

DECÁLOGO RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO EN LA POBLACIÓN ADULTA



Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia



DECÁLOGO DE CUESTIONES PREVIAS AL DIAGNÓSTICO DE AUTISMO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

- 1 Los instrumentos de cribado se deben realizar, cuando se considere necesario, antes de la valoración clínica, puesto que son solo indicativos de riesgo de autismo o intensidad de síntomas, en ningún caso de diagnóstico. Se podrían utilizar, como cribado para determinar si es aconsejable una evaluación más completa, instrumentos como Austim Quotient (AQ), Empathy Quotient (EQ), Systemizing Quotient (SQ), Social Responsiveness Scale (SRS), Autism Impact Measure (AIM), Social Communication Questionnaire (SCQ).
- 2 Se recomienda realizar al menos dos entrevistas de evaluación, así como recoger información del neurodesarrollo y de funcionalidad del paciente. Es altamente aconsejable obtener información de informadores externos que conozcan en profundidad al paciente.
- 3 La utilización de instrumentos de evaluación estructurada no es necesaria para el diagnóstico clínico, debe realizarse sólo cuando se considere oportuno.
- 4 Las propias particularidades de las dificultades asociadas al autismo hacen que los cuestionarios autoadministrados no sean suficientes en ningún caso para establecer un diagnóstico de autismo.
- 5 La sola presencia de rasgos atípicos o minoritarios de comportamiento, formas diferentes de comunicación o interacción social o intereses poco frecuentes forman parte de la variabilidad humana y no son suficientes, en ningún caso, para establecer un diagnóstico de autismo.
- 6 Los diagnósticos psiquiátricos (de autismo y cualquier otro diagnóstico del DSM o CIE) son formas de clasificar diferentes comportamientos disfuncionales, vivencias de malestar y dificultades de adaptación al medio, consensuados por los expertos en salud mental, para mejor comunicación entre profesionales y mejor estudio de su origen y forma de ayudar a las personas que los padecen.
- 7 Por tanto, las dificultades de adaptación a la sociedad, existentes sin apoyos significativos, o el sufrimiento por parte de quien lo padece, son esenciales para el diagnóstico.
- 8 El diagnóstico diferencial con otras condiciones (atipicidades de comportamiento y trastornos mentales) forma parte esencial del proceso diagnóstico.

- 9 El diagnóstico debe siempre realizarlo un especialista de salud mental, con formación y experiencia extensa en la evaluación de los Trastornos del Espectro Autista y otros trastornos mentales. Otros profesionales pueden hacer caracterización de dificultades (neurocognitivas, ocupacionales, educativas, etc) que pueden complementar el diagnóstico.
- 10 El proceso de diagnóstico debe realizarse sólo cuando la persona interesada y/o sus representantes lo vean necesario para implementar ayudas, apoyos o tratamientos que puedan contribuir a mejorar la vida de la persona.

DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES PARA UN DIAGNÓSTICO COMPLETO DE AUTISMO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Una vez decidido que corresponde una evaluación diagnóstica completa:

- 1 Obtener origen de la demanda del diagnóstico. Ej: viene referido por un profesional, la preocupación es por parte del paciente, de la familia, de la pareja, por dificultades en el trabajo o estudios..
- 2 Antecedentes personales:
 - Historia de contactos con servicios de salud mental o con servicios de apoyo educativo.
 - Historia de diagnósticos psiquiátricos anteriores.
 - Historia de tratamientos psicofarmacológicos o intervenciones psicológicas anteriores.
 - Estudio de todos los informes anteriores (a preferir previo a la primera entrevista, o si no a posteriori, según el caso y el contexto).
 - Antecedentes médicos, incluyendo los habituales en cualquier historia psiquiátrica pero añadiendo además la historia de la experiencia en relación con el sistema sanitario y la experiencia de vivencia de los antecedentes médicos (puede informar sobre dificultades en funciones ejecutivas, manejo del sistema sanitario y también sobre dificultades en el procesamiento de la información sensorial, con hipo o hipersensibilidades al dolor, a cualquier procedimiento que implique contacto físico, etc)
 - Primera preocupación, ¿cuándo y qué fue?

3 Entrevista clínica diagnóstica detallada.

Dificultades actuales en todos los dominios psicopatológicos, con especial énfasis en:

- Dificultades de comunicación.
- Dificultades de interacción social (especialmente con iguales: hermanos, amigos, parejas, convivientes, compañeros de trabajo, etc). La historia sobre cómo se han establecido y desarrollado las relaciones de pareja suele ser especialmente informativa.
- Comportamientos rutinarios/repetitivos, costumbres extremadamente rígidas o que interfieran de manera significativa en el funcionamiento diario.
- Intereses restringidos que de forma cuantitativa, no solo cualitativa, impacten de manera negativa en el funcionamiento diario del paciente (incluyendo el uso del tiempo libre, ocio, pasiones, elecciones vocacionales, relaciones con iguales).
- Procesamiento sensorial: especialmente en situaciones de la vida diaria: tolerancia a la saturación sensorial y social, hábitos nutricionales, uso de cosméticos, vestimenta y complementos, peluquería y otras situaciones con compromiso táctil. Convivencia y vida cotidiana.
- Mecanismos de autorregulación ante sobresaturación sensorial o social (motores, actividades, descanso, aislamiento, etc).
- Disfuncionalidad en relaciones sociales, en el ejercicio del trabajo y de los roles familiares.
- Identidad personal o autoconcepto.

Debe realizarse también un cribado de presencia de síntomas en otras esferas psicopatológicas: estado de ánimo, ansiedad, sintomatología obsesiva, criterio de realidad, capacidad atencional, alteraciones en curso y contenido del pensamiento, historia de eventos adversos/trauma, profundizando en el caso de identificar signos de alarma.

4 Realizar una historia detallada del neurodesarrollo lo más completa posible.

Se pueden utilizar los siguientes recursos:

- Relato autobiográfico
- Informes médicos
- Relato de personas que compartieron infancia
- Informes escolares, especialmente en sus secciones cualitativas (descripción de comportamientos en la primera infancia y etapa de educación primaria)

Si se considera necesario y se dispone de un buen informador de la infancia temprana, o en contexto de investigación, se podría utilizar un instrumento de evaluación estructurado como el ADI-R(Entrevista para el diagnóstico de autismo revisada).

Si existen dudas diagnósticas, es recomendable complementar el diagnóstico con una observación estructurada, útil para diferentes edades y niveles funcionales (por ejemplo ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule, CARS: Childhood Autism Rating Scale).

5 Explorar antecedentes familiares.

No solo de diagnósticos realizados sino rasgos parecidos entre el paciente y otros familiares. Historias de dificultades de adaptación o de diferencias flagrantes entre las capacidades y los logros vitales en familiares.

6 Uso de pruebas complementarias para detallar especificadores y comorbilidad:
Valorar el uso de pruebas complementarias para evaluar:

- Capacidades cognitivas (Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) y función adaptativa (ABAS-II/III (Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa) y Vineland-3 (Escala de Comportamiento Adaptativo u otros instrumentos fiables para medir habilidades funcionales diarias).
- Sintomatología comórbida: si se considera necesario o complementario, se podrían incluir (fuera de la evaluación personal) cuestionarios de evaluación de comorbilidad psiquiátrica a criterio del clínico.
- Diagnóstico diferencial: es importante plantearse la posibilidad de diagnósticos comórbidos o concurrentes, incluidos trastornos afectivos, ansiedad, desordenes de personalidad, trauma complejo, etc. Cuando sea necesario, habrá que recurrir al apoyo de expertos en otras patologías para completar la valoración.

7 Recoger información de informadores externos cercanos y que conozcan al paciente durante el mayor tiempo posible, como pueden ser padres, hermanos, familia o pareja. Importante para las dificultades actuales como para la historia del desarrollo si es posible. De forma general, suele ser más conveniente solicitarlo después de haber tenido una relación/interacción con el paciente y haber generado una cierta confianza y vivencia de compromiso genuino de ayuda por parte del profesional.

- 8 De forma general, tener más de una entrevista, una de ellas larga y lo más abierta posible, permite explorar la interacción social con el evaluador de forma más completa, la tolerancia a la exposición social, a la comunicación explícita y a la más implícita y explorar la comprensión del lenguaje y del metalenguaje.
- 9 La relación clínico-paciente es una relación social, tomar conciencia del tipo de relación que se establece en este contexto, de las iniciaciones y respuestas de la persona evaluada y facilitar una conversación recíproca en algunos momentos de la evaluación es una buena manera de explorar aspectos comunicativos e interactivos de una forma directa.
- 10 Es importante entender siempre el por qué y para qué de la evaluación, hacer una cuidadosa devolución diagnóstica, tomándose el tiempo que sea necesario, y no actuar bajo presión para establecer un diagnóstico. En ocasiones son necesarias varias visitas para conocer la forma de relacionarse de la persona y conocer sus necesidades. Debemos ceñirnos a la máxima: “primum non nocere”.