

## El Síndrome de Asperger

Toquero, R.

El autismo fue descrito primero por Kanner (1943, como ha citado Fritz, 1991). Kanner describió un grupo de pacientes que, en una edad temprana, parecían apartados o indiferentes a otras personas, resistentes a los cambios ambientales y comprometidos en actividades repetitivas. Cuando estos niños crecieron, él observó una ausencia evidente de juego simbólico, una fascinación por objetos que manejaban a menudo hábilmente, mutismo o habla que parecía carecer de intención comunicativa y talentos aislados o habilidades especiales que se expresaban en hechos notables de memoria repetitiva, cálculo y otra habilidad aislada. Brevemente después de la publicación del artículo de Kanner en Estados Unidos, Hans Asperger, un médico austriaco, publicó un informe en alemán, en el que describió a cuatro muchachos que, a pesar de tener habilidades verbales y cognitivas aparentemente adecuadas, demostraban problemas de interacción social y conductas autistas más superficiales (Asperger, 1944, como cita Frith, 1991). El retraso mental no era prominente en estos pacientes y demostraban déficits más superficiales, una forma de alto funcionamiento del autismo. El trabajo de Asperger se publicó en alemán y su contribución no fue principalmente reconocida hasta los años ochenta cuando su trabajo fue traducido por Lorna Wing (1981).

A pesar de no haber acuerdo ente ambos, Kanner y Asperger usaron la palabra "autista" para caracterizar las perturbaciones que ellos observaron. Este término había sido introducido por Eugen Bleuler en 1911 para describir el retiro extremo del mundo externo en el mundo interior que él identificó como una perturbación básica en la esquizofrenia (Frith, 1991). Kanner y Asperger reconocieron independientemente que, en contraste con la esquizofrenia de Bleuler, las dificultades entablando relaciones afectivas con otros parecían estar presentes desde el principio, entre sus pacientes. Al contrario del "autismo" de la esquizofrenia, donde la pérdida de contacto con el mundo externo era progresiva, los pacientes de Kanner y Asperger exhibieron esta dificultad temprano en su vida y con un curso crónico y consecuente, en lugar de progresivo.

Los esquemas de diagnóstico tempranos entrelazaron autismo con esquizofrenia infantil y los dos se definieron así vagamente sin que esto fuera de ninguna utilidad para la investigación (Ciaranello & Ciaranello, 1995). Aunque Asperger sostuvo firmemente que el desorden tenía causas neurobiológicas, inicialmente, hubo teorías psicodinámicas de su causa y los tratamientos que prevalecieron tenían esta orientación. Estas teorías implicaron a los padres, específicamente "madres frías" como causa subyacente del niño autista, y desarrollos retrasados o atípicos. Siguiendo esta teoría, el tratamiento pasaba lógicamente por el internamiento o separación por periodos prolongados (Bettleheim, 1967).

Un criterio formal para el diagnóstico de Autismo no se desarrolló hasta los años setenta (Ritvo & el Hombre libre, 1978, Rutter & Hersov, 1977), El Autismo era por primera vez incluido en el Manual Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica americana en 1980 y es ahora una entidad de diagnóstico ampliamente reconocida. El Síndrome de Asperger (SA) no era incluido hasta las DSM-IV se publicó en 1994.

Existen varios aspectos del Síndrome de Asperger que son sumamente controvertidos, especialmente en la comunidad de personas diagnosticadas y auto-diagnosticadas Asperger, y en la comunidad de padres de niños diagnosticados como tal. Sin embargo se debe considerar como una patología, dado que es inseparable del sufrimiento y de la dificultad, por conmovedores y atractivos que resulten y es considerada como tal por la Organización Mundial de la Salud.

En el manual DSM-IV, el Asperger es uno de los cinco trastornos definidos bajo la categoría de "Trastorno Generalizado del Desarrollo" (*"Pervasive Developmental Disorder"*). (Los otros cuatro trastornos son el Trastorno de Autismo, el Trastorno de Rett, el Trastorno de Desintegración de la Infancia, y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado de Otra Manera (*Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified - PDDNOS*)). De acuerdo al manual DSM-IV, los criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80) son los siguientes:

**A.** Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

**B.** Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

**C.** El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

**E.** No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

**F.** No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

De acuerdo al manual de clasificación del DSM-IV, el Asperger es un síndrome separado y distinto del "trastorno autista" o autismo. Sin embargo, aún existe controversia en

cuanto al reconocimiento del Asperger como síndrome propiamente dicho o una forma de autismo.

Algunos profesionales y familias creen que la definición del autismo debería ser inclusiva de diagnósticos tales como el Asperger y los otros Trastornos Generalizados del Desarrollo. Los propulsores de este punto de vista pueden sostener que en vista de la ausencia de pruebas biológicas tanto para el autismo como para el Asperger, es difícil determinar un diagnóstico.

Aquellos que creen que el Asperger no es una forma de autismo, citan al manual actualizado DSM-IV, el cual claramente señala que el Asperger es un diagnóstico distinto. Sostienen que crear una distinción entre el autismo y el Asperger, se puede preparar el terreno para una educación y un tratamiento más adecuados. Según el DSM-IV, se define tanto el autismo como el Asperger como Trastornos Generalizados del Desarrollo. Esto significa que hay similitudes entre los dos, a saber, deficiencias en interacción social, comunicación y la gama de actividades e intereses. Existen diferencias principalmente en el grado de deficiencia. Por ejemplo, mientras que un individuo con autismo pueda que experimente retraso o falta total del habla, un individuo con Asperger no puede poseer un retardo cognitivo "clínicamente significativo" en el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, un individuo con Asperger puede experimentar dificultad en la comprensión de la lengua hablada - particularmente en cuanto a la ironía, humor u otras abstracciones. Una segunda distinción realizada por el DSM-IV tiene que ver con la habilidad cognitiva. Mientras que algunos individuos con autismo experimentan retardo mental, por definición una persona con Asperger puede no poseer un retardo cognitivo "clínicamente significativo". Esto no quiere decir que todos los individuos con autismo poseen también retardo mental. Algunos pueden poseerlo y algunos no, pero una persona con Asperger tiene una inteligencia que oscila entre el promedio y alto promedio.

## **PREVALENCIA**

El síndrome de Asperger es un desorden poco común y la información relativa a su prevalencia es limitada. Parece ser que el desorden es más común en los hombres.

Estudios epidemiológicos realizados en Finlandia (Mattila et al, 2007) encuentran prevalencias del 0'25% en relación a criterios DSM-IV-TR y del 0'29% en relación a los criterios CIE-10.

A medida que los profesionales encargados de su diagnóstico se familiaricen con el síndrome probablemente aumentará su uso como categoría de diagnóstico y también aumentarán las cifras relativas a su prevalencia.

La proporción de niños es mayor que la de niñas en todos los estudios realizados sobre el SA. La proporción actual oscila entre 3.8 y 10.5 niños por cada niña (Szatmari et al., 1990).

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Algunas de las características del Síndrome de Asperger coinciden en diversos grados con aquellas de otros diagnósticos clínicos. Por lo tanto, un diagnóstico de Síndrome de Asperger debe diferenciarse de desórdenes tales como personalidad esquizoide, esquizofrenia, desorden obsesivo compulsivo, el Síndrome de Rett y el desorden desintegrativo infantil (Hashimoto O, 2007).

Existe un debate considerable sobre si se debiera o no diferenciar entre el síndrome de Asperger y el autismo que se presenta con alto nivel de funcionamiento (CIT  $\geq$  70). Estudios realizados muestran que, comparado con el Autismo de Alto funcionamiento, los sujetos con SA puntuaban mejor de forma significativa en la parte Verbal, Vocabulario y comprensión, y peor en codificación (Koyama T, 2007).

Las similitudes han sido nombradas entre la definición de Síndrome de Asperger Autismo sin retraso mental, o Autismo de Alto Funcionamiento (AAF). El retraso mental se asocia al Autismo en aproximadamente el 75% de los casos informados, la definición de la DMS-IV admite niños sin retraso mental. No hay ninguna pauta para el diagnóstico, que sea específica y ampliamente aceptada para el diagnóstico del AAF (Gilbert, 1998). AAF puede diagnosticarse apropiadamente cuando se reúnen los criterios para desorden del desorden autista (Asociación Psiquiátrica americana, 1994) y la escala de desarrollo IQ excede el rango de retraso mental. En comparación con el Síndrome de Asperger, el AAF tiene un IQ inferior, con menos diferencias en la función verbal. La

torpeza motora suele ser más característica del Síndrome de Asperger, considerando que los manierismos motores pueden aparecer más en asociación con AAF (Gillberg, Steffenburg, & Schaumann, 1991).

El Síndrome de Asperger también puede distinguirse del AAF por los tempranos patrones de contacto. En la niñez temprana, el Síndrome de Asperger está asociado con una relación adecuada con los miembros familiares (aunque impropia y torpe). En Autismo, la conexión a los familiares muestra modelos más atípicos y marcados por el retiro y el alejamiento (Klin & Volkmar, 1997).

## **CARACTERÍSTICAS**

### **▪ Interacción Social**

Muchas de las personas que sufren de Asperger desean desarrollar amistades e interactuar con sus semejantes, pero carecen de la habilidad para comprender y utilizar las reglas de comportamiento social. Tienen dificultad para utilizar y comprender gestos, juzgar la proximidad de otros y mantener contacto visual, todo lo cual puede impedir el desarrollo de relaciones interpersonales.

El comportamiento social que exhibe la persona que sufre de AS tiende a ser ingenuo y peculiar y sus movimientos tienden a ser torpes. Debido a un interés marcado en uno o dos temas exclusivos, esta persona tiende a hablar sin tomar en consideración el interés o la atención del interlocutor. Aunque la persona con AS hace esfuerzos por interactuar socialmente con otros, su comportamiento peculiar deja a los demás sin saber como responder. Es por esto que a menudo este individuo es mal entendido y puede encontrarse aislado de otros.

### **▪ Lenguaje**

La investigación nos indica que casi el 50% de los niños con el SA (Síndrome de Asperger) tiene un retraso en el desarrollo del lenguaje, pero, normalmente, a la edad de 5 años son capaces de hablar con fluidez, sin embargo, aparecen como personas extrañas porque son menos capaces de desarrollar una conversación natural.

Aunque la adquisición de la fonología y la sintaxis (la pronunciación y la gramática) sigue la misma pauta que la de los otros niños, las diferencias se hallan principalmente en

áreas específicas de la pragmática (cómo utilizar el lenguaje en un contexto social), la semántica (no reconocen que las palabras tienen diferentes significados) y la prosodia (un ritmo o acento inusual).

Los niños hacia la edad de 5 años con SA, no tienen un retraso general del lenguaje pero presentan problemas en ciertas habilidades lingüísticas:

**La pragmática o el arte de la conversación:** el uso del lenguaje en un contexto social. Dificultades que pueden tener: a) pedir perdón o aclaración en una conversación b) manejar errores o incertidumbres c) superar la tendencia a hacer comentarios irrelevantes d) saber cuando no interrumpir. Tendencia a hacer comentarios irrelevantes o hablar e interrumpir sobre el discurso de los demás.

**Interpretación literal:** no percibe con tanta claridad los múltiples significados escondidos e implícitos de las palabras. Esta característica también afecta a la comprensión de frases comunes, metáforas o giros como: ¿se te ha comido la lengua el gato?, se me ha ido el santo al cielo, está en la luna, me estás tomando el pelo, ponte las pilas, le han lavado el cerebro, hincar los codos...

**La prosodia o la melodía del habla:** existe una falta de variación en el ritmo, la entonación y el énfasis. El habla puede tener una cualidad monótona o plana, con cambios extraños.

**Habla pedante** o demasiado formal.

**Un uso idiosincrásico de las palabras:** el niño con SA puede tener la habilidad de inventar neologismos (palabras únicas) o es idiosincrásico y original en su uso del lenguaje.

**Verbalizar pensamientos:** verbalizan sus pensamientos cuando juegan solos o con otros (en la mayoría de los casos los niños cuando empiezan la escuela, aprenden a guardar sus pensamientos para ellos solos).

**Discriminación y distorsión auditiva:** problemas a la hora de fijar el tono de voz cuando hablan varias personas o tener una percepción distorsionada de su discurso.

**Fluidez verbal:** el niño con SA puede hablar demasiado o demasiado poco.

#### ▪ Intereses y Rutinas

Dos características del SA son la tendencia a la fascinación por un interés especial que domina el tiempo y la conversación e imposición de rutinas que debe ser completada por la persona.

Temas típicos de fascinación son los medios de transporte (especialmente trenes y transporte), dinosaurios, objetos electrónicos y la ciencia.

**Intereses especiales:** el componente esencial es la acumulación de objetos o de información. Los intereses en el SA son frecuentemente solitarios, idiosincrásicos y dominan el tiempo y la conversación de la persona.

La gente con el SA tiene frecuentemente dificultad para afrontar las expectativas y pautas cambiantes de la vida diaria. Los intereses tienden a implicar orden, como catalogar información o crear tablas. Los ordenadores suelen ser atractivos porque son lógicos, coherentes y no tienden a ponerse del mal humor.

Una aspiración común el SA es no parecer estúpidos. Una manera de aparentar inteligencia es soltar un monólogo que incluye términos poco familiares al que escucha, relacionados con su interés especial.

Estas aficiones solitarias y repetitivas pueden ser una excelente oportunidad para evitar el estrés asociado al contacto social y para relajarse en la seguridad de la rutina.

**La rutinas:** parece que las rutinas son la solución que encuentran para conseguir tener una vida más predecible, para imponer orden, porque la novedad, el caos y la incertidumbre son intolerables. También actúan como medios para reducir la ansiedad.

La evidencia clínica sugiere que la rutina se hace más dominante y elaborada cuando la persona ha experimentado recientemente cambios en su entorno más cercano, en la

gente clave de su vida, en sus expectativas diarias o cuando muestran signos de ansiedad.

Pero ¿qué se puede hacer para evitar que la rutina sea excesiva? El pequeño puede estar muy determinado, incluso de manera tiránica, a que la rutina no cambie. Los padres deben ser firmes en sus compromisos de luchar contra ella usando algunas alternativas. Ayudará mucho, por ejemplo, que el pequeño aprenda el concepto de tiempo usando relojes, horarios o un diario. Después pueden determinar cuando ocurrirán determinados eventos y la secuencia de actividades del día. La vida para ellos se hace de repente, más predecible.

A medida que la persona madura, la insistencia en la rutina tiende a disminuir, pero los cambios siguen siendo mal tolerados.

#### ▪ **Torpeza Motriz**

Uno de los primeros indicadores de la torpeza motriz es que algunos niños con el SA aprenden a caminar unos meses después de lo que cabría esperar. De muy pequeños puede haber una habilidad limitada en los juegos de pelota, dificultad para aprender a atarse los cordones de los zapatos y una manera extraña de caminar o correr. Cuando va a la escuela el profesor puede estar preocupado por su mala letra o la falta de habilidad en los deportes. En la adolescencia, una pequeña minoría desarrolla tics faciales, esto es, espasmos involuntarios de los músculos de la cara o parpadeo rápido y muecas ocasionales. Todas estas características indican torpeza y alteraciones específicas del movimiento.

¿Qué habilidades pueden verse afectadas?

**Locomoción:** cuando la persona camina o corre, los movimientos parecen desgarrados o tipo “marioneta”. Algunos niños caminan sin el balanceo de brazos característico. La habilidad para nadar suele ser lo menos afectado, por lo que se puede animar a desarrollar tal actividad.

**Habilidades con la pelota:** la habilidad para atrapar o lanzar parece particularmente afectada. Cuando se atrapa una pelota con las dos manos, frecuentemente los movimientos de los brazos están pobremente coordinados y afectados por problemas de

tiempo, esto es, las manos se cierran correctamente pero unas fracciones de tiempo más tarde. La observación clínica también sugiere que el niño tiene una coordinación pobre en su habilidad para dar patadas a un balón, este hecho puede hacer que le excluyan de los juegos más populares del recreo.

**Equilibrio:** incapacidad para poner un pie en frente del otro (caminar en tándem) o estar de pie sobre una pierna con los ojos cerrados.

**Destreza manual:** implica la capacidad de usar ambas manos, por ejemplo: aprender a vestirse, atarse los cordones o comer con utensilios.

**La caligrafía:** el profesor puede pasar bastante tiempo corrigiendo e interpretando los garabatos indescifrables del niño. Éste a su vez, puede darse cuenta de la pobre calidad de su letra y no querer integrarse en actividades que requieran escribir. Los niños con el SA suelen estar muy preparados para el uso de ordenadores y teclados, por lo que una posibilidad puede ser hacer los trabajos mecanografiados, en vez de a mano.

**Movimientos rápidos:** mientras están realizando actividades de coordinación motriz, tales como cortar formas con unas tijeras, una proporción significativa de los niños con SA tiende a ir demasiado aprisa y, con tal apuro, ocurren los fallos. La apariencia es que son demasiado impulsivos, incapaces de enfocar la tarea despacio y con cuidado.

**Articulaciones laxas:** manera inmadura o inusual de asir las cosas (dificultad en sujetar el bolígrafo).

**Ritmo:** cuando dos personas caminan juntas tienden a sincronizar sus movimientos, el niño con SA parece caminar a ritmo de un tambor diferente. La dificultad está a la hora de trabajar con varios ritmos a la vez, como trabajar con varios músicos.

**Imitación de movimientos:** dificultad para sincronizar los movimientos con otra persona, a veces, intentan superar este problema observando los movimientos del cuerpo de otra persona e imitándolos.

## ▪ Cognición

Podríamos definir cognición como el proceso de conocimiento que incluye pensamiento, aprendizaje, memoria e imaginación. Los niños con éste síndrome precisamente tienen dificultades con la habilidad fundamental de “leer la mente”.

**Teoría de la mente:** la gente con el SA parece tener alguna dificultad para conceptuar y apreciar los pensamientos y sentimientos de otra persona. Por ejemplo, pueden no darse cuenta de que algunos de sus comentarios pueden ser ofensivos o avergonzar a los demás de que una disculpa ayudaría a recomponer los sentimientos de la persona agraviada.

**Perfil de habilidades en pruebas de inteligencia:** suelen ser comparativamente buenos en pruebas que requieren un conocimiento de los significados de las palabras, información sobre hechos, aritmética y diseños de bloques.

**Memoria:** los padres frecuentemente destacan la memoria a largo plazo del niño. Mientras una característica del desarrollo normal de los niños es tener dificultades para recordar hechos anteriores al desarrollo del lenguaje, los niños con SA pueden recordar vivamente esa parte de su infancia.

**Flexibilidad del pensamiento:** suelen tener cierta dificultad con la flexibilidad cognitiva, dicho de otra manera, tienen una mente de una sola pista. Su pensamiento tiende a ser rígido y no adaptarse al cambio o a los errores. Puede ser que sólo tengan un enfoque para un problema y necesiten que les enseñen a pensar en alternativas.

**Imaginación:** la observación clínica ha revelado una propensión a llevar a cabo juegos imaginativos, pero, en solitario y queriendo tener el control completo de su propio juego. Los niños más mayores con el SA crean mundos imaginarios, especialmente cuando no pueden entender o ser entendidos en el mundo real, esto puede hacer que desarrollen una vida interior imaginaria y rica, una forma de escape y disfrute agradable. El único

aspecto negativo al que los padres deben estar atentos es que algunos jóvenes con el SA pueden tener dificultades para distinguir la realidad de la ficción de libros y películas.

**Pensamiento visual:** la gente con el SA parece tener un estilo de pensamiento predominantemente visual, basado en imágenes.

#### ▪ **Sensibilidad Sensorial**

Cerca de un 40% de niños con autismo tiene alguna anomalía de la sensibilidad sensorial. Ahora hay evidencias que sugieren que la incidencia puede ser la misma para el síndrome de Asperger (Rimland, 1990). Uno o varios sistemas sensoriales están afectados de manera que las sensaciones ordinarias son percibidas como insoportablemente intensas. La mera anticipación de la experiencia puede conducir a una ansiedad o pánico intenso. Afortunadamente ésta hipersensibilidad suele disminuir a medida que el niño crece.

Las sensibilidades afectadas son normalmente el oído y el tacto, pero en algunos casos están relacionadas con el sabor, la intensidad de la luz, los colores y los aromas. Por el contrario, la persona puede expresar una mínima reacción a niveles de dolor y de temperatura intolerables para los demás.

**Sensibilidad al sonido:** la bibliografía y la observación clínica sugieren que hay tres tipos de sonido que son percibidos como extremadamente intensos: 1) sonidos repentinos o inesperados, tales como el ladrido de un perro, el timbre del teléfono... 2) ruido continuo de tonos altos, especialmente pequeños motores eléctricos de la cocina, baño o jardinería 3) sonidos complejos, confusos o múltiples que ocurren en centros comerciales o reuniones sociales. El nivel de sensibilidad puede llegar a ser extraordinario y dolorosamente intenso para el menor, por lo tanto la falta de atención o la conducta extraña pueden ser una reacción a sonidos que el profesor o los padres consideran insignificantes. Una de las características de la sensibilidad a los sonidos agudos es el grado de variación en la sensibilidad. Algunos días los sonidos son percibidos como demasiado intensos, mientras que otros son molestos pero tolerables.

Es importante que los padres y profesores estén atentos a la sensibilidad auditiva del niño con SA e intenten minimizar los niveles de ruidos repentinos y eviten aquellos que sepan que son percibidos como insoportables. Esto reducirá el nivel de ansiedad de la persona y le permitirá concentrarse y socializarse en mayor grado.

**Sensibilidad táctil:** puede darse una sensibilidad extrema a una particular intensidad de tacto o al tocar determinadas partes del cuerpo. Algunas áreas del cuerpo parecen ser más sensibles que otras, como por ejemplo, el cuero cabelludo, los antebrazos y las palmas de las manos.

**Sensibilidad al sabor y a la textura de la comida:** algunas madres informan que, durante su primera infancia y los años de preescolar, el niño con SA es muy exigente con la comida, afortunadamente la mayoría de los niños que tienen esa sensibilidad la abandonan a medida que crecen, por tanto, es importante no forzarles a comer ni dejarles pasar hambre para hacerles comer una comida más variada.

**Sensibilidad visual:** una característica asociada con el autismo y el SA es la sensibilidad a ciertos niveles de iluminación y colores o una distorsión de la percepción visual. Algunos niños y adultos afirman verse “cegados por la brillantez” y evitan niveles intensos de iluminación.

**Sensibilidad al dolor y a la temperatura:** el niño o el adulto con SA pueden aparecer muy estoicos y no estremecerse ni mostrar ansiedad en respuesta a niveles de dolor que otros considerarían inaceptables. Un aspecto preocupante para los padres es detectar cuando el niños tiene dolor crónico o necesita ayuda médica como en las infecciones del oído o las apendicitis ya que pueden progresar hasta niveles altos sin ser detectadas.

**Sinestesia:** se trata de una rara condición no exclusiva de los niños con SA en la que la persona experimenta una sensación en un sistema sensorial y eso provoca una sensación en otra modalidad sensorial. La expresión común es ver colores cada vez que se oye un sonido determinado.

## ETIOLOGIA

### ▪ Factores genéticos

Hans Asperger consideró que el síndrome descrito por él mismo tenía una etiología genética. Señaló que sus características se manifestaban también en las familias de los pacientes, especialmente en los progenitores de sexo masculino. Wing (1981) observó que 5 de 16 padres y 2 de 24 madres de niños con SA presentaban un comportamiento similar al de los propios pacientes. Gillberg (1989) señaló que los progenitores de sexo masculino de los pacientes mostraban a menudo características clínicas similares a la de sus hijos con SA. Los 28 pacientes con SA que participaron en el estudio de Szatmari et al. (1989) procedían de 26 familias de entre las cuales había una pareja de gemelos monocigóticos y una pareja de hermanos no gemelos. Otro niño con SA tenía un hermano con autismo y retraso mental y otro tenía una hermana con esquizofrenia. Actualmente los indicios de factores genéticos en el SA son sólo sugestivos.

### ▪ Factores neurofisiológicos

En el grupo de 23 niños suecos con SA estudiado por Gillberg (1989), 5 de los 20 niños de sexo masculino evaluados mediante respuestas auditivas de tronco encefálico presentaron un tiempo de transmisión de tronco encefálico (intervalo I-V) prolongado. De los 21 niños evaluados mediante electroencefalografía (EEG), 6 mostraron alteraciones electroencefalográficas en el estado de vigilia.

Godbout et al. (2000) investigaron los patrones del sueño en 8 pacientes con SA y observaron una disminución del tiempo de sueño durante las dos terceras partes iniciales de la noche, un aumento en el número de cambios a sueño con movimientos oculares rápidos (*rapid eye movements* (REM)) desde el estado de vigilia, signos de alteración del sueño REM y disminución de los husos electroencefalográficos del sueño. Se ha propuesto que el cuadro clínico del SA se puede asociar a alteraciones en los sistemas de control del sueño.

### ▪ Factores neuroanatómicos

En el estudio de Gillberg (1989) participaron 18 niños con SA que fueron evaluados mediante tomografía computarizada (TC). De los 18 niños, 3 mostraban atrofia cerebral

leve o moderada (interna, frontal general y occipital). Jones y Kerwin (1990) observaron afectación del lóbulo temporal izquierdo en la TC realizada a un adulto con SA.

Mediante RM funcional (RMf), Baron y cols evaluaron, en pacientes con SA, el funcionamiento cerebral en la circunvolución temporal superior y en las amígdalas, observando alteraciones sugestivas de déficit funcional de la amígdala. Al aplicar la RMf para evaluar el patrón de activación durante la realización de una tarea que conllevaba una serie de consideraciones sociales, 4 de 9 niños con SA no mostraron modificaciones en la intensidad de la señal, mientras que los 8 participantes del grupo control presentaron estas modificaciones (Oktem et al., 2001). En otro estudio, se observó mediante RMf que los pacientes con un trastorno del espectro autista, como el trastorno de asperger, presentaron diferencias significativas respecto a los controles en la actividad de las regiones cerebelosas, mesolímbicas y cortical temporal durante el procesamiento consciente e inconsciente de emociones faciales.

Estudios realizados con tomografía con emisión de positrones (*positron emission tomography* (PET)) en pacientes con SA, se observó que podía estar afectada una región muy bien circunscrita de la corteza prefrontal temporal.

#### ▪ Factores neuropsicológicos

En la investigación de las causas del SA se han utilizado test de la teoría de la mente (capacidad de atribuir estados mentales a otras personas). En los pacientes con SA se han observado déficits poco llamativos en la lectura de la mente de los demás; alteraciones en la coherencia propia; dificultades en la realización del test de historias extrañas de Happe (*Happe's Strange Stories Test*), que permite evaluar la capacidad de interpretar una frase al pie de la letra; alteraciones en la memoria de trabajo espacial; anomalías en la creatividad y la imaginación; tendencia al deterioro del razonamiento lógico a lo largo del tiempo y déficits importantes de tipo cognitivo social.

En un grupo de adultos con SA se observó una alteración de grado moderado en la memoria episódica incluso en pacientes que no mostraban alteraciones en el rendimiento global de reconocimiento (Bowler et al., 2000).

En otro estudio, los niños y adolescentes con SA fueron capaces de reconocer las emociones simples, pero su rendimiento en el reconocimiento de las emociones cuando

los gestos faciales no se correspondían con las palabras expresadas fue escaso, lo que indica que los niños con SA pueden utilizar estrategias de carácter compensador, como la mediación verbal, con objeto de procesar las expresiones faciales de la emoción.

## **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Los objetivos de la terapia individual van encaminados a tratar las emociones y sentimientos asociados con el síndrome de asperger. Las áreas de intervención son las siguientes:

- **Habilidades sociales**

### **1. Entrenamiento en habilidades sociales**

Con el entrenamiento en habilidades sociales se busca conseguir que el niño distinga y comprenda situaciones sociales, así mismo, que reconozca conductas sociales inadecuadas y ensaye situaciones sociales futuras. Todo esto se realiza por medio de sesiones de juego y actuaciones en las que el niño participa activamente.

### **2. Comunicación no verbal y contacto visual**

Se le enseña al niño a reconocer la importancia de la observación y de una correcta comprensión de la comunicación no verbal para entender el contenido de las conversaciones y de las situaciones sociales. A través de juegos el niño aprende cuando y cómo usar el contacto visual.

### **3. El arte de la conversación**

Se busca entrenar al niños en el uso adecuado del lenguaje en contextos sociales, para ello se les explica sobre las conversaciones habituales de apertura y despedida, pedir perdón, manejar errores o incertidumbres, superar la tendencia a realizar comentarios irrelevantes y saber cuando interrumpir. Se interviene con actividades de escenificación, dibujos y construcción de historietas.

- **Intervención a nivel de las emociones**

- 1. Emociones**

Las dificultades en el área emocional que presentan los niños con Síndrome de Asperger se abordan por medio de la exploración de las emociones y su ilustración de las situaciones sociales. Se les enseña a comprender las expresiones emocionales utilizando recursos lúdicos como actuaciones, juegos, reconocimiento de imágenes y dibujos.

Así mismo, las dificultades que presentan en la expresión de sus propias emociones en forma adecuada y socialmente comprendida, se trabajan a través de actividades en las que se les guía para distinguir sus emociones. Se les entrenan en la forma adecuada de expresar las emociones, su intensidad de expresión tanto verbal como no verbal, de manera que socialmente pueda ser comprendida.

- 2. Amistad**

Se le enseña al niño sobre las características de los amigos, los tipos de comportamientos que caracterizan a las relaciones de amistad y sobre las conductas que reflejan ese sentimiento. La realización de dibujos, la construcción de diálogos e historietas, actuación y juego de títeres, son actividades que permiten al niño centrarse en este tema y autoreflexionar sobre su experiencia personal.

- **Intervención a nivel de los pensamientos**

- 1. Flexibilidad del pensamiento**

Se les enseña a pensar en soluciones alternativas ante determinados problemas escolares o familiares y a pedir ayuda cuando insisten en usar la misma solución aunque no le de resultado.

- **Modificación de conducta**

- 1. Conductas obsesivas o ritualistas**

La terapia individual se usa para ayudar al chico a que desarrolle formas para controlar las conductas obsesivas o ritualistas.

## **2. Tolerancia a la frustración en el proceso de enseñanza aprendizaje**

Los niños que presentan el Síndrome de Asperger suelen mostrar niveles bajos de tolerancia a la frustración, unido a las conductas perfeccionistas pueden llevarlo a enfados y conductas disruptivas cuando no consiguen el resultado adecuado en una tarea. Para evitar este tipo de situaciones y favorecer la motivación hacia el aprendizaje se realizan actividades en las que se ofrecen todas las ayudas necesarias para garantizar el éxito en la tarea presentada, eliminando poco a poco las ayudas ofrecidas.

## **3. Ayudar a organizar su tiempo libre, evitando la inactividad o la dedicación excesiva a sus intereses especiales.**

### **FARMACOTERAPIA**

El trastorno de Asperger consiste en síntomas negativos similares a los considerados en la esquizofrenia, autismo, trastorno de la personalidad esquizoide, y trastorno esquizotípico de la personalidad. Se ha investigado si la risperidona, que es eficaz en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, mejoraría tales síntomas observados en el trastorno de Asperger en un ensayo anticipado, abierto.

Trece pacientes masculinos con edades comprendidas entre los 6 a 18 años que fueron diagnosticados con el trastorno de Asperger según los criterios del DSM-IV fueron alistados en un estudio experimental anticipado de 12 semanas, abierto, desde el 13 de marzo de 2002 al 11 de agosto de 2003. Todos los sujetos comenzaron con dosis de 0.25 mg de risperidona dos veces al día. Las dosis fueron aumentando basándose en la indicación clínica y la tolerabilidad. La variable de la eficacia primaria era la Escala para la Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS). Cada marcador del sujeto en la línea de base sirvió como su control. Las medidas de la eficacia secundaria incluyeron la Escala de Síntomas Positivos y Negativos, la Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve, la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, la Escala de Evaluación Global, y una Escala Diagnóstica del síndrome de Asperger modificada.

Los autores encontraron una mejora estadísticamente significativa desde los análisis

desarrollados en la línea de base hasta la última observación llevada adelante (LOCF) así como para los que completaron los análisis 12 semanas ( $N = 9$ ) en nuestra medida primaria del resultado. También se encontraron mejoras estadísticamente significativas en todas las medidas de la eficacia secundaria. Los síntomas de los sujetos mejoraron perceptiblemente después de la risperidona.

## REFERENCIAS

**APA.** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado (DSM-IV-TR). Ed. Masson, 2002.

**Attwood, T.** El síndrome de Asperger, una guía para la familia. Ed. Paidós. 2000.

**Caballo E, Simón MA.** Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Ed. Pirámide, 2004.

**Gillberg C, Gillberg IC.** Asperger syndrome: some epidemiological considerations. A research note. J Child. Psychol Psychiatry 1989; 30: 6318.

**Gillberg C.** Asperger syndrome in 23 Swedish children. Dev Med Child Neurol 1989; 31: 52031.

**Hashimoto O.** Similarities and differences between the behavior of Asperger's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Nippon Rinsho. 2007 Mar;65(3):506-11.

**Jerry M. Wiener, Mina K. Dulcan.** Tratado de psiquiatria de la infancia y adolescencia. Ed. Masson, 2006.

**Koyama T, Tachimori H, Osada H, Takeda T, Kurita H.** Cognitive and symptom profiles in Asperger's syndrome and high-functioning autism. Psychiatry Clin Neurosci. 2007 Feb;61(1):99-104.

**Mattila ML, Kielinen M, Jussila K, Linna SL, Bloigu R, Ebeling H, Moilanen I.** An epidemiological and diagnostic study of asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 May;46(5):636-46

**Rausch JL; Sirota EL; Londino DL. (et.al).** Open-label risperidone for Asperger's disorder: Negative symptom spectrum response.) J Clin Psychiatry. 2005 DIC;66(12):1592-7.

**Rodríguez Sacristán, J.** Psicopatología Infantil básica. Teoría y casos clínicos. Ed. Pirámide. 2002.

**Sally Bloch-Rosen, Ph.D.** Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento y Desórdenes del Espectro Autista. (8 Abril 1999)

[http://webquest.maisathode.com/web\\_apoyo/Documentos/Carateristicas/SA\\_vs\\_autismo.doc](http://webquest.maisathode.com/web_apoyo/Documentos/Carateristicas/SA_vs_autismo.doc)

**Szatmari P, Bremer R, Nagy J.** Asperger syndrome: a review of clinical features. Can J Psychiatry 1989; 34: 55460.