

SÍNDROME DE ASPERGER: "UN ESQUIMAL EN EL DESIERTO"

M^a CRISTINA RUIZ GARRÓS *
MARIA LUISA GASPAR RUIZ **

* *Terapeuta Ocupacional, Diploma de Estudios Avanzados en "Psicología y Aprendizaje. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón.*

** *Terapeuta Ocupacional, Hospital de Día de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.*

RESUMEN

Todavía es poco frecuente oír hablar de Síndrome de Asperger (SA) en los servicios de psiquiatría de adultos, aunque cada vez se les derivan más casos para su estudio y tratamiento. Las personas que lo presentan suelen haber recibido diferentes diagnósticos y haber pasado por distintos profesionales hasta llegar a él. En la actualidad se están haciendo muy buenas intervenciones por parte de los servicios de salud mental, dentro de Aragón. Como profesionales de la salud, es interesante conocer que sintomatología presenta y su tratamiento terapéutico. Este artículo, tiene como objetivo, mediante la revisión bibliográfica de la literatura más relevante publicada sobre el tema, sensibilizar e informar a los profesionales sanitarios en la detección de los casos de SA y ayudar en la comprensión de las dificultades que conlleva a la persona que lo padece. A su vez, prepara la posterior lectura de un segundo artículo donde se expondrá un estudio de caso y su tratamiento por un equipo multidisciplinar.

Palabras Clave: Síndrome asperger, autismo, psiquiatría, terapia ocupacional, salud mental, psicoeducación.

Introducción

El SA es un profundo desorden del desarrollo caracterizado por deficiencias en la interacción social y la coordinación motora, así como patrones inusuales y restrictivos de interés y conducta. ⁽¹⁻²⁾

Los rasgos que presenta un niño con SA se asemejan al trastorno esquizotípico de la personalidad, lo que explica la facilidad para confundirlo con los rasgos de la personalidad esquizoide en la niñez. Aparecen rasgos como: aislamiento social, ansiedad social, pensamiento mágico, preocupaciones fantásticas, escasa simpatía y habla particular.

De no establecer de forma temprana el diagnóstico por un equipo de profesionales especializados, puede pasar desapercibido hasta la etapa adulta.

El SA presenta unas características clínicas que nos pueden facilitar su diferenciación y tratamiento. Es por esto que todos los componentes de un equipo multidisciplinar de salud mental deben de conocerlo tener en cuenta que nos podemos encontrar con él en nuestra práctica diaria..

Desde que Hans Asperger describió la psicopatía autística que lleva su nombre en 1944, mucho se ha estudiado y discutido sobre su estado, sus características particulares y sobre si se puede o no distinguir del autismo. ⁽¹⁾

Actualmente el SA ha obtenido el reconocimiento formal como categoría diagnóstica en los manuales de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10, 1992) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV, 1994), aunque continúan las dudas sobre si en realidad describe una entidad clínica distinta y la relación que tiene con el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF). ⁽¹⁾

El estatus del SA como un trastorno distinto del Trastorno Generalizado del Desarrollo está cuestionado; especialistas como Gillberg y Rapin lo consideraron como una versión leve del trastorno autista (AAF) más que de un trastorno distinto ⁽¹⁻²⁾

En ambos síndromes hay presencia de déficits en la interacción social, habilidades de comunicación deterioradas e inusuales y raros comportamientos. Sin embargo, en el SA, los déficits motores son más pronunciados, su principio parece ser más tardío, y los déficits sociales están presentes sin gran deterioro del habla ni del lenguaje ⁽¹⁾.

SA y desarrollo motor

Kanner documentó el autismo infantil precoz, y describió la variabilidad en el desarrollo motor de los niños con autismo, donde algunos de ellos presentaban dificultades en las habilidades motoras gruesas al mismo tiempo que un avanzado desarrollo de las habilidades motoras finas. ⁽³⁾

Asperger era muy consciente de los problemas en destrezas motoras del grupo de personas que él trató de describir. Indico que la mayoría de los niños con SA experimentan una pobre coordinación y dificultades en el control motor fino, la coordinación de movimientos y la postura corporal. El niño también tendía a presentar un déficit con respecto a la percepción de sus movimientos con relación al espacio. Sin embargo, algunos niños con AAF presentan dificultades en esas áreas. ⁽²⁾

En los casos clínicos se mencionan dificultades como: ausencia de expresión facial, pobre coordinación motora fina, carencia de la fluidez en la marcha y problemas en la escritura.

Kanner describió la torpeza motora en algunos de los casos por él recogidos, mientras que Asperger la señaló como una característica general. Ambos destacaron la existencia de una particular destreza para ciertas actividades en algunos niños.

Angel Rivière también incluye en su definición de SA la alteración de la expresión motora, con las siguientes características: ⁽⁴⁾

- **Trastorno cualitativo de la relación:** Incapacidad de relacionarse con iguales. Falta de sensibilidad a las señales sociales. Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal. Falta de reciprocidad emocional. Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente "dobles intenciones".

- **Inflexibilidad mental y comportamental:** Interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos. Rituales. Actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de tareas. Preocupación por "partes" de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.
- **Problemas de habla y lenguaje:** Retraso en la adquisición del lenguaje, con anomalías en la forma de adquirirlo. Empleo de lenguaje pedante, formalmente excesivo, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo, modulación, etc. Dificultades para interpretar enunciados literales o con doble sentido. Problemas para saber "de qué conversar" con otras personas. Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.
- **Alteraciones de la expresión emocional y motora:** Limitaciones y anomalías en el uso de gestos. Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes. Expresión corporal desmañada. Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.
- **Capacidad normal de "inteligencia impersonal":** Frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas.

Corina y Christopher Gillberg incluyeron la torpeza motora como uno de sus seis criterios de diagnóstico. Observaron que los niños con SA parecían ser generalmente torpes, con una manera tiesa de caminar sin coordinar postura y gestos. ⁽⁵⁻⁶⁾

Por el contrario, los criterios de Peter Szatmari y sus colegas así como los de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) no hacen una referencia directa a la coordinación motora. ⁽⁷⁻⁸⁾

Van Krevlen también señaló el desarrollo motor como un rasgo diferencial entre ambas condiciones clínicas y observó que, a diferencia de los niños con autismo, los niños con SA parecían aprender a hablar antes que a andar. ⁽⁹⁾

La APA tiene una lista de características asociadas con el SA que incluye la presencia de torpeza motora en el período preescolar y el retraso de los hitos motores. ⁽⁸⁻¹¹⁻¹²⁾

Se han publicado muchos estudios adicionales que subrayan la importancia de los aspectos motores y comentan la escritura como problema (Burgoyne y Wing; Gillberg; Manjiviona y Prior; Klin y otros).⁵⁻¹²⁻¹⁵⁻¹⁶

Habilidades Motoras afectadas en el SA⁽⁵⁻²⁰⁻²¹⁾

Diversos autores han estudiado la coordinación motora en niños con SA usando una gama de tests estandarizados. Los resultados sugieren que una coordinación motora pobre afecta a una amplia gama de habilidades que implican habilidades motoras gruesas y finas. En los niños pequeños puede estar limitada la habilidad en los juegos con balón, dificultad para aprender a atarse los cordones de los zapatos, y la presencia de unos extraños andares cuando anda o corre. En la adolescencia una pequeña minoría desarrolla tics faciales, espasmos involuntarios de los músculos de la cara, o parpadeo rápido y muecas ocasionales. Todos estos rasgos indican alteraciones específicas del movimiento.

Uno de los primeros indicadores de la torpeza motora es que algunos niños con SA aprenden a andar unos pocos meses más tarde de lo que se esperaría.⁽¹⁵⁾

Locomoción

- Movimientos desgarbados o como de marioneta al caminar o al correr.
- Algunos niños andan sin el balanceo asociado de los brazos⁽⁵⁾.
- Puede haber una falta de coordinación entre los miembros superiores e inferiores.

Habilidades con el balón

- Las habilidades básicas de coger y tirar con precisión parecen estar especialmente afectadas⁽¹⁷⁾. Pobre coordinación en los movimientos de los brazos para coger una pelota con las dos manos y problemas de regulación con el tiempo (las manos se cierran en la posición correcta, pero una fracción de segundo más tarde).

- Los niños a menudo no miran en la dirección del objetivo antes del lanzamiento⁽¹⁵⁾.
- Examinar la vista para establecer si utilizando gafas mejoraría la coordinación óculo manual.

Equilibrio

- Puede haber problemas con el equilibrio.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾
- Temple Grandin describe como ella es incapaz de mantener el equilibrio en la tarea de caminar por una línea recta como si fuera un equilibrista.⁽²¹⁾

Escritura

- La escritura es una habilidad compleja que representa un gran problema para estos niños, incluso los elementos más básicos como la copia.
- El niño es consciente de la mala calidad de su escritura;
- Son a menudo muy hábiles en el uso de ordenadores y con los teclados.

Movimientos rápidos

- Un estudio reciente observó que cuando se ejecutan actividades que requieren coordinación motora, como recortar formas con tijeras, estos niños tienden a ser impulsivos, no poder hacerlo despacio y a no considerar una aproximación.⁽¹⁵⁾

Articulaciones laxas

- Una de las características examinadas en la evaluación diagnóstica es la presencia de articulaciones laxas. Se desconoce si es debido a una anomalía estructural o a un bajo tono muscular. (17-18)

Ritmo

- Dificultad para mantener el ritmo durante mucho tiempo.

- Extremadamente difícil el sincronizar mis movimientos rítmicos con otras personas o con el acompañamiento musical.
- Problemas para imitar diversos ritmos.⁽²¹⁾

Diferenciación y Aproximación del SA de otras patologías.

Según Martín Borreguero, las diferencias sintomáticas entre el SA y el AAF incluyen diferencias en el desarrollo a nivel motor:

AAF	SA
Desarrollo adecuado de las habilidades motoras con relación a otras áreas de desarrollo	El retraso en el desarrollo motor es común desde un período temprano del desarrollo
Agilidad motora	Torpeza en la ejecución de movimientos y dificultades con la coordinación motora
Interés en las actividades físicas	Resistencia a participar en los juegos que implican actividad física
Posibilidad de dificultades motrices en la adolescencia como resultado de una imagen corporal anómala y autoconcepto alterado	Persistencia de los problemas psicomotores en la adolescencia

(Martín Borreguero, P., 2004)⁽¹¹⁾

En comparación con el SA, el AAF tiene un coeficiente intelectual inferior, con menos diferencias en la función verbal. En SA, el índice verbal excede al manipulativo⁽⁵⁻¹⁰⁾, puede haber más casos en la historia familiar, sobre todo en los padres de los niños con SA, en comparación con el AAF. La torpeza motora suele ser más característica del SA, considerando que los manierismos motores pueden aparecer más en asociación con AAF⁽¹¹⁾.

Algunos estudios señalan anomalías motoras específicas como rasgos distintivos del SA, pero no de autismo. Gillberg destaca la torpeza del niño en la coordinación de movimientos. Szatmari y otros, destacan la lentitud de movimientos y la deficiente dexteridad manual. Y sugieren que entre el 50% y el 90% de los niños y adultos con SA tienen problemas de coordinación motora.⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻¹⁷⁻¹⁹⁾

Otros estudios experimentales, hallaron una variabilidad significativa en el desarrollo de las habilidades motoras gruesas y finas de los niños con SA así como en autismo, concluyendo que ambos manifiestan una considerable disfunción motora.⁽¹⁵⁻¹⁹⁾

Klin y Ghaziuddin sugirieron que ambos grupos experimentan dificultades motoras de naturaleza y origen diferente.⁽¹²⁻¹⁹⁾

Hay autores que proponen la modificación de algunos de los criterios en DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (OMS, 1992-1993), por omitir la exclusión de retrasos significativos en el habla y el lenguaje y de desórdenes esquizoide y esquizotípico; especificar los severos deterioros sociales e intereses más sofisticados y totalmente absorbentes, en comparación con el autismo; e incluir un criterio para la fantasía inusual (ocasionalmente sumada a la mentira patológica y la adopción de alias).

Los criterios del CIE-10 incluyen la ausencia de retraso general clínicamente significativo en el habla o en lenguaje receptivo o desarrollo cognitivo e incluyen intereses restringidos, repetitivos y comportamientos estereotipados. Un criterio de exclusión es el desorden esquizotípico, pero la definición incluye desorden esquizoide de la niñez y psicopatía autística.

Los criterios del DSM-IV también excluyen retraso significativo del lenguaje y desarrollo cognitivo, indicando esto que la perturbación ocasiona deterioro clínicamente significativo en lo social, ocupacional u otras áreas del funcionamiento y diferencian el desorden de la personalidad esquizoide.

En el CIE-10, el criterio de pautas de interés circunscrito o restringido y comportamiento estereotipado, realmente no captan los a menudo intereses especiales de los SA.

En la DSM-IV el diagnóstico de SA requiere la ausencia de cualquier retraso clínicamente significativo en la adquisición del lenguaje, desarrollo cognitivo, y de la conducta adaptativa (con la excepción de la interacción social). En este sentido, claramente distingue entre el diagnóstico de SA y el de Autismo (que está caracterizado por más marcado retraso en estas áreas antes de los tres años de edad).⁽²⁾

Como Klin y Volkmar indican, el diagnóstico del SA ha sido definido de diferentes formas, y de acuerdo al criterio común, no puede inequívocamente estar diferenciado del autismo de alto funcionamiento. Prior y otros, también encontraron una poca clara demarcación entre niños diagnosticados como AAF, SA u otros desórdenes del desarrollo.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Estos jóvenes se ha descrito como: solitarios, satisfechos con su aislamiento, ansiosos con sus iguales, con comportamientos desordenados e inapropiados y problemas disciplinarios.⁽²²⁾

CONCLUSIONES

Para cualquier alteración en el desarrollo, una intervención lo más temprana posible, posibilita en el niño el establecimiento de un programa de intervención temprana capaz de promover al máximo sus capacidades de desarrollo personal y la adecuada orientación de sus familiares. Pero en el caso concreto del SA y de otros trastornos generalizados del desarrollo, este diagnóstico temprano se ve sumamente dificultado en la práctica. Muy pocos niños sospechosos de SA son derivados a los profesionales o servicios especializados antes de los tres años. Estos niños necesitan que se reconozca la naturaleza de sus dificultades, de tal forma que sus síntomas no sean erróneamente atribuidos a defectos de la educación. Otra dificultad añadida es que el diagnóstico está frecuentemente empañado por la co-morbilidad presente con otras patologías.

Muchos llegan a adultos sin haber sido correctamente diagnosticados ni haber recibido las pautas de tratamiento necesarias para el buen desempeño de su vida cotidiana, generando en la persona elevados niveles de frustración y de baja autoestima.

La persona diagnosticada de SA posee capacidades, habilidades y necesidades diferentes a las de otras personas, precisando de un entorno estable tanto en el campo educativo, familiar y de tratamiento, que le facilite aprender a actuar como individuo en la cultura que le rodea.

Los desórdenes específicos en el desarrollo, las alteraciones de conducta asociadas y otros desórdenes psiquiátricos asociados al SA, requieren de previsiones educacionales especiales y de un tratamiento específico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Borreguero, P. *Síndrome de Asperger: excentricidad o discapacidad social?*; Alianza. 2004. Cap 1: 28-33. Cap 2: 53-84. Cap 4: 121.
2. Bloch-Rosen S. Traducción, Rogelio Martínez Maciá: *Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento y Desórdenes del Espectro Autista 1999*. Disponible en la URL: <http://www.asperger.es/articulos>
3. Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 119-45.
4. Rivière, A., Martos, J. *El tratamiento del autismo, nuevas perspectivas*. Ministerio de asuntos sociales. 1998.
5. Gillberg C, Gillberg I C. *Asperger syndrome: some epidemiological considerations*. *J Child Psychol Psychiatry* 1989 30: 631-8.
6. Gillberg, C. (1998). Asperger syndrome and high functioning autism, *British Journal of Psychiatry*, 172, 200-209.
7. Szatmari P, Brenner R, Nagy J. *Asperger's syndrome: a review of clinical features*. *Can J Psychiatry*. 1989.
8. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. EEUU, DC: Ed APA. 1994.
9. Van Krevelen, D.A. (1971). Early infantile autism and autistic psychopathy. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1, 82-86.
10. Ozonoff, S. & Farham, J.M. (1994). Can standard measures identify subclinical markers of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 429-41.
11. Gillberg C., Steffenburg S., Schaumann. Autism-epidemiology: is autism more common now than 10 years ago? *Br J Psychiatry* 1991; 158: 403-9.
12. A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow, D. V. Cicchetti and B. P. Rourke. (1995) Validity and Neuropsychological Characterization of Asperger Syndrome: Convergence with Nonverbal Learning Disabilities Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36:7, 1127-1140
13. Volkmar, F., et al. *DSM-IV Autism/Pervasive Developmental Disorder Field Trial*, *American Journal of Psychiatry* 1994; 151, 1361-1367.
14. Attwood, T. *Síndrome de Asperger: una guía para la familia*. Ediciones Paidós Ibérica.S.A 1998; 5: 117-127.