptomatology is more remarkable than that of ASD. More research is needed on this subject.

**Key words:** Differential diagnosis, Comorbidity, Autistic Spectrum Disorder, Schizophrenia, Language, Symptomatology.

# 1. JUSTIFICACIÓN

---

El siguiente trabajo se va a centrar principalmente en una revisión bibliográfica sobre las dificultades diagnósticas que se pueden encontrar en una población adulta en cuanto a las patologías del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la esquizofrenia.

La razón principal por la cual decidí realizar este estudio se encuentra en los usuarios del centro de autismo en el que he trabajado a lo largo de mi periodo de prácticas, de los cuales, algunos, presentaban un “diagnóstico” basado en escalas de TEA, pero mayoritariamente, presentaban signos psicóticos y tratamiento farmacológico antipsicótico sin estar diagnosticados para ello.

Este hecho me resultaba bastante curioso; ¿Por qué había tanta dificultad a la hora de establecer uno de los dos diagnósticos para estas patologías aparentemente bien delimitadas como son la psicosis y el autismo? ¿Podrían coexistir ambas patologías y por lo tanto haber un doble diagnóstico? O simplemente, presentar un diagnóstico de cualquiera de las dos patologías con sintomatología dual.

A todas estas dudas que me surgían a lo largo de mi estancia en el centro fui intentando dar respuesta mediante la búsqueda de artículos relacionados con el tema, de tal forma que fui almacenando una información que me resultaba interesante para realizar mi trabajo de fin de carrera. Además de la búsqueda de artículos, me parecía fundamental conocer bien las diferencias entre ambas patologías.

Otro aspecto por el cual decidí investigar este campo fue mi interés por el mundo del autismo desde que comencé a estudiar esta patología durante la carrera, por lo que dirigí mis prácticas a trabajar con este tipo de población y en ellas me encontré con este perfil de personas.

En las prácticas me resultaba bastante curioso cómo este tipo de perfiles aprendían a comunicarse o aprendían aspectos de autonomía personal empleando las mismas actividades y métodos de enseñanza que los perfiles que presentaban únicamente la patología del Trastorno del Espectro Autista ya que, aparentemente, se muestran como dos patologías bien diferenciadas, por lo que pensé que las estrategias de enseñanza podrían ser diferentes en algunos aspectos.

Por todo ello, el tema que voy a tratar en mi Trabajo de Fin de Grado es el diagnóstico diferencial entre el Trastorno del Espectro autista y la esquizofrenia, orientado a un caso concreto del centro de prácticas.

## 2. INTRODUCCIÓN

---

En este apartado se realiza un marco teórico en base a los conceptos principales que se van a estudiar a lo largo del trabajo: Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la esquizofrenia.

### 2.1. Trastorno del Espectro Autista

#### 2.1.1. Características generales del Trastorno del Espectro Autista.

Las primeras aportaciones y observaciones sobre este concepto, según podemos encontrar en el artículo “El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger” (Artigas-Pallarés, 2012), se encuentran en los siglos XVI y XVII.

En dicho artículo se destacan una serie de autores cuyas aportaciones han influido en investigadores que han definido lo que conocemos actualmente como Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Se destacan:

- **Johannes Mathesius** (1504-1560): cronista del monje Martín Lutero (1483-1546), quien relata la historia de un chico con autismo. De acuerdo con la descripción del cronista, Lutero consideraba que el caso que tenían delante era un caso de un cuerpo poseído sin alma y por lo tanto sugirió su muerte.
- **Fray Junípero Serra**: ejemplifica mucha sintomatología propia de las personas con autismo. En un libro anónimo “*Las Florecillas de San Francisco*”, escrito en el siglo XVII, se relatan historias sobre este santo que no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los otros, desadaptación a las diferentes convenciones sociales y presentaba dificultades en la comprensión de la comunicación no verbal.
- **Paul Eugen Bleuler**: en 1911 introduce el término de “autismo”, proveniente del griego clásico, para hacer referencia a una alteración de la esquizofrenia, basada en el alejamiento de la realidad externa. De esta forma, Bleuler se refería a los pacientes de esquizofrenia que tenían la tendencia de vivir encerrados en su mundo interior alejándose del mundo emocional exterior. “*Autos*” significaba uno mismo; “*ismos*” hace referencia al modo de estar. Entendía por autismo el estar encerrado en uno mismo, aislado. Sin embargo, esta palabra no se corresponde con exactitud con el significado que adquiere posteriormente.
- **Carl Gustav Jung**: en 1923 introduce los conceptos de personalidad extravertida/introvertida ampliando el enfoque psicoanalítico de Freud, definiendo el autismo como un ser introvertido, siendo una persona contemplativa que disfruta de la soledad y de su mundo

interno, por lo que para Jung, un autista era una forma de introversión severa, considerándose característica de algunas formas de esquizofrenia.

Durante estos años aparecieron trabajos considerados como aproximaciones conceptuales del autismo, las cuales resultaron ser interpretaciones de lo que se llamó “esquizofrenia de inicio precoz”, “síndromes parecidos a la esquizofrenia” o “cuadros regresivos en la infancia”.

No obstante, el autor más importante conocido en los estudios acerca del autismo es **Leo Kanner** (1943), pionero en la psiquiatría infantil y fundador de la primera clínica para niños con problemas psiquiátricos en la Universidad John Hopkins en Baltimore. En 1943 publica su artículo “Autistic disturbances of affective contact”, al cual se debe el uso del término “autismo”.

En base a sus estudios, propone una serie de criterios que definen el autismo precoz infantil:

- Aislamiento profundo.
- Deseo obsesivo de preservar la identidad.
- Relación intensa con objetos.
- Conservación de una fisonomía inteligente y pensativa.
- Alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o lenguaje desprovisto de intención comunicativa.

De estos aspectos, Kanner destacó en 1951 un aspecto fundamental: obsesión por mantener la identidad, expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde no se aceptan cambios.

Kanner introduce la categoría de diagnóstico de autismo infantil en su serie de casos de 11 niños con “trastornos autistas de contacto afectivo”, momento en el que el autismo se hizo visible por primera vez como una entidad psiquiátrica separada y única (Verhoeff, 2013).

En el estudio de Kanner se recoge la siguiente sintomatología común en los 11 niños:

- Alteraciones del lenguaje, aunque en 8 el nivel formal de lenguaje era normal o levemente retrasado.
- Insistencia obsesiva en mantener el ambiente.
- Incapacidad para relacionarse.
- Aspecto físico normal.
- Primeros síntomas desde el nacimiento.
- Buen nivel cognitivo, aunque limitado por intereses.
- Posibles habilidades especiales.

Siguiendo a Verhoeff (2013), Kanner consideraba el autismo infantil temprano como la manifestación más temprana posible de la esquizofrenia infantil.



Gracias a todas las aportaciones de Kanner y los debates que generaron sus estudios, en 1980, el autismo fue recogido como un trastorno en el DSM-III, ya que en versiones anteriores se encontraba como una característica de la esquizofrenia infantil.

En las versiones del DSM-IV se establecen cinco categorías dentro del autismo:

- Trastorno autista.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo no específico.

Además, se empleó el término de “trastorno generalizado del desarrollo” para los subtipos del autismo.

Finalmente, el DSM-5, sustituye el término de “Trastorno Generalizado del Desarrollo” por Trastorno del Espectro Autista (TEA) para referirse al término comúnmente conocido como autismo. En la actualidad, desde el 2013, el DSM-5 define el TEA como el “conjunto heterogéneo de alteraciones del neurodesarrollo cuya sintomatología definitoria incluye, además de un trastorno en el desarrollo socio comunicativo y un patrón restringido de actividades e intereses, otro tipo de manifestaciones clínicas que varían enormemente de un individuo a otro”.

#### ***2.1.1.1. Sintomatología del Trastorno del Espectro Autista.***

Actualmente el sistema vigente de clasificación de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría es el DSM-5. Este sistema recoge cinco síntomas principales además de tres niveles de gravedad. Véase en el Anexo 1

#### ***2.1.1.2. Etiologías del Trastorno del Espectro Autista.***

Actualmente la búsqueda de la causa concreta del autismo es uno de los temas más controvertidos en estos campos de investigación, ya que no se encuentra una etiología concreta, por lo tanto es desconocida. Sin embargo, muchas investigaciones realizadas en los últimos años apuntan a la existencia de un substrato biológico como la principal causa en la génesis del autismo. (Jiménez, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), se admite la existencia de múltiples factores que pueden estar relacionados con la aparición del TEA, sin embargo, los más aceptados son los factores genéticos y los factores ambientales.

Jiménez Martínez (2001) realiza una recopilación teórica abarcando diferentes teorías en cuanto a la etiología del TEA:

- Factores psicodinámicos, familiares, ambientales y sociales, dando gran importancia a las características conductuales de los padres, por lo que les culpabilizaban, de tal manera, que posteriormente, se realizaron múltiples estudios comparativos de padres con hijos sin patología autista y padres con hijos autistas, de tal manera que no se observaron diferencias relevantes en la educación de sus hijos, por lo que estos prejuicios hacia los padres fueron desapareciendo.
- Una hipótesis relevante sugiere la tendencia del desarrollo cerebral dependiendo de la prevalencia de los genes maternos o paternos. En el caso de prevalecer los genes paternos, el cerebro tendería a desarrollarse hacia la patología TEA, en cambio, si prevalecen los genes maternos, el cerebro tendería a desarrollarse hacia una línea que incluye esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar.
- Naturaleza psico-biológica del autismo, siendo cada vez más los profesionales que se reafirman en las teorías orgánico-biológicas.
  - Rubéola congénita: posible etiología vírica en algunos casos
  - Enfermedades pediátricas que implican retraso mental: esclerosis tuberosa, encefalitis, o síndrome del cromosoma X frágil.
- Factores genéticos por las investigaciones de en gemelos monocigóticos.
- Factores perinatales encuentran altas incidencias de complicaciones en niños autistas como hemorragias e infecciones víricas y en periodo neonatal altas incidencias de distress respiratorio y anemia neonatal.
- Los estudios neuroanatómicos muestran alteraciones estructurales cerebrales en las personas con autismo, aunque de carácter inespecífico.

Concluyendo este apartado, resulta muy difícil identificar una causa específica que genere el autismo, por lo que todas las hipótesis han tenido una larga evolución de cambios, sin embargo, son los factores biológicos los que parecen mantenerse en todos estos cambios como causa de este trastorno.

### **2.1.1.3. Epidemiología del Trastorno del Espectro Autista.**

Existen diferencias en las cifras publicadas por los diferentes autores en los últimos años acerca de la prevalencia del autismo, pero se aceptan las estimaciones de 10 casos de cada 10.000 personas, siendo más común en varones. A pesar de ser más frecuente en varones, existen estudios que

demuestran que las personas del sexo femenino con autismo tienden a estar más afectadas. Según la OMS (2018) 1 de cada 160 niños presenta TEA.

Según el artículo “Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno del espectro autista: una revisión” (Montagut Asunción, Mas Romero, Fernandez Andrés y Pastor Cerezuela, 2018), el TEA se diagnostica hasta tres o cuatro veces más en varones que en mujeres, con ratios del 3/1 o del 4/1 dependiendo autores.

Esto puede deberse a que socialmente tenemos unas expectativas sobre la relación de la mujer en la infancia, caracterizadas por un juego tranquilo y carácter tímido, por lo cual podrían pasar desapercibidas a la hora de diagnosticar.

Por otro lado, teniendo en cuenta bases biológicas, según Baron-Cohen, el cerebro masculino se encuentra más preparado para la sistematización, mientras que el femenino para la empatía.

Otras teorías muestran que hoy hay diferencias relevantes en la expresión en niños y niñas con TEA y no difieren a las diferencias de niños y niñas normotípicos (como se citó en Hull, Mandy & Petrides, 2017).

En muestras clínicas las mujeres tienden una mayor probabilidad de presentar discapacidad intelectual a mayores, lo que supone que el TEA pueda no reconocerse en los casos en los que no se presente un deterioro intelectual (como se citó en Ratto et al., 2018).

Además, podemos afirmar que entre un 25% y un 30% de las personas con autismo, presentan algún trastorno médico asociado, siendo los más frecuentes: ceguera y/o sordera, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, deficiencia mental severa/profunda y epilepsia.

Datos recogidos en el artículo citado previamente, encontramos que el 70% de los sujetos con TEA pueden tener un trastorno mental comórbido, mientras que el 40% pueden tener dos o más trastornos mentales comórbidos.

### **2.1.2. Evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista**

Se han realizado múltiples esfuerzos para lograr la detección del TEA en los primeros años de vida a consecuencia de las ventajas que esto supone en el pronóstico del desarrollo de los niños diagnosticados. En muchas ocasiones el TEA se diagnostica a partir de los tres años, mientras que el rango de edad de diagnóstico se encuentra entre 3 y 10 años, pudiendo variar por factores tales como la severidad de la sintomatología o incluso el estrato socioeconómico (Gutiérrez-Ruiz, 2019).

Los resultados del estudio de Gutiérrez-Ruiz (2019) muestran que las características más primarias del TEA son aquellas que involucran la interacción y la comunicación social.

Este autor menciona dichas características añadiendo estudios previos que muestran hallazgos semejantes:

- Atención conjunta o compartida alterada.
- Dificultad para establecer el contacto visual y poca respuesta al ser llamados por su nombre.
- Otras personas presentan dificultades para entenderles al hablar.
- Poca empatía.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje expresivo con un número reducido de palabras.
- Ausencia de juego simbólico, o muy reducido.
- Uso ocasional de gestos simples.

A continuación, en el Cuadro 1, se resumen de forma general algunas de las pruebas empleadas actualmente para el diagnóstico del TEA:

Cuadro 1. *Pruebas de evaluación en TEA*

<b>PRUEBAS PARA EVALUAR EL ESTADO GENERAL</b>	
<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
Grado de desarrollo	Guía Portage, Escala de desarrollo McCarthy
Inteligencia	WISC-R, Test dominós, Raven, K-BIT
Problemas neurológicos	Entrevista con los padres, examen por neuroimagen, batería neuropsicológica.
Nivel interacción social	Entrevista con los padres.

<b>PRUEBAS PARA EVALUAR CARACTERÍSTICAS AUTISTAS</b>	
<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
Pruebas de screening	CHAT SCQ
Pruebas de evaluación extensa	ADI-R, CARS, ADOS, ACACIA e IDEA

<b>PRUEBAS PARA EVALUAR EL LENGUAJE</b>	
<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
Desarrollo del lenguaje	Escala MacArthur (CDI) Guía Portage
Fonología	Prueba fonológica Bosch Prueba fonológica Acosta
Vocabulario	Peabody Test de Boston
Baterías del lenguaje	BLOC, BLOC-S, ITPA, AREL. PLON-R, TSA y Sadek-Khalil
Lectoescritura	TALE-2000

*Fuente:* Espejo, M.C. (2016). Instrumentos para evaluación del autismo y síndrome de Asperger. Trastornos del Desarrollo y Logopedia. Recuperado de: <https://docplayer.es/11162769-Instrumentos-para-evaluacion-del-autismo-y-sindrome-de-asperger.html>

## 2.2. Esquizofrenia

### 2.2.1. Características generales de la Esquizofrenia

Abeleira Padín (2012) muestra que este concepto ha sufrido cambios a lo largo del tiempo, tomando referencias a finales del siglo XIX, con la aparición de la psiquiatría moderna en Alemania, destacando figuras como Kraepelin y Bleuer, ya que antiguamente se creía que las enfermedades mentales eran castigos divinos, posesiones demoníacas y otras alteraciones que tenían que ver con entes divinos.

Kraepelin en 1896, toma el término de demencia precoz y hace una descripción: inicio temprano, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva. En esta demencia precoz existen tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica; y esta división sirvió como precursora de la clasificación de los diversos tipos de esquizofrenia que hay.

En 1911 Bleuler comienza a emplear el término “esquizofrenia”, ya que se consideraba que el término de demencia precoz resultaba ser inexacto, ya que no siempre había deterioro si se trataba a tiempo.

Lugo y Alviani (2016), emplean el concepto de esquizofrenia como un grupo heterogéneo de síndromes de etiología desconocida, que difieren en sintomatología, curso y resultado final, y cuyo diagnóstico descansa básicamente en criterios clínicos. Las áreas más frecuentemente afectadas son la percepción, la cognición, el lenguaje, la memoria, la emoción, la volición y los comportamientos adaptativos.

#### 2.2.1.1 Sintomatología de la Esquizofrenia.

En la clasificación del DSM-IV se entiende la esquizofrenia como una alteración que persiste por lo menos durante 6 meses, incluyendo por lo menos un mes de síntomas de la fase activa. Dos o más síntomas de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

A continuación se presenta la clasificación que el DSM-IV establece sobre los diversos tipos de esquizofrenia que hay:

- Paranoide: Múltiples ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas.
- Catatónica: Bastante sintomatología negativa (catalepsia, negativismo, mutismo) u otros como ecolalia o ecopraxia.
- Desorganizada: Conductas caóticas y una afectividad plana. No sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que le rodea.

- Indiferenciada: “Cajón de sastre”, aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente.
- Residual: Ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, o su aparición es de forma tenue.

En la clasificación del DSM-5 se incluye dentro de “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” cuyos criterios diagnósticos son la presencia de anomalías en uno de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento/discurso desorganizado, comportamiento motor alterado y sintomatología negativa. En este manual quedan suprimidos los subtipos que existían en el DSM-IV.

### **2.2.1.2. Etiología de la Esquizofrenia.**

James Sadock, Alcott Sadock y Ruiz (2015) recogen una serie de factores que permiten explicar la etiología de esta patología. Algunos de estos factores postrados son:

- Factores genéticos: no obstante, los datos de estos estudios en gemelos monocigóticos demuestran que las personas que son genéticamente vulnerables a la esquizofrenia no tienen por qué desarrollar inevitablemente esta enfermedad, sino que para ello deben estar implicados otros factores a mayores. Otros estudios indican que la edad del padre puede estar relacionada con la aparición de la enfermedad; padres mayores de 60 años. Los sistemas de transmisión genética en esquizofrenia son desconocidos, sin embargo parece haber varios genes que favorecen la vulnerabilidad de este trastorno.
- Factores biológicos:
  - Hipótesis de la dopamina: excesiva actividad dopaminérgica.
  - Serotonina: el exceso de serotonina desarrolla tanto los síntomas positivos como los negativos propios de la esquizofrenia
  - Noradrenalina: la adhedonia propia de las esquizofrenias. Podría explicarse por el deterioro neuronal selectivo dentro del sistema neuronal de refuerzo de la noradrenalina. Sin embargo, los datos no son concluyentes en cuanto a esta teoría.
  - GABA
  - Neuropéptidos
  - Glutamato
  - Acetilcolina y nicotina
- Neuropatología

Otros autores como Gejman y Sanders (2012) hablan sobre la existencia de factores que confieren el riesgo de la esquizofrenia, los cuales actúan en periodos tempranos del desarrollo cerebral, pero otros son más comunes durante la adolescencia y la edad adulta como, por ejemplo, el abuso de la marihuana. Estos autores también proporcionan importancia a factores ambientales, los cuales suelen actuar durante el embarazo o el parto. El lugar de nacimiento urbano confiere riesgo así como el nacimiento en invierno, posiblemente vinculado a exposiciones infecciosas. El factor de riesgo más importante puede ser la historia familiar de esquizofrenia, además de que la edad paterna elevada confiere riesgo de adquisición de este trastorno.

### **2.2.1.3. Epidemiología de la Esquizofrenia.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la esquizofrenia se considera un trastorno que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), siendo en los hombres generalmente de un desarrollo en edad más temprana.

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

La esquizofrenia es tratable siendo la farmacoterapia y el apoyo psicosocial eficaces.

### **2.2.2. Evaluación y diagnóstico de la Esquizofrenia**

Los criterios diagnósticos del DSM-5 describen las situaciones clínicas que pueden aparecer en esta patología permitiendo diferenciarla de otras. Véase los criterios diagnósticos de la esquizofrenia en Anexo 2.

Debemos tener en cuenta que para realizar un diagnóstico de esquizofrenia no es necesario que el usuario presente alucinaciones o delirios; el diagnóstico de esquizofrenia se establece cuando el sujeto presenta dos de los cinco síntomas del criterio A del Anexo 2. El criterio B requiere que en la fase activa aparezca una alteración de la actividad general. La sintomatología debe tener una duración de mínimo 6 meses sin la presencia de un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo o trastorno esquizoafectivo (James-Sadock, Alcott-Sadock y Ruiz, 2015).

En la revisión bibliográfica de la psiquiatra Jimeno (2019) se realiza una recopilación de las principales pruebas objetivas y subjetivas generales y específicas de evaluación psicopatológicas del lenguaje en las esquizofrenias.

En su artículo "Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica", (Jimeno, 2019), encontramos la siguiente agrupación de pruebas:

- Pruebas generales objetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias.

- Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS)
- Sistema AMDP
- Escala de Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS)
- Escala de Evaluación de los Síntomas Positivos (PANS)
- Escala de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS)
- Pruebas generales subjetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias.
  - Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF)
  - Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos (BSABS)
  - Escala para la Evaluación Subjetiva de Errores Atencionales (ESEA)
  - Self-Evaluation of Negative Symptoms (SNS)
  - Examination of Anomalous World Experience (EAWE)
- Pruebas específicas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias.
  - Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC)
  - Bizarre-Idiosyncratic Thinking (BIT)- Comprehensive Index of Positive Thought Disorder
  - Clinical Language Disorder Rating Scale (CLANG)
  - Formal Thought Disorder Scale for carers (FTD-c)
  - Formal Thought Disorder Scale for patients (FTD-p)
  - Escala Thought and Language Disorder (TALD)

Otra escala empleada en la evaluación clínica de la psicosis es la Escala de Valoración de Síntomas Psicóticos (PSYRATS), basada en la medición de delirios y alucinaciones en sujetos con psicosis. Está formada por 17 ítems incluidos en dos subescalas separadas: una para delirios (6 ítems) y otra para alucinaciones (11 ítems), valorados de 0 a 4. El artículo “Validación de la versión en portugués de la Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS)” (Telles-Correia, et al., 2017), se muestra un estudio en el que se realiza un análisis factorial de la escala de alucinaciones y de los delirios.



### 3. CASO CLÍNICO

---

A continuación, se presenta un caso clínico tratado durante el periodo de estancia en el centro de autismo, en el que se observan varias características que muestran sintomatología de ambas patologías explicadas anteriormente.

#### **CASO CLINICO**

La descripción del caso se basa en un sujeto varón de 27 años de edad que ha pasado por distintos centros dada su sintomatología y su discapacidad.

El sujeto comenzó la escolarización en un colegio concertado ordinario de la provincia de Valladolid. Pocos años después se traslada a un centro ordinario que contaba con un aula de educación especial debido a sus dificultades. Con 14 años cambió a un centro de la provincia de Castilla y León que presenta atención a personas con discapacidad intelectual, en el que permaneció un año. Posteriormente, con 15 años ingresó en un centro de autismo donde permaneció hasta los 21 años de edad. A continuación ingresó un año en la unidad psiquiátrica de un hospital de Valladolid y otro de Palencia, para a continuación, ingresar en una residencia de autismo para adultos en la que permaneció cinco años.

Actualmente el sujeto se encuentra ingresado en un hospital psiquiátrico de la provincia de León sin conocer con exactitud si podrá regresar al centro residencia en el que se encontraba anteriormente.

No se encuentran antecedentes familiares de interés.

No consta información o informes acerca de embarazo, parto, desarrollo o infancia.

#### **A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO 2019**

- Haloperidol 100/100/1000 gotas (desayuno, comida y cena)
- Zyprexa (10 mg/d)
- Sinogán (100 mg/d)
- Depakine crono (500 mg/d)
- Topamax (100 mg/d)
- Akinetón Retard (4mg/d)
- Duphalac, si precisa.

## **B. SINTOMATOLOGÍA**

En el centro-residencia de autismo en el que se encontraba el sujeto, se ha realizado la recogida de sintomatología que presentó cuando ingresó en el año 2014 mediante una observación directa del sujeto.

- Área de flexibilidad, intereses y comportamiento:
  - Motivación y realización de las tareas encomendadas dependientes de la actividad.
  - Rutinas.
  - Conductas disruptivas: conductas de evitación (salir corriendo sin responder), gritos para llamar la atención, heteroagresividad (empujar, tirar del pelo...)
  - Demanda la atención del adulto constantemente para realizar tareas en las que tiene dificultad.
  - Ausencias.
  - Soliloquios.
- Área de comunicación y lenguaje:
  - Dificultades en aspectos pragmáticos del lenguaje (usos indirectos del lenguaje, ajuste contextual del discurso...)
  - Dificultades con la espontaneidad en la comunicación. Casi siempre responde con un “no se” ante preguntas. Carencia iniciativa en los turnos conversacionales; el interlocutor debe comenzar la comunicación.
  - Dificultades articulatorias.
  - Problemas de ajuste prosódico en función del contexto y/o interlocutor.
  - Discursos pocos elaborados. Dificultad con los tiempos verbales, pronombres personales...
  - Alteraciones de identificación y uso de comportamientos no verbales.
- Área de relación social
  - Preferencia por trabajo individualizado.
  - No evita bruscamente el contacto y muestra disfrute de la soledad.
  - Se deleita con el refuerzo social.
  - Solicita al adulto para satisfacer necesidades e intereses básicos o de disfrute.
  - Con sus iguales presenta una ausencia de tendencia espontánea de búsqueda de relación con los demás compañeros.
- Autonomía personal:
  - Déficit en autonomía personal y social.

- Realiza actividades de vestido, aseo y alimentación de manera correcta pero necesita la presencia y supervisión del adulto.
  - Ausencia de percepción y conciencia de las situaciones de peligro (cruzar sin mirar)
  - Precisa de supervisión en actividades de la vida diaria,
  - Posee control de esfínteres e intestinal diurno, en cambio, el control esfínteres nocturnos se observan fracasos.
- Cognición
    - Discapacidad intelectual.
    - Manifiesta dificultad en la imitación.
    - Precisa de enseñanza explícita en actividades que otros niños aprenderían por imitación.
    - En ocasiones manifiesta un bajo nivel de tolerancia a la frustración.
    - Sigue órdenes sencillas contextualizadas, aunque en ocasiones demanda la atención del adulto para llevarlas a cabo y siempre precisa de supervisión externa para la realización de tareas y actividades más complejas o novedosas.

### **C. INFORME PSICOPEDAGÓGICO 2011/2012 (20 AÑOS)**

A continuación se destacan los aspectos más relevantes del informe psicopedagógico de 2011-2012, ya que resulta un informe más antiguo, y a continuación de éste se muestra el informe completo más reciente.

Diagnóstico: Trastorno generalizado del desarrollo, autismo con discapacidad intelectual asociada.

Edad: 19 años

#### **Aspectos conductuales**

Al principio del curso, su conducta empeora de forma progresiva, presentando una conducta muy obsesiva. Por lo general, el paciente se encuentra más alterado por la mañana, comenzando a gritar buscando la atención del adulto, cuando desencadenaba un episodio disruptivo golpeaba ventanas, muebles, patadas a puertas, lanzaba objetos como sillas, agredía a adultos y compañeros...

Desde el cambio de medicación en 2011, se observa una mejoría conductual, progresando de manera favorable hasta la actualidad. Hay una menor frecuencia de episodios disruptivos, y una menor intensidad en sus obsesiones, sin llegar todas ellas a desencadenar en episodios de agitación motriz.

La conducta que inicia estos episodios, es a través de verbalizaciones, expresando aquello que quiere realizar: *“os voy a matar a todos”, “voy a ir a por el cuchillo”*...seguidamente, se dirige al adulto para llevar a cabo la acción. En muchas ocasiones, se acerca al adulto y le agarra para que repita o asienta lo que el sujeto le esté diciendo en ese momento, poco a poco va agarrando más fuerte, elevando el tono de voz, y finalizando con alguna agresión física.

En el último trimestre, en mayo, se observan más conductas obsesivas, pero en estos meses apenas se registran episodios disruptivos.

El informe de conducta elaborado por el Departamento de Orientación del centro de Educación Especial “El corro” (2011-2012), se considera que el sujeto no se corresponde con un cuadro clínico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, autismo, como por ejemplo ausencias que desencadenan en episodios de agitación motriz, episodios de soliloquios manteniendo conversaciones con posibles alucinaciones auditivas, por lo que se considera necesario una revisión del diagnóstico para descartar una posible comorbilidad con otra patología subyacente (psicosis).

#### **D. INFORME PSICOPEDAGÓGICO 2012/2013**

Diagnóstico: Trastorno del Desarrollo No Especificado, con discapacidad intelectual y trastornos del comportamiento asociados.

Edad: 21 años.

Grado de minusvalía: 80% por discapacidad psíquica. Movilidad reducida Factor C.

#### **Desarrollo Cognitivo**

Se ha realizado la evaluación psicométrica del funcionamiento cognitivo general no verbal, con la escala manipulativa internacional de Leiter-Revisada. Se ha aplicado la batería de visualización y razonamiento, que incluye 10 subtest no verbales de capacidad intelectual relacionados con la visualización, el razonamiento y la capacidad espacial.

El sujeto discrimina figuras dentro de una lámina con más dibujos que lo interfieren, pero según aumenta la abstracción de las figuras, presenta dificultades para resolverlo adecuadamente. A partir de la observación de un modelo de matrices, el sujeto comprende el principio general que debe seguir la serie, únicamente cuando hay de tener en cuenta el criterio de forma. A partir de la observación de un modelo de matrices, el sujeto comprende el principio general que debe seguir la serie, únicamente, cuando hay que tener en cuenta el criterio de forma.

Presenta dificultad para organizar, mentalmente, piezas que están fragmentadas o fuera de orden, recurre a contar las piezas en lugar de integrarlas como parte de un todo.

Identifica elementos por colores-formas, color-forma y número, figuras y formas geométricas.

Identifica el elemento que falta en una secuencia, únicamente, cuando ésta implica ordenar las figuras por tamaños y, ha de elegir entre dos o tres alternativas de respuesta, pero no continúa otras secuencias más complejas.

Completa series, que implican dos o tres figuras por color y color-forma y otras series sencillas con figuras, pero para ello, necesita ayudas, como verbalizarle la serie para que lo continúe.

Asocia algunas imágenes a elementos cotidianos, comprendiendo qué objeto va con cada imagen (hueso-perro). Clasifica por color, tamaño, forma geométrica y por función del uso del objeto (zapato-pie)

Realiza tareas que miden habilidades espaciales, siendo capaz de rotar mentalmente algunas figuras tridimensionales sencillas.

En todos los subtest, el sujeto obtiene una puntuación muy por debajo de lo esperado para su grupo de edad, por lo que la puntuación obtenida en la prueba, refleja una habilidad cognitiva no verbal con retraso grave.

En el compuesto de razonamiento fluido el sujeto obtiene una puntuación compuesta de 48 (media: 100 y desviación típica: 15). En el compuesto de visualización espacial la puntuación obtenida es de 51 (media 100 y desviación típica: 15). También se obtiene una puntuación de habilidad general (CI), que es la habilidad cognitiva no verbal del sujeto. En el CI de Evaluación Breve, se obtiene una puntuación de 36 (media 100 y desviación típica 15) y el CI de la Escala Completa, se obtiene una puntuación de 300 (media 100 y desviación típica: 15). El resultado obtenido, estaría dentro del Retraso Cognitivo Grave.

Para intervenir las conductas más graves se ha utilizado la técnica de Time-out (tiempo fuera), consiste en sacar a la persona de la situación en la que se encuentra donde no pueda obtener recompensa durante un tiempo de 2-5 minutos. Para las conductas de llamada de atención se le ignora para que estas no sean reforzadas y así disminuyan. Para otras conductas se ha aplicado RDO/RDI (Refuerzo Diferencial de Otras Conductas/incompatibles), para distraer su atención de la conducta problemática, y llevarle de nuevo a la tarea que en ese momento se está realizando, por ejemplo en situaciones en las que comienza con obsesiones “voy a por el cuchillo”.

Se siguen produciendo de manera continuada “ausencias”, estas ausencias se definen como estados de inmovilidad donde el sujeto no responde a estímulos externos teniendo duraciones de hasta 30 minutos sin reaccionar. En muchas ocasiones, estas ausencias desencadenan en conductas

problemáticas, comenzando con verbalizaciones y siguiendo con agresiones como escupir, morder, dar golpes.

#### **E. INFORME LOGOPÉDICO 2019**

##### Pruebas aplicadas

El informe expuesto vasa su información en el desarrollo del Taller de Comunicación que se ha llevado a cabo en el Centro de Día del centro de autismo, donde la observación directa, la recogida de muestras de lenguaje espontáneo durante la actividad diaria del taller y la aplicación de pruebas de evaluación no baremadas adaptadas a TEA (pruebas semánticas, morfosintácticas...) sirven de herramienta para la elaboración de este informe.

##### Estilo y habilidades comunicativas

El sujeto se comunica espontáneamente y funcionalmente mediante el lenguaje oral de manera intencional, empleando el sistema pictográfico ARASAAC como una herramienta aumentativa a su comunicación a nivel expresivo y comprensivo; el uso de signos manuales del sistema de comunicación total de Benson Schaeffer está destinado a mejorar el plano receptivo de su lenguaje ya que no emplea signos manuales en la expresión.

Sus niveles comprensivo y expresivo se encuentran bastante equilibrados; su expresión es organizada y estructurada, aunque realiza inversiones pronominales frecuentes. Su lenguaje es coherente y comprensible al interlocutor siempre y cuando no se encuentre en estado de agitación, momento en el que su lenguaje se vuelve disgregado e inconexo (típicamente psicótico). Tanto la comprensión como la expresión se ven facilitadas y beneficiadas por el uso de pictogramas y signos manuales.

Para dirigirse a él, se prefiere el empleo de frases cortas, sencillas y órdenes directas.

##### Interacción social y juego

Manifiesta expresiones fáciles de alegría en forma de risa y también expresa tristeza mediante el llanto, aunque la modulación de las mismas es un tanto dramática y exagerada.

Es capaz de iniciar interacciones con los profesionales mediante ciertos rituales como repasar la ropa que llevan cuando entran por la puerta, agarrarles de la mano para bailar con ellos, etc. Sin embargo, no suele iniciar interacciones por medio de habilidades conversacionales. No obstante, con guías verbales, sí es capaz de mantener una conversación con el profesional durante un espacio no muy prolongado de tiempo.

A pesar de sus dificultades típicas de su patología a nivel social; experimenta cierto retroceso en cuanto a la manifestación de afecto a los profesionales de manera convencional con respecto a su etapa de plena adaptación al centro, y continua siendo selectivo con respecto a las interacciones que establece con los mismos; cae la frecuencia con la que suele acercarse a éstos para darles besos o abrazos.

Con sus compañeros no suele iniciar interacciones y si alguna vez se acerca a alguno de ellos es para agredirle sutilmente (mediante pellizcos o mordiscos; últimamente, persevera en la conducta de darles empujones uno a uno).

No sabe jugar con juguetes de juego cooperativo como balones o globos y no hay desarrollo de juego simbólico. Es un sujeto que requiere instigación para la participación y actividad en el juego en grupo.

#### Prerrequisitos del lenguaje

No establece contacto ocular, ni siquiera en situaciones distendidas durante espacios breves de tiempo; suele dirigir la mirada hacia la boca de su interlocutor, hacia arriba y hacia los laterales (evitación de la mirada). Disminución del nivel de atención sostenida con tendencia a la dispersión y a pensamientos de carácter obsesivo. Es capaz de trabajar en situación individualizada durante largos periodos de tiempo con ayuda verbal e incluso física.

Es capaz de atender cuando se le llama por su nombre aunque suele necesitar varias llamadas para hacerlo.

No presenta importantes dificultades en la imitación verbal y conoce y comprende conceptos espacio-temporales básicos.

Es capaz de ejecutar órdenes de tipo sencillo y semi-complejo.

#### Nivel pragmático

Uso alterado de las funciones del lenguaje: emotiva, conativa, referencial y fática. Es capaz de expresar deseos y necesidades, sin embargo no es capaz de expresar estados físicos y emociones si no se le presenta ayuda para ello. Es capaz de dirigirse específicamente a una persona llamándola por su nombre y centrando el acto comunicativo sobre esa persona de la cual espera una respuesta. No hace uso frecuente de la función referencial del lenguaje para realizar informaciones acerca del contexto. A través de la función fática mantiene interacciones aunque a veces le cuesta saber cuándo debe darlas por concluidas; es frecuente que pida la repetición de forma inmediata de una de sus muletillas para dar por concluida la comunicación (“dime que sí”, “ah vale”, “oh”)

No existe desarrollo del uso de la función metalingüística ni poética. Tiene dificultades para la comprensión de la metáfora, chistes, dobles sentidos o bromas.

#### Nivel morfológico-semántico

Es capaz de construir lenguaje de forma convencional y establecida; utiliza estructuras gramaticales simples y compuestas (con más frecuencia yuxtapuestas y coordinadas, no realiza grandes oraciones subordinadas).

Realiza inversiones pronominales, pero sin embargo, es capaz de utilizar marcas de género y número, pronombres personales (aunque de forma alterada), artículos, demostrativos y nexos de unión.

Realiza asociaciones semánticas relacionando conceptos de una misma categoría o encontrando elementos que no corresponden dentro de un mismo campo semántico. Categoriza formando familias semánticas.

A nivel léxico conoce, denomina y designa un amplio vocabulario referido a los objetos relacionados con la vida cotidiana. Es capaz de utilizar estas palabras con valor referencial. Sin embargo, no alcanza a comprender términos abstractos, no conoce su edad y manifiesta dificultades para la comprensión de términos antónimos.

#### Nivel fonético-fonológico

Existen complicaciones a nivel orgánico en los órganos bucofonatorios relacionadas con la mala implantación dentaria y la falta de piezas que no llegan a justificar algunas de las dislalias que presenta en su habla (rotacismo); no obstante, esto no interfiere en la inteligibilidad de su habla ni en la fluencia de la misma.

Su respiración, aunque nasal, es fundamentalmente torácica, lo cual no afecta al soplo fonatorio que es suficiente y funcional. Su habla resulta completamente audible aunque en ocasiones descontrola la intensidad de ésta siendo necesario pedirle que “hable más bajo” para que se acomode a la situación y al contexto correcto. En estados de agitación, tiende a gritar de una forma desgarrada y excesivamente aguda.

Utiliza cierta prosodia en su habla aunque esta responde a un patrón muy característico; adquiere una tonalidad y melodía muy particular a nivel individual.

Visualizar escala de Barthel en Anexo 1, CARS (The Childhood Autism Rating Scale) en Anexo 2, y la Escala del inventario del Espectro Autista (IDEA) en Anexo 3.



Así pues, este caso muestra la dificultad que se presenta en determinadas ocasiones en el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre TEA y un trastorno psicóticos como la esquizofrenia.

Por este motivo se han establecido los siguientes objetivos de la presente investigación.

## 4. OBJETIVOS

---

### Objetivos generales:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico diferencial y comorbilidad entre TEA y la esquizofrenia.
- Discutir un caso donde se plantea la posibilidad de un diagnóstico dual.

### Objetivos específicos

- Establecer los principales criterios para el diagnóstico diferencial entre TEA y esquizofrenia.
- Establecer los principales criterios para un diagnóstico de comorbilidad entre TEA y esquizofrenia.
- Comparar las manifestaciones clínicas entre TEA y esquizofrenia en un caso clínico.
- Comparar otros aspectos clínicos entre TEA y esquizofrenia en un caso clínico.

## 5. METODOLOGÍA

---

La recopilación de información destinada a la elaboración de este trabajo ha consistido en una búsqueda y una revisión bibliográfica, durante los meses de Enero a Mayo de 2019, mediante el uso de diferentes bases de datos conocidas hasta el momento:

- Dialnet: portal de difusión de la producción científica hispana que contiene los índices de las revistas científicas y humanísticas de España, Portugal y Latinoamérica, incluyendo también libros (monografías), tesis doctorales, congresos, homenajes y otro tipo de documentos. <https://dialnet.unirioja.es/>
- PubMed: motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Google Académico: es un buscador de Google enfocado y especializado en la búsqueda de contenido y literatura científico-académica. <https://scholar.google.es/>

Así pues, los criterios de inclusión empleados para la selección de publicaciones han sido:

1. Palabras clave: “autismo”, “esquizofrenia”, “comorbilidad”, “diagnóstico diferencial”, “lenguaje” y “sintomatología”. Además, se han utilizado los equivalentes en inglés de “autism”, “schizophrenia”, “differential diagnosis”, “comorbidity”, “language” and “symptomatology”.
2. El idioma empleado ha sido español e inglés.
3. Año de publicación entre 2001 y 2019.
4. Publicaciones de artículos científicos que abordan fundamentalmente el diagnóstico diferencial entre Trastorno del Espectro Autista y esquizofrenia, o bien la comorbilidad entre ambas patologías. Sin embargo, se realiza la investigación por separado cada trastorno para elaborar un marco teórico al inicio del trabajo de ambas patologías. Todo ello con el fin de obtener el máximo de información acerca de estas patologías para posteriormente poder indagar en el caso a tratar en el trabajo.

Aunque inicialmente se ha valorado incluir libros, finalmente se han excluido por presentar una información muy extensa, la cual resultaría bastante difícil reducir.

El proceso de selección de publicaciones fue el siguiente:

1. Eliminación de publicaciones duplicadas.
2. Lectura del resumen de la publicación.
3. Eliminación de publicaciones no relevantes para los objetivos del trabajo.

4. Análisis de las publicaciones seleccionadas. Para ello se confeccionarán dos tablas que recojan aspectos formales, empleando las variables: nº de artículo, autores, año, tipo de publicación, revista, idioma y país, y de contenido, empleando las variables: nº de artículo, autores (año), diseño, población (muestra), resultados y observaciones.

En cuanto a la metodología del caso clínico, se realizó un análisis de las características propias de la sintomatología del TEA y de la esquizofrenia que presentaba el usuario, comparándose con los criterios diagnósticos de ambas patologías permitiendo llegar a una conclusión diagnóstica.

Para el estudio del caso clínico se ha cumplimentado el documento de confidencialidad y se ha obtenido el correspondiente consentimiento informado. Además se han seguido las normas éticas y legales vigentes.

Finalmente, se puso en común toda la información y se comparó con el caso clínico desarrollado proporcionado por el centro de prácticas. Se realiza una tabla que presenta la sintomatología del DSM-5, característica del TEA y la sintomatología característica de la esquizofrenia, de tal forma que se seleccionan aquellos ítems que se correspondan con la sintomatología que presenta el sujeto del caso expuesto, llegando finalmente a una conclusión respecto a su posible diagnóstico.

## 6. RESULTADOS

---

A continuación se exponen dos tablas que recogen los 21 artículos que constituyen la bibliografía seleccionada y que se han empleado para la elaboración de este trabajo.

En la Tabla 1 se realiza un análisis formal de toda la información empleada ordenada cronológicamente por año de publicación, indicando los 21 artículos revisados, el autor/es, el año de publicación, el tipo de publicación, el título del artículo, el nombre de la revista en el caso de estar publicado el artículo, el idioma en el que está escrito y el país de procedencia.

Como se puede observar en la Tabla 1, encontramos artículos desde el año 2001 hasta el 2019, siendo la mayoría del 2012 en adelante, por lo que podemos considerar que la información obtenida es, en general, reciente, siendo todos ellos artículos científicos publicados en revistas. Además, la mayoría son artículos en español de origen España, exceptuando siete artículos que se encuentran en inglés, procedentes de los países de Croacia, Portugal, Estados Unidos, UK, Canadá, Suecia y Países Bajos. Además, queda recogido un artículo de otro país hispanohablante, procedente de Argentina.

El perfil tipo de las publicaciones trabajadas podría ser: un artículo entre los años 2001 y 2019 publicado en una revista científica y escrito en español.

En la Tabla 2 se realiza el análisis de contenido de 21 artículos ordenados cronológicamente por año de publicación, dónde se clasifican con su autor y año, el diseño (revisión, estudio, documento teórico...), resultados del artículo y observaciones del mismo, donde se destaca lo más relevante de cada uno.

Podemos resumir los resultados más importantes obtenidos en varias ideas principales:

- En primer lugar, todos los artículos coinciden en la idea base de la necesidad de tener un diagnóstico exacto para la elección del tratamiento más adecuado para la persona, teniendo en cuenta sus características y necesidades. Para esto, resulta necesario conocer muy bien ambas patologías por separado para evitar confusiones diagnósticas, a la vez que formar a los clínicos en los trastornos tradicionales y en los trastornos del neurodesarrollo. (Belmonte-Padilla, et al., 2017).
- Varios estudios han confirmado altos niveles de sintomatología característica del TEA en población con esquizofrenia (De Crescenzo, et al., 2019).
- La sintomatología presente en el TEA puede confundirse con comportamientos no psicóticos de la esquizofrenia, y a las características del TEA otorgarles el valor de síntomas positivos de

la esquizofrenia. La esquizofrenia siempre emplea los síntomas psicóticos (síntomas positivos) como principal característica diagnóstica mientras que el autismo no. Las ideas delirantes características de la esquizofrenia (paranoia) pueden confundirse con la actitud de sospecha o desconfianza característica del TEA. El hecho de hablar solo o repetir escenas observadas anteriormente, conductas características del TEA, pueden entenderse como alucinaciones o delirios características de la esquizofrenia. El lenguaje desorganizado del TEA no sirve de diagnóstico para la esquizofrenia, a no ser que se presente un alto grado de afectación. Para facilitar el diagnóstico de TEA, debemos fijarnos en si la alteración mejora tras el aprendizaje de habilidades de control de ansiedad y si los síntomas no mejoran con tratamiento antipsicótico (Paula-Pérez, 2012).

- Las dificultades de comunicación social entre ambas patologías, son compartidas, y muestran una superposición genética común, sin embargo presentan distintos perfiles de desarrollo (Pourcain, et al., 2018).
- Para dar un diagnóstico comórbido, la sintomatología de TEA debe aparecer primero cronológicamente. En el caso de aparecer alucinaciones y delirios al inicio, no debe realizarse un diagnóstico de TEA, sino un diagnóstico de esquizofrenia temprana o de la infancia. El diagnóstico diferencial debe basarse en la presencia/ausencia de síntomas positivos (Raja, Azzoni, 2010).
- La esquizofrenia y el TEA comparten los síntomas negativos descritos como criterios de diagnóstico en esquizofrenia (Konstantareas, Hewitt, 2001).
- Son dos trastornos neuropsiquiátricos con deterioro grave, con riesgo genético superpuesto y anomalías neurobiológicas compartidas, las cuales pueden llevar a déficits de cognición social similares, sin embargo los estudios muestran que tienen correlaciones neurales divergentes (Fernandes, Cajão, Lopes, Jerónimo & Barahona-Corrêa, 2018).
- El hecho de que ediciones anteriores al DSM-5 planteen la incompatibilidad de ambas patologías, puede llevar a infradiagnosticar la comorbilidad de ambos trastornos (Lugo, Alviani, 2017).
- Comportamientos inapropiados y estereotipados, resistencia al cambio, preocupación sensorial y dificultades en la comunicación no verbal, son las características que mejor diferencian el TEA de la esquizofrenia. (Domínguez-Martín, Geijo-Uribe y Imaz-Roncero, 2010).
- Es posible que los profesionales de centros psiquiátricos realicen erróneamente un diagnóstico de esquizofrenia a las personas que acuden a estos centros que realmente presenten un TEA en su forma grave. Esto puede deberse que la psiquiatría tienda a no entrenar al psiquiatra para diagnosticar adecuadamente un TEA. Por ello, resulta necesario

un esfuerzo conjunto para mejorar los servicios de atención médica en esta población (Raja, Azzoni, 2010).

- Tanto en la esquizofrenia como en el TEA se observan alteraciones del lenguaje que afectan al desarrollo social de la persona (López-Padilla, 2014 y Vacas-Uclés, 2015).
- En el caso de la esquizofrenia, las alteraciones conductuales no se muestran como criterio diagnóstico; sin embargo, en el caso del TEA sí se consideran un criterio diagnóstico, por lo tanto, resulta fundamental el conocimiento de dichos criterios para establecer un correcto diagnóstico.
- Actualmente los diagnósticos psiquiátricos se basan en el comportamiento, que se puede interpretar de forma diferente dependiendo de la perspectiva y los conocimientos del examinador. Es necesario considerar las clasificaciones diagnósticas como instrumentos para reconocer y tratar el sufrimiento psiquiátrico, pero siempre debemos tener en cuenta que no representan la verdad definitiva (Unenge-Hallerbäck, Lugnegård, y Gillberg, 2012).

Tabla 1: *Análisis formal*

Nº Artículo	Autores	Año	Tipo publicación	Título publicación	Revista	Idioma	País
1	Konstantareas, M.M., y Hewitt, T.	2001	Revista	Autistic Disorder and Schizophrenia: Diagnostic Overlaps	J Autism Dev Disord.	Inglés	Canadá
2	Jiménez-Martínez, F.	2001	Revista	Investigación en autismo	Rev. Educación	Español	España
3	Raja, M., y Azzoni, A.	2010	Revista	Autistic spectrum disorders and schizophrenia in the adult psychiatric setting: diagnosis and comorbidity	Psychiatr Danub	Inglés	Croacia
4	Domínguez-Martín, C., et al.	2010	Revista	Trastorno del Espectro Autista y Esquizofrenia	Rev Psiquiatr Infanto-Juv	Español	España
5	Unenge-Hallerbäck, M., et al.	2012	Revista	Is autism spectrum disorder common in schizophrenia?	Psychiatry Research	Inglés	Suecia
6	Paula-Pérez, I.	2012	Revista	Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico	Rev. Neurol	Español	España
7	Artigas-Pallarès, J., y Paula, I.	2012	Revista	El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq	Español	España
8	Verhoeff, B.	2013	Revista	Autism in flux: a history of the concept from Leo Kanner to DSM-5.	Hist Psychiatry.	Inglés	Países Bajos
9	López-Padilla, B.	2014	Revista	El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia	Rev. Esp. Comun. Salud	Español	España
10	Vacas-Uclés, S.	2015	Revista	Aspectos diferenciales en el desarrollo comunicativo de las personas con autismo	Revista internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad	Español	España
11	Seijas-Gómez, R.	2015	Revista	Atención, memoria y funciones ejecutivas en los trastornos del espectro autista: ¿cuánto hemos avanzado desde Leo Kanner?	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq	Español	España
12	Vila-Borrellas, et al.	2016	Revista	Aproximación al lenguaje en el trastorno del espectro autista	Psicopatol. salud ment	Español	España
13	Telles-Correia, et al.	2017	Revista	Validación de la versión en portugués de la Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS)	Actas. Esp. Psiquiatr	Español	Portugal
14	Lugo, J., Alviani, M.	2017	Revista	El diagnóstico de la psicosis en adultos con trastorno del espectro autista	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq	Español	España
15	Belmonte-Padilla, E., et al.	2017	Revista	Comorbilidad entre el trastorno del espectro autista y el espectro de la esquizofrenia. A propósito de un caso	Psiquiatr Biol	Español	España
16	Jimeno-Bulnes, N.	2019	Revista	Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica	Rev. Chil. Neuro-psiquiat	Español	España
17	Martínez, A., et al.	2018	Revista	Protocolo de evaluación de la prosodia emocional y la pragmática en personas con esquizofrenia	Rev. investig. Logop	Español	España
18	Fernandes, J.M., et al.	2018	Revista	Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons	Front Psychiatry	Inglés	Portugal
19	Pourcain, B., et al.	2018	Revista	ASD and schizophrenia show distinct developmental profiles in common genetic overlap with population-based social communication difficulties.	Molecular Psychiatry	Inglés	UK
20	De Crescenzo, F., et al.	2019	Revista	Autistic Symptoms in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis	Front Psychiatry	Inglés	Estados Unidos
21	Gutiérrez-Ruiz, K.	2019	Revista	Características tempranas y predictores de la severidad del cuadro clínico en el Trastorno del Espectro Autista	Rev. CES. Psico	Español	España



Tabla 2: *Análisis de contenidos*

Nº Artículo	Autores (año)	Diseño	Población (muestra)	Resultados	Observaciones
1	Konstantareas, M.M, y Hewitt, T. (2001)	Estudio longitudinal	14 hombres con TEA y 14 hombres con esquizofrenia	7 sujetos con TEA mostraron criterios para esquizofrenia, 5 mostraron síntomas positivos en SAPS y 6 síntomas negativos en SANS.	Ninguno de los sujetos con esquizofrenia cumplía los criterios de TEA
2	Jiménez-Martínez, F. (2001)	Teórico		La prevalencia del autismo es de 2 a 5 casos por 10.000	Autismo más frecuente en niños que en niñas.
3	Raja, M., y Azzoni, A. (2010)	Estudio longitudinal	26 pacientes con sintomatología TEA de UCIOF	21 pacientes manifestaron delirios, y 19 reportaron alucinaciones. 16 pacientes recibieron diagnóstico de esquizofrenia y 6 de trastorno del ánimo	Los casos más graves de TEA aparecen infradiagnosticados en entornos psiquiátricos para adultos.
4	Dominguez-Martín, C., et al. (2010)	Estudio longitudinal	Niño diagnosticado de TEA con episodio psicótico		
5	Unenge-Hallerbäck, et al. (2012)	Estudio longitudinal	46 adultos jóvenes con diagnóstico de trastornos psicóticos esquizofrénicos.	Nueve participantes cumplieron con los criterios para más de un diagnóstico de TEA. Una proporción importante de sujetos con diagnóstico claro de esquizofrenia, tienen signos aparentes de TEA cuando se realiza una entrevista en profundidad a los padres.	Es una proporción en desacuerdo con la idea clínica de que hay poca o ninguna superposición entre el autismo y la esquizofrenia.
6	Paula-Pérez, I. (2012)	Teórico		La sintomatología del TEA y comportamientos no psicóticos de la esquizofrenia, no se distinguen fácilmente. Se da valor de síntomas positivos a características TEA erróneamente. Los síntomas negativos de esquizofrenia también están presentes en TEA.	Adultos con TEA que acuden a servicios psiquiátricos, son más diagnosticados de psicosis, basándose en la presencia de síntomas positivos como ideas delirantes y alucinaciones
7	Artigas-Pallarés, J., y Paula, I. (2012)	Revisión		Aportaciones de Kanner sobre el TEA. Modificaciones con DSM-5	Aportaciones teóricas sobre el origen y evolución del TEA
8	Verhoeff, B. (2013)	Teórico		Muestra el autismo como un concepto de evolución.	Se observan dificultades en la clasificación y delineación del autismo.
9	López-Padilla, B. (2014)	Revisión		Significativa diferencia entre el habla normal y el habla de pacientes con esquizofrenia	Pacientes con esquizofrenia presentan un habla distorsionada, desorganizada y con rasgos lingüísticos característicos.
10	Vacas-Uclés, S. (2015)	Teórico		Se proponen los estadios que permiten diferenciar el desarrollo de un niño con TEA	Las dificultades en el lenguaje de los niños con TEA aparecen antes del primer año, y a medida que van desarrollándose, estas dificultades van aumentando.
11	Seijas-Gómez, R. (2015)	Revisión		Afectación de la memoria, atención y funciones ejecutivas en sujetos con TEA.	Se confirma el perfil patológico propuesto por Leo Kanner.
12	Vila-Borrellas, E., et al. (2016)	Teórico		Las anomalías lingüísticas no suponen una categoría específica para el diagnóstico del TEA. Son un indicador del grado de afectación.	Las terapias de lenguaje pueden regular el comportamiento y reducir la frustración.
13	Telles-Correia, D., et al. (2017)	Estudio transversal	92 participantes	76 con esquizofrenia, 14 con trastorno esquizoafectivo y 2 con psicosis sin especificación. Todos los pacientes presentaron alucinaciones auditivas o verbales o delirios.	La escala PSYRATS mide de forma adecuada la sintomatología psicótica.
14	Lugo, J., y Alviani, M. (2017)	Estudio transversal	Tres casos clínicos con un posible diagnóstico de TEA de base	Elevada presencia de sintomatología de TEA en los tres casos, con delirios en dos de ellos.	Dificultades en la diferenciación de delirios (psicosis) y la rigidez mental (TEA)
15	Belmonte-Padilla, E., et al. (2017)	Estudio transversal	Usuario diagnosticado de esquizofrenia con posible TEA	Posible comorbilidad entre esquizofrenia y TEA siempre que se produzcan cambios significativos en el funcionamiento basal de la persona, no se objetiva respuesta efectiva al tratamiento o los síntomas positivos aparecen después del TEA.	Diagnóstico diferencial necesario para futuro tratamiento, sin olvidar la necesaria formación de los clínicos en trastornos tradicionales y en trastornos del neurodesarrollo.
16	Jimeno-Bulnes, N. (2019)	Revisión		Recopilación de pruebas del lenguaje en esquizofrenias.	La Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación es la principal prueba de evaluación psicopatológica del lenguaje.
17	Martínez, A., et al. (2018)	Estudio transversal	96 sujetos: 48 con esquizofrenia y 48 sin enfermedad mental	Dificultades en las áreas de pragmática y prosodia en el grupo de sujetos con esquizofrenia	Existe controversia acerca del origen del déficit en estas áreas.
18	Fernandes, et al. (2018)	Revisión		Comparación directa de la cognición social el TEA y esquizofrenia.	TEA rendimiento significativamente peor en tareas de reconocimiento de emociones que en esquizofrenia.
19	Pourcain, B., et al. (2018)	Estudio longitudinal	8.237 niños	Dificultades en comunicación social compartidas y superposición genética, con distintos perfiles de desarrollo.	Autismo y esquizofrenia comparten influencias genéticas con impedimentos en la comunicación social pero con distinto perfil de desarrollo.
20	De Crescenzo, F., et al. (2019)	Revisión de estudios	13 estudios con 1.958 individuos	Individuos con esquizofrenia tienen síntomas de TEA más altos que controles sanos, y más bajos que los individuos con TEA.	Presencia de síntomas autistas en individuos con esquizofrenia.
21	Gutiérrez-Ruiz, K. (2019)	Estudio transversal	40 niños con desarrollo típico y 40 niños con TEA.	Los signos tempranos de TEA más frecuentes y que mejor discriminan son aquellos que involucran la atención conjunta.	Recomienda tener en cuenta criterios del DSM-5 para confirmar la estabilidad de los resultados pese a las variaciones en criterios diagnósticos.

Cuadro 2. Comparación manifestaciones del autismo y de la esquizofrenia

ESQUIZOFRENIA	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
Ideas delirantes	No se han demostrado en autismo
Alucinaciones	No se han demostrado en TEA. Se entiende por alucinación negativa la falta de percepción de ciertos estímulos reales, pero no resulta válido o del todo posible para aplicar a la población con TEA.
Lenguaje desorganizado (incoherencia, descarrilamiento)	Un porcentaje significativo de la población es pre-verbal (o no-verbal). En quienes desarrollan lenguaje pueden observarse diversas alteraciones cualitativas del mismo.
Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Se presentan asociadas a alteraciones del pensamiento, del afecto o la conciencia. Incluye entre sus distintas manifestaciones: ecolalias, estereotipias, impulsividad, manierismos, mutismo, aversión, bloqueo, etc.	Las anormalidades motrices de los TEA (estereotipias) se presentan en el paciente plenamente consciente y en contacto con su entorno. De hecho las condiciones del entorno pueden precipitar su presentación y ocurren, generalmente, como una forma de compensar los estímulos externos y recuperar el control interior. Es una característica que puede considerarse compartida entre los dos trastornos aunque en la práctica clínica es posible distinguirlas.
Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia o abulia. El aplanamiento afectivo implica disminución de la expresividad emocional ante una experiencia que debería generar una respuesta. La alogia es la ausencia de espontaneidad y disminución en la conversación. Abulia se refiere a falta de voluntad o iniciativa.	En general no forman parte de las manifestaciones observadas en los TEA. No se manifiestan como “ausencias” sino como alteraciones cualitativas que pueden afectar el lenguaje, la socialización-reciprocidad social en diferentes grados.
Síntomas prodrómicos y síntomas residuales. Algunas investigaciones señalan la presencia de manifestaciones sutiles mucho antes del debut de los primeros signos claros de Esquizofrenia, es decir que pareciera no existir una “total normalidad” previa. Los resultados en relación a esto han sido poco concluyentes o contradictorios.	No hay pródromos ni manifestaciones residuales porque el TEA es una condición permanente, es decir no resuelve en ningún momento de la vida del paciente aunque su funcionamiento general puede mejorar notablemente con intervención oportuna y apropiada.
Está incluido dentro del apartado de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Trastorno esquizofreniforme</li> <li>• Trastorno esquizoafectivo</li> <li>• Trastorno delirante</li> <li>• Trastorno psicótico breve</li> <li>• Trastorno psicótico compartido</li> <li>• Trastorno psicótico debido a enfermedad médica</li> <li>• Trastorno psicótico inducido por sustancias</li> <li>• Trastorno psicótico no especificado.</li> </ul>	Incluido dentro de los Trastornos del Desarrollo en el DSM-5. Es un trastorno unitario, sin subdivisiones o trastornos relacionados de acuerdo a la nueva clasificación. Si se contemplaba en el DSM-IV y se contempla en el CIE-10
Algunos rasgos psicóticos como alucinaciones auditivas, desorganización del pensamiento, paranoia, megalimanía, etc. se interpretan en términos de disregulación-hiperdesarrollo del lenguaje, teoría de la mente y concepto de sí mismo.	El desarrollo de la teoría de la mente es uno de los puntos de discusión en los TEA con aportes que van desde explicarlos como una carencia de la misma hasta reconocer diversos grados de desarrollo. Por otro lado, el desarrollo del lenguaje, sus alteraciones cualitativas, son precisamente parte del diagnóstico de TEA.

Fuente: Orellana- Ayala, C.E., (2017). Diferencias entre autismo y esquizofrenia. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2017/04/18/diferencias-autismo-esquizofrenia/>

## 7. DISCUSIÓN

La Tabla 3 muestra una comparación entre los criterios de esquizofrenia y de TEA, adquiridos del DSM-5, de tal forma que se encuentran señalizados aquellos síntomas que muestre el sujeto del caso expuesto anteriormente, para finalmente poder realizar una posible conclusión diagnóstica.

Tabla 3. *Comparación de los criterios diagnósticos de esquizofrenia y trastorno del espectro autista en el caso*

	CRITERIOS DSM-5		CASO
Trastorno del Espectro Autista	Déficit en la comunicación y en la interacción social		X
	Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas	Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva	X
		Excesiva fijación con rutinas, patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal o resistencia al cambio	X
		Intereses restrictivos y fijos de intensidad desmesurada	X
		Hiper- o Hipo- reactividad a estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos del entorno	X
	Síntomas presentes en la primera infancia		X
	La conjunción de síntomas limita y discapacita para funcionamiento cotidiano		X
Esquizofrenia	Síntomas positivos	Delirios	X
		Alucinaciones	X
		Comportamiento muy desorganizado o catatónico	X
		Discurso desorganizado	X
	Síntomas negativos	Aplanamiento afectivo	X
		Abulia	
		Alogia	X
Aparición de síntomas entre adolescencia tardía y mitad de treintena		X	

Según el DSM-5, en el caso de existir antecedentes de TEA o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, solo se establecerá el diagnóstico adicional de esquizofrenia si los delirios o alucinaciones, además de otros síntomas, también están presentes durante por lo menos un mes. Para poder establecer una comorbilidad de ambas patologías debemos contar con que la

sintomatología psicótica no pertenece al diagnóstico del TEA. Debemos tener en cuenta que la esquizofrenia incluye los síntomas positivos como un criterio diagnóstico.

La presencia de síntomas negativos en el TEA puede estar relacionada con las dificultades para cambiar el foco de atención y centrarse en los detalles, mientras que en la esquizofrenia los síntomas negativos se relacionan con una alteración de la capacidad para focalizar (Paula-Pérez, 2012).

Para facilitar esta decisión diagnóstica se podría realizar alguna prueba del lenguaje. En el caso de los usuarios con esquizofrenia se encuentra una clara alteración en la pragmática (interpretaciones literales) y en de la prosodia (frecuencias excesivas, monotonía expresiva y dificultad para entender emociones mediante aspectos prosódicos) (Martínez, Martínez-Lorca, Santos y Martínez-Lorca, 2018). Además, estas personas presentan un habla más distorsionada, desorganizada y con rasgos lingüísticos propios. Estudios demuestran que el paciente esquizofrénico puede utilizar bien el lenguaje pero no lograr comunicarse al no adecuar su discurso (López-Padilla, 2014).

Algunos de los instrumentos empleados para la evaluación lingüística de los sujetos con esquizofrenia pueden ser:

- A. SAPS/SANS
- B. Test de COTWAN (aunque no es funcional en castellano)
- C. Protocolo MEC (Batería de Montreal de Evaluación de la Comunicación)
- D. PREP-R (Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática-Revisado)
- E. Test de Boston.
- F. TTR (Type Token Ratio)

Por otro lado, también debemos tener en cuenta las dificultades en el lenguaje de los sujetos con TEA, para lo que se recomienda realizar pruebas del lenguaje en esta patología. Una característica muy llamativa en el lenguaje del TEA es el uso de ecolalias, entendidas como repeticiones inmediatas o retardadas, de palabras o frases oídas previamente. Además, se observan dificultades en la comprensión del contexto en el que se emplea el lenguaje, dificultad con los pronombres, retraso en la adquisición fonológica, errores articulatorios, dificultades sintácticas, dificultades pragmáticas como una falta de Teoría de la Mente, déficits semánticos como la falta de capacidad simbólica... (Vila-Borrellas, Schroeder, Rosselló-Ximenes y Hinzen, 2016).

Algunas de las pruebas empleadas en la evaluación del lenguaje de los sujetos con TEA son:

- A. ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*): evalúa comunicación, juego, interacción social y uso imaginativo del uso de materiales.

- B. ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*): evalúa la calidad de interacción social, comunicación y lenguaje, intereses y comportamientos repetitivos, restrictivos y estereotipados.
- C. Escala MacArthur (CDI)
- D. Guía Portage
- E. Prueba fonológica Bosch
- F. Peabody
- G. Test de Boston
- H. BLOC
- I. ITPA
- J. PLON-R
- K. ...

Como podemos observar en la tabla hay una elevada presencia de sintomatología TEA, cuyos síntomas aparecen en la infancia, a diferencia de los síntomas psicóticos que comienzan a visualizarse en la adolescencia. Este hecho favorece la comorbilidad de las dos patologías en el diagnóstico según los criterios del DSM-5, ya que en la primera infancia se observa la aparición de los síntomas característicos del TEA y en la adolescencia es cuando se observa toda la sintomatología psicótica.

Se considera que el sujeto presenta alucinaciones, tanto de tipo visual, como auditivas como táctiles, aunque es posible que las alucinaciones auditivas o visuales puedan confundirse con el característico soliloquio que presenta, realizando repeticiones de situaciones vividas con anterioridad, o incluso expresiones faciales sin motivo, tales como risas, carcajadas...

Un dato importante en cuanto al diagnóstico diferencial es que los rasgos psicóticos del sujeto no mejoran con el aprendizaje de habilidades para manejar la ansiedad o el estrés. Sin embargo, sí se observa una leve mejora de la sintomatología psicótica con medicación, aunque por periodos cortos de tiempo (1-4 meses). En el TEA, estos síntomas tienden a desaparecer cuando los factores estresantes se desvanecen, haciendo que la persona vuelva a su nivel normal de funcionamiento. Durante un verdadero episodio psicótico esto no ocurre (Paula-Pérez, 2012)

No debemos olvidar que en el informe psicopedagógico que elaboraron al sujeto en 2011-2012, ya se cuestiona el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo que presentaba y se pide una revisión diagnóstica por la posibilidad de presentar una patología psicótica, debido a la presencia de episodios de agitación motriz, posibles alucinaciones auditivas...etc.

Si analizamos detalladamente la Tabla 3, se observa que el sujeto presenta los cuatro síntomas positivos durante más de seis meses, de los cuales, debe tener dos o más para presentar un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5. Sin embargo, el sujeto también presenta los criterios principales del TEA con una aparición de los mismos en la primera infancia.

Por este motivo, y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5, se concluye con que el usuario anteriormente mencionado en el caso clínico podría presentar un doble diagnóstico, es decir, una comorbilidad de las patologías de TEA y esquizofrenia, pudiendo darse la posibilidad de que la sintomatología psicótica tenga un mayor porcentaje sobre la sintomatología propia del TEA.

Si se agrava la sintomatología psicótica es muy probable que, en un futuro, los síntomas característicos del TEA puedan pasar desapercibidos y únicamente se proporcione un diagnóstico de esquizofrenia. Por este motivo resulta fundamental que los profesionales que evalúen al usuario conozcan en profundidad los criterios diagnósticos de ambas patologías para evitar todas las posibles confusiones diagnósticas que puedan aparecer durante el proceso de evaluación.

Debemos destacar la importancia de un diagnóstico preciso y adecuado a los criterios diagnósticos para posteriormente llevar a cabo una correcta intervención, ya que de estas técnicas de intervención dependerá el futuro tratamiento multidisciplinar que se realice al sujeto: médico/psiquiátrico, logopédico, psicológico...

## 8. CONCLUSIONES

---

Las conclusiones extraídas del presente trabajo son las siguientes:

1. Se han publicado un reducido número de casos que traten la comorbilidad entre el TEA y la esquizofrenia o bien el diagnóstico diferencial entre el TEA y la esquizofrenia.
2. Para realizar un diagnóstico clínico preciso resulta necesario llevar a cabo una correcta evaluación de la sintomatología, incluidos el lenguaje y la comunicación, además de especificar detalladamente los criterios diagnósticos.
3. Las versiones previas del DSM excluyen la comorbilidad entre el TEA y la esquizofrenia. Sin embargo, la versión actual del DSM-5 permite la comorbilidad entre ambas patologías pudiendo darse un diagnóstico dual.
4. Cuando se realiza una evaluación diagnóstica existe una potencial confusión sintomatológica de los síntomas positivos característicos de la esquizofrenia con sintomatología característica del TEA.
5. Para realizar un diagnóstico de ambas patologías es fundamental conocer en qué etapa del periodo de desarrollo del sujeto aparecen los síntomas característicos de la esquizofrenia y los síntomas característicos del TEA.
6. Un criterio fundamental para establecer un diagnóstico dual es la aparición de la sintomatología característica del TEA en la primera infancia y la sintomatología característica de la esquizofrenia en la adolescencia.
7. En el caso clínico se sugiere la existencia de una comorbilidad entre el TEA y la esquizofrenia, sin embargo, sería conveniente la realización de más pruebas de evaluación para confirmarse esta hipótesis diagnóstica.
8. Es necesaria una investigación más profunda centrada en la correcta diferenciación entre ambas patologías, con el fin de favorecer un diagnóstico precoz, preciso y la intervención individualizada.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

---

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
2. Artigas-Pallarés, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
3. Belmonte Padilla, E., et al. (2017). Comorbilidad entre el trastorno del espectro autista y el espectro de la esquizofrenia. Apropósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 24(3), 132-136.
4. De Crescenzo, F., et al. (2019). Autistic Symptoms in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychiatry* 10:78.
5. Domínguez Martín, C., Geujo Uribe, M.S., e Imaz Roncero, C. (2010). Trastorno del Espectro Autista y Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 312-318.
6. Espejo, M.C. (2016). Instrumentos para evaluación del autismo y síndrome de Asperger. Trastornos del Desarrollo y Logopedia. Recuperado de: <https://docplayer.es/11162769-Instrumentos-para-evaluacion-del-autismo-y-sindrome-de-asperger.html>
7. Fernandes, J.M., et al. (2018). Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. *Front. Psychiatry* 9:504.
8. Gejman, P., y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Fundación Revista Medicina*, 72(3), 227-234.
9. Gutiérrez-Ruiz, K. (2019). Características tempranas y predictores de la severidad del cuadro clínico en el Trastorno del Espectro Autista. *Rev.CES Psico*, 12(2), 12-25. +
10. James-Sadock, B., Alcott-Sadock, V., y Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica*. Barcelona, España: Wolters Kluwer.
11. Jiménez Martínez, F. (2001). Investigación en autismo. *Revista de Educación*, 3, 81-92.
12. Jimeno-Bulnes, N. (2019). Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Rev Chil Neuro-psiquiat*, 57(1), 34-42.
13. Konstantareas, M.M & Hewitt, T. (2001). Disorder and Schizophrenia: Diagnostic Overlaps. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (1), 19-28.
14. López Padilla, B. (2014). El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(2), 112-124.
15. Lugo, J., y Alviani, M. (2017). El diagnóstico de la psicosis en adultos con trastorno del espectro autista. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 37(131), 113-126.



16. Martínez, A., et al. (2018). Protocolo de evaluación de la prosodia emocional y la pragmática en personas con esquizofrenia. *Revista de Investigación en Logopedia*, 8(2), 129-146.
17. Montagut Asunción, M., et al. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11, 42-54.
18. Fuente: Orellana- Ayala, C.E., (2017). Diferencias entre autismo y esquizofrenia. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2017/04/18/diferencias-autismo-esquizofrenia/>
19. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
20. Organización Mundial de la Salud. (2018). Esquizofrenia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
21. Paula-Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Revista Asociación Española Neurología*, 54(1), 51-62.
22. Pourcain, B., et al. (2018). ASD and schizophrenia show distinct developmental profiles in common genetic overlap with population-based social communication difficulties. *Molecular Psychiatry*, 23, 263–270.
23. Raja, M., & Azzoni, A. (2010). Autistic spectrum disorders and schizophrenia in the adult psychiatric setting: diagnosis and comorbidity. *Psychiatria Danubina*, 22 (4), 514-521.
24. Seijas Gómez, R. (2015). Atención, memoria y funciones ejecutivas en los trastornos del espectro autista: ¿cuánto hemos avanzado desde Leo Kanner? *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 35(127), 573-586.
25. Telles-Correia, D., et al. (2017). Validación de la versión en portugués de la Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS). *Actas. Esp. Psiquiatr*, 45(2), 56-61.
26. Unenge-Hallerbäck, M., Lugnegård, T., y Gillberg, C. (2012). Is autism spectrum disorder common in schizophrenia? *Psychiatry Research*, 198 (1), 12-17.
27. Vacas Uclés, S. (2015). Aspectos diferenciales en el desarrollo comunicativo de las personas con autismo. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(2), 1-13.
28. Verhoeff, B. (2013). Autism in flux: a history of the concept from Leo Kanner to DSM-5. *History of Psychiatry*, 24(4), 442–458
29. Vila Borrellas, E., et al. (2016). Aproximación al lenguaje en el trastorno del espectro autista. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 27, 83-90.

## 10. ANEXOS

---

### 10.1. Anexo 1. Sintomatología Trastorno del Espectro Autista según el DSM-5 (APA, 2014)

En esta última edición del DSM-5 se incluyen una serie de criterios diagnósticos que se han ido modificando a lo largo de todas las ediciones anteriores:

**A.** Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varía.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

**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:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés habitual por aspectos sensoriales del entorno.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

**C.** Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

**D.** Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

**E.** Estas alteraciones no se explican por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno

del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Aunque la sintomatología clínica del TEA sea universal, su expresión y severidad podrían variar teniendo en cuenta factores socioculturales (Gutiérrez-Ruiz, 2019).

Actualmente el DSM-5, incluye un apartado en el que se muestran los niveles de gravedad del TEA:

1. **Grado 1:** Necesita ayuda. Las deficiencias en la comunicación social causan grandes dificultades. Resulta difícil el inicio de la interacción y la respuesta ante dicho inicio por parte de los demás, no es la esperada. Inflexibilidad ante los cambios de tareas que le influyen negativamente en determinados contextos.
2. **Grado 2:** Necesita ayuda notable. Problemas sociales notables a nivel verbal y no verbal incluso con ayuda in situ. Emiten frases sencillas dirigidas a intereses concretos. Interferencia en varios contextos debido a comportamientos restringidos y repetitivos. Cambiar el foco de acción puede causar dificultad o ansiedad.
3. **Grado 3:** Necesita ayuda muy notable. Alteraciones muy graves del funcionamiento debido a una interacción social pobre. Solo responde, y de manera muy limitada, ante interacciones muy directas. El comportamiento restringido y repetitivo ante la inflexibilidad de los cambios causa graves trastornos en el funcionamiento de todos los contextos. Se incrementa notablemente la ansiedad ante los cambios de actividad.

## 10.2. Anexo 2. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la esquizofrenia (APA, 2014)

<p>A. Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Delirios.</li><li>2. Alucinaciones.</li><li>3. Discurso desorganizado.</li><li>4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.</li><li>5. Síntomas negativos: expresión emotiva disminuida o abulia.</li></ol>
<p>B. Durante una parte de tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos, las relaciones interpersonales o el cuidado personal está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.</p>
<p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante mínimo seis meses. Este periodo ha de incluir al menos un mes de síntomas prodrómicos o residuales. En estos periodos prodrómicos, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas del Criterio A presentes de forma atenuada.</p>
<p>D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar porque:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa.</li><li>• Si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.</li></ul>
<p>E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, o a otra afección médica.</p>
<p>F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de la esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante por lo menos un mes.</p>

Fuente: Recuperado de "Sinopsis de psiquiatría. Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica", de James-Sadock, B., Alcott-Sadock, V., y Ruiz, P., 2015, p. 308, Barcelona, España: Wolters Kluwer.

### 10.3. Anexo 2. Escala de Barthel

A continuación se presenta la escala de Barthel realizada al sujeto del caso clínico en el centro-residencia de autismo en el año 2018, con el objetivo de conocer su nivel de dependencia.

La opción seleccionada por el profesional en esta escala se encuentra señalizada con una **✘** a la izquierda de la numeración.

#### COMER:

(10) Independiente. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable.

La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

**✘** (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

#### LAVARSE LOS DIENTES

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

**✘** (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

#### VESTIRSE

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

**✘** (0) Dependiente.

#### ARREGLARSE

**✘** (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

#### DEPOSICIÓN

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

**✘** (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

#### MICCIÓN (Valorar la semana previa)

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

✘ (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente.

#### USAR EL RETRETE

(10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra personal.

(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

✘ (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

#### TRASLADO AL SILLÓN/CAMA

✘ (15) Independiente. No precisa ayuda.

(10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

(5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

La puntuación obtenida del sujeto explicado es de 50 puntos, por lo que estará catalogado como **DEPENDIENTE MODERADO**.

#### 10.4. Anexo 3. CARS (The Childhood Autism Rating Scale)

##### CARS (The Childhood Autism Rating Scale) 2018

A continuación se muestra la escala CARS realizada al sujeto del caso clínico en el centro-residencia de autismo en el año 2018.

La puntuación obtenida en esta escala se encuentra marcada con una **X**. a continuación, en la tabla de Interpretación de resultados, la conclusión final de la escala se encuentra marcada en amarillo.

ITEMS	PUNTUACIÓN						
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
Relación con los demás					X		
Imitación					X		
Respuesta emocional						X	
Uso del cuerpo				X			
Uso de objetos				X			
Adaptación al cambio					X		
Respuesta visual				X			
Respuesta a estímulos auditivos				X			
Respuesta y uso del gusto, olfato y tacto				X			
Miedo o nerviosismo						X	
Comunicación no verbal					X		
Comunicación verbal				X			
Nivel de actividad					X		
Nivel y consistencia de la respuesta intelectual					X		
Impresiones generales	X						
	1			15	18	7	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>41</b>						

##### Interpretación de los resultados

PUNTUACIÓN TOTAL CARS	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	NIVEL DESCRIPTIVO
15-29.5	No Autismo	No Autismo
30-36.5	Autismo	Autismo Leve/Moderado
<b>37-60.0</b>	<b>Autismo</b>	<b>Autismo Severo</b>

La puntuación obtenida del sujeto en esta prueba fue de 41, siendo clasificado como **AUTISMO SEVERO**.

### 10.5. Anexo 4. IDEA (Escala del Inventario del Espectro Autista)

A continuación se muestra la escala IDEA realizada al sujeto del caso clínico en el centro-residencia de autismo en el año 2018.

En esta escala se recoge la información de tal manera que la numeración seleccionada se encontrará marcada en amarillo.

<b>DIMENSIÓN 1: RELACIONES SOCIALES</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales	8
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	4
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

<b>DIMENSIÓN 2: CAPACIDADES DE REFERENCIA CONJUNTA</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones	8
Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta	6
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta	0

<b>DIMENSIÓN 3: CAPACIDADES INTERSUBJETIVAS Y MENTALISTAS</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. Intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	8
Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de T.M.	4
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado	2
No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas	0



<b>DIMENSIÓN 4: FUNCIONES COMUNICATIVAS</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa), y de conductas instrumentales con personas.	8
Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i. e. Para "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental.	4
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas	0

<b>DIMENSIÓN 5: LENGUAJE EXPRESIVO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecolálicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo	0

<b>DIMENSIÓN 6: LENGUAJE RECEPTIVO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
"Sordera central". Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	8
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	6
Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	4
Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión	0

<b>DIMENSIÓN 7: ANTICIPACIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (p.e.: películas de vídeo). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	8
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6
Incorporadas estructuras temporales amplias (por ej. "curso" vs "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación	0

<b>DIMENSIÓN 8: FLEXIBILIDAD</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Predominan las estereotipias motoras simples.	8
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios mínimos.	6
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo.	2
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad	0

<b>DIMENSIÓN 9: SENTIDO DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	8
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	6
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	4
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad	0

<b>DIMENSIÓN 10: FICCIÓN E IMAGINACIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	6
Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4
Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles	2
No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación	0

<b>DIMENSIÓN 11: IMITACIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
Ausencia completa de conductas de imitación	8
Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas	6
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	2
No hay trastorno de las capacidades de imitación	0

<b>DIMENSIÓN 12: SUSPENSIÓN (CAPACIDAD DE CREAR SIGNIFICANTES)</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
No se suspenden pre - acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos en activos. No hay juego funcional.	6
No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.	4
No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	0

### PUNTUACIONES POR SUBESCALAS

<b>ESCALA: RELACIÓN SOCIAL</b>	
Dimensión 1: Trastorno de la relación social	6
Dimensión 2: Trastorno de la referencia conjunta	4
Dimensión 3: Trastorno intersubjetivo y mentalista	4
<b>Puntuación total de la escala Relación social</b>	<b>14</b>
<b>ESCALA: COMUNICACIÓN Y LENGUAJE</b>	
Dimensión 4: Trastorno de las funciones comunicativas	2
Dimensión 5: Trastorno del lenguaje expresivo	4
Dimensión 6: Trastorno del lenguaje receptivo	4
<b>Puntuación total de la escala Comunicación y lenguaje</b>	<b>10</b>
<b>ESCALA: ANTICIPACIÓN/FLEXIBILIDAD</b>	
Dimensión 7: Trastorno de la anticipación	6
Dimensión 8: Trastorno de la flexibilidad	4
Dimensión 9: Trastorno del sentido de la actividad	4
<b>Puntuación total de la escala Anticipación/Flexibilidad</b>	<b>16</b>

ESCALA: <b>SIMBOLIZACIÓN</b>	
Dimensión 10: Trastorno de la ficción	4
Dimensión 11: Trastorno de la imitación	6
Dimensión 12: Trastorno de la suspensión	6
Puntuación total de la escala <b>Simbolización</b>	<b>16</b>
<b>Puntuación total en espectro autista</b> <b>(suma de las puntuaciones de todas las dimensiones)</b>	<b>56</b>

La puntuación del sujeto en esta escala resultó ser de 56, por lo tanto se encontraría dentro del NIVEL 2: **AUTISMO REGRESIVO**.