

Síndrome de Asperger: a propósito de un caso con bilingüismo.

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2003; 7(2)

Pedreira Massa, J.L.(1); Asiel Rodríguez, A.(2); Baldor Tudet, I.(3); Rodríguez Piedra, R.(2).

IMSALUD-Servicios Salud Mental, Area 3

Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid)

(1)Psiquiatra infantil CSM. Torrejón de Ardoz (Madrid).

(2)MIR CSM .Torrejón de Ardoz (Madrid).

(3)PIR CSM .Torrejón de Ardoz (Madrid).

E-mail: JLPEDREIRA@terra.es

Introducción

El síndrome de Asperger (SA) es un trastorno discutido en su propia existencia, que nos sitúa en el difícil, impreciso y confuso término de espectro autista, donde se mezclan déficits cognitivos de mayor o menor severidad, con trastornos de lenguaje y difusa sintomatología psicótica en la infancia.

Diferentes estudios sitúan la tasa de prevalencia del SA en rangos comprendidos entre 26-36 por 10.000, con una relación chicos/chicas de 4/1.

El artículo original de Asperger fue publicado en octubre de 1943, aportando la descripción clínica pormenorizada de cuatro casos (Fritz, Harro, Ernst y Hellmuth). Inicialmente los considera dentro de un cuadro que describe como "psicopatía autística", pero aporta una serie de características especiales: un nivel cognitivo comprometido y dirigido a algún tipo de habilidades, unas estereotipias muy determinadas, una dificultad de comunicación y de relación peculiares que puede desembocar en francas reacciones de explosiones agresivas. Sus juegos son repetitivos y carecen de significación simbólica y el proceso de aprendizaje está muy dificultado. Asperger plantea una serie de problemas que, aún hoy en día, guardan toda su vigencia: la dificultad pedagógica, pues parece que pueden adquirir habilidades, pero no consiguen operativizar de forma adecuada dichos aprendizajes, salvo que exista una orientación y supervisión cercanas; los problemas del comportamiento, que pueden oscilar entre aislamiento más relevante hasta una agresividad franca como explosiones ante mínimos estímulos; la dificultad del diagnóstico diferencial, que lo sitúa en una difícil tipologización (hoy diríamos categorización) clínica, al ser claramente diferente de la esquizofrenia (por no tener alucinaciones ni delirio), del autismo (por poseer lenguaje y ser "más inteligentes"), de la psicopatía (porque las alteraciones comportamentales no son constantes).

El mayor problema se presenta a la llegada de la adolescencia, tanto por el bajo rendimiento, las dificultades pedagógicas y de relación social con problemas de comportamiento, la expresión de la sexualidad con dificultades de contención y los problemas del estado de ánimo. De esta suerte, el propio Asperger resume la situación que, con matices, aún tiene su interés y relativa vigencia: "Participa este cuadro de Psicopatía Autística de características descritas en los Esquizotímicos de Kretschmers, de las formas desintegrativas de E.R. Jaensch, del Arqueipo Introverso de Jung, podrían ser una clínica autística, pero sería "Autismo inteligente" (hoy día se les denomina como "autismo de alto rendimiento")...Precisan de una atención continuada por lo que termina siendo un problema central de tipo psicológico, pedagógico y sociológico".

En el caso que expondremos a continuación nos encontramos con un paciente con todos estos ingredientes, donde, debido a lo complejo de la sintomatología, está siendo difícil conseguir un buen abordaje y un adecuado tratamiento.

Descripción clínica

Para la publicación del caso se cuenta con la autorización firmada de la figura materna, por cuestiones éticas se han disimulado los datos de confidencialidad e identificación, sin que ello altere la información clínica.

Se trata de un paciente de 15 años cuando acude a nuestra consulta, remitido por el equipo de orientación escolar

por dificultades de adaptación y aprendizaje. El paciente es natural del Reino Unido y vive actualmente en España. Es el mayor de tres hermanos (una hermana de 13 años y otra hermana de 3 años). Vino a España hace 3 años, tras el divorcio de sus padres. Su padre se quedó en el RU. En España, su madre ha trabajado como secretaria de dirección, en la actualidad se encuentra en paro.

Había tenido un parto y un desarrollo psicomotor normal hasta los 18 meses, en esa edad sus padres notan que el niño no consigue ni balbucear ni decir ninguna palabra. Inicialmente esta situación se interpretó como un problema de audición debido a que presentaba otitis de repetición, siendo tratado con un drenaje timpánico, según protocolo habitual. Una vez normalizada esta situación persistieron las dificultades del lenguaje, por lo que se inició tratamiento logopédico, manteniéndose dichas dificultades hasta los 5-6 años.

Otra de las dificultades que empezaron a observar sus padres, a partir de los 18 meses, fue una gran inquietud psicomotriz que dificultaba el manejo del niño cuando se encontraba en ambientes extraños al domicilio familiar.

A la hora de iniciar la escolarización con 3 años, se objetivaron alteraciones de concentración, hiperactividad, y dificultades de interacción con otros compañeros. Observaron en la escuela conductas extrañas y bizarras, como apagar y encender interruptores de la luz sin ningún fin o cerrar y abrir puertas sin ningún objetivo preciso. Todas estas alteraciones dificultaron mucho su adaptación escolar, por lo que existieron múltiples cambios de colegio, incluso durante uno o dos años su madre decidió integrarse en un programa de escolarización a domicilio haciéndose ella misma cargo del aprendizaje, dado su buen nivel cultural.

A los 7-8 años empezó a realizar un ruido con la boca que sus padres describen como "una burda imitación de una sirena", mostrando un gran interés por los cerrojos y las llaves (su regalo preferido solía ser un candado), afición que se ha ido trasformando hasta el hecho de que su actividad preferida haya sido arreglar mecanismo eléctricos.

A los 12 años se traslada a vivir a España, donde en pocos meses consigue aprender castellano, manteniéndose las dificultades para la escolarización, en los tres años ha cambiado 5 veces de colegio. No consigue un rendimiento académico adecuado y persisten dificultades en la relación social. Continúa mostrando interés por las llaves (se ha hecho con gran cantidad de llaves del edificio donde vive -sótanos, garaje, jardín-) y la reparación de objetos eléctricos. Tiene dificultades en las relaciones con sus hermanas y se muestra muy intolerante con los ruidos. En la actualidad se mantienen las dificultades de escolarización, ha estado en 5 colegios, ha iniciado la ESO en un instituto público con malos resultados académicos y problemas de adaptación social (ha estado involucrado en varias peleas, que no habían sido iniciadas directamente por él), se buscan unidades pedagógicas especiales (aula de informática), pero tampoco se adapta a este tipo de enseñanzas.

Antecedentes familiares: primo materno con trastornos de conducta, sin poder filiar con exactitud.

Antecedentes personales:

Embarazo:

En el curso del segundo trimestre de gestación, la madre padeció un proceso diagnosticado como pielonefritis, que fue tratado con antibioterapia.

Durante el tercer trimestre de gestación, se diagnosticó a la madre de una preeclampsia, requiriendo ingreso durante las tres semanas previa al parto.

Parto:

A término, vaginal. Tuvo un APGAR al nacer de 9 y un PN de 3.000 grs.

Alimentación:

Lactancia materna durante el primer año.

Buena adaptación a los cambios alimenticios.

Enfermedades primera infancia:

Durante los primeros meses se detectaron quistes branquiales bilaterales que se reabsorbieron espontáneamente sin tratamiento.

Otitis de repetición, con adenoidectomía y drenaje timpánico.

Desarrollo psicomotor:

Sedestación: 6 meses

Deambulación: 12 meses

Lenguaje: 4 años
Control de esfínteres: 31/2 años
Lateralidad: diestro

Exploración:

La primera exploración psicopatológica de la que tenemos constancia fue realizada en el año 1997 en el Maudsley Hospital de Londres por el equipo dirigido por el Dr. Bailey (cuando el paciente tenía 9 años). Se utilizaron los instrumentos que describimos a continuación, con un resumen de sus resultados, por el alto interés que supone:

Entrevista de diagnóstico de autismo:

Comunicación: Destaca las dificultades a la hora de imitar roles sociales y que, en ocasiones, hace referencia a cosas irrelevantes o hace intervenciones en momentos inadecuados. En cambio no se han objetivado dificultades para realizar gestos convencionales ni para iniciar o mantener una conversación sencilla e incluso muestra cierto sentido del humor.

Interacción social y juegos: Desde la primera infancia ha presentado dificultades en la interacción social y para entender las convenciones sociales, mostrando respuestas sociales inapropiadas.

Intereses y conducta: muestra un gran interés en llaves, candados y sistemas eléctricos. En cambio no se han observado rituales verbales ni compulsivos. Realiza ruidos que mantiene durante un tiempo y luego desaparecen.

Examen mental: (Mental State Examination) durante la exploración se observó que realizaba algunos gestos faciales espontáneos, guiño de ojos además de movimientos con las manos cuando hablaba. Mostraba una expresión facial inadecuada sin capacidad para realizar cambios en función de la conversación, aunque su cara se animaba cuando le preguntaba por sus intereses. Cuando se le pidió mostrar sus manos al examinador se hizo evidente un movimiento coreico.

"Autism Diagnostic observation schedule":

El paciente era capaz de realizar y responder preguntas, pero mostraba dificultad para mantener o iniciar una conversación, cuando lo realiza se muestra tangencial, cambiando rápidamente de tema o dando excesivos detalles. Parecía gustarle estar con otros, sonriente durante la entrevista, su expresión facial solía ser adecuada aunque mostraba dificultades para realizar cambios sutiles en función de la conversación. Muestra tendencia a evitar la mirada en algunos momentos de la conversación. Se mostraba interesado cuando se le mostraban objetos pero evitaba seguir o inventar una historia. Al explicarle una historia se quedaba con partes concretas obviando otras. En general, era fácil atraer su atención pero costaba mantenerla.

Test psicométricos:

CI de 65(escala verbal 75 y manipulativa de 65).

Tratamiento actual:

Se ha intentado re-escolarizar, tras múltiples dificultades se ha conseguido un Colegio público dispuesto a elaborar un módulo pedagógico adaptado, pero sólo ha sido hace 2 meses.

Apoyo madre-hijo, entrevistas regladas para abordar aspectos concretos y buscar vías de salida adaptadas.

Se ha introducido tratamiento farmacológico: Risperidona a dosis de 3 mgrs/día en dosis única, desde hace seis meses. La tolerancia ha sido buena. Durante este periodo como única acción colateral y efecto secundario, ha sido un aumento del apetito, controlado de forma adecuada. Las descargas agresivas y de hiperquinesia o agitación psicomotora han desaparecido.

Discusión

El paciente fue diagnosticado de un trastorno de Asperger (SA), aunque este diagnóstico, centrado en un problema generalizado del desarrollo, siempre es difícil debido a la gran variabilidad cuantitativa y cualitativa que se expresa en las diferentes descripciones clínicas consultadas en la bibliografía.

Clasificación

El SA se incluye por primera vez en una clasificación en el CIE-10 (1992) y, posteriormente, en el DSM-IV (1994), a pesar de que las primeras descripciones realizadas por Asperger datan de los años 40.(Aperger, 1943) La descripción realizada por el autor se centran en los siguientes aspectos. (Dickerson Mayes, 2001):

- dificultades en la interacción social
- alteraciones de la comunicación
- intereses y conductas repetitivas
- nivel intelectual variable

Asperger y espectro autista

De los criterios DSM-IV (persisten en el DSM-IV-TR), sorprende que apenas existe diferencia en la descripción de las alteraciones en las relaciones respecto al trastorno autista clásico. Por otra parte, se obvian las alteraciones en la comunicación, en el desarrollo cognitivo y en el lenguaje.

En cambio, los criterios diagnósticos realizados por diversos autores, como Gillberg o Satmari, a partir de estudios clínicos, sí recogen las peculiaridades en la comunicación y en lenguaje (Ehlers 1993), características muy significativas para entender las dificultades y la problemática de nuestro paciente (Tabla I).

DSM IV	Criterios de Gillberg	CIE 10
Alteración cualitativa de la interacción social	Deficiencias sociales con egocentrismo extremo.	Déficit cualitativo de la interacción social
Patrones de comportamiento, interés y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados	Interés y preocupaciones limitados	Presencia de un repertorio restringido, estereotipado de actividades
Deterioro clínicamente significativo	Rutinas y rituales repetitivos	
No hay retraso general del lenguaje	Peculiaridades del habla y lenguaje	No déficit del lenguaje
No hay retraso del desarrollo cognoscitivo	Problemas de comunicación no verbal	No deficit cognoscitivo
No criterios de otros trastorno generalizado del desarrollo.	Torpeza motora (puede faltar)	Torpeza motora

Tabla 1 Clasificaciones del diagnóstico de síndrome de Asperger

Respecto a la alteración del lenguaje, en nuestro caso contrasta el retraso inicial (no consigue hablar hasta los 4-5 años) que recuerda a las descripciones de los autismos clásicos, frente a su posterior capacidad en convertirse en bilingüe, adquiriendo su segundo idioma a los 11 años.

Según el diagnostico DSM-IV, en el SA no debe existir un retraso clínicamente significativo en el lenguaje, pero según explican muchos autores, la ausencia de alteraciones, debe interpretarse respecto a aspectos formales. No todos los autores aceptan este criterio (Jolliffe, 2000). En cambio la mayoría de los trabajos pone en evidencia la afectación respecto a aspectos pragmáticos o comunicativos. Incluso, algunos estudios observan las diferencias existentes entre SA con retraso en la adquisición del lenguaje y los que no lo presentan, sin encontrar claras diferencias en la evolución posterior del cuadro. En nuestro paciente, a pesar del conocimiento y buen manejo de ambas lenguas, se mantienen importantes dificultades en la interacción y en la comunicación social.

Algunos autores denominan esta dificultad como trastorno semántico-pragmático (Artiaga, 1999), es decir, se conjugan las alteraciones lingüísticas con la alteración social, sustentada en una dificultad para interpretar el pensamiento del otro. Una consecuencia, a tener en cuenta a la hora de entender este déficit, es la falta de habilidades de sociales.

Otro de los aspectos más relevantes de la sintomatología del SA, que lo acerca al autismo, son las alteraciones en áreas de especial interés, es decir, la tendencia a centrar su actividad en un foco concreto. En el caso de nuestro paciente sería la utilización de llaves, candados y su especial habilidad en la reparación de objetos eléctricos. La diferencia con el cuadro autista más clásico, es que el interés suele ser por objetos o incluso por una parte de

ellos.

Probablemente, el diagnóstico diferencial a realizar sería con el autismo de alto rendimiento (HFA). Algunos autores basan las diferencias en el CI (en el SA suele ser mejor en la escala verbal) y en las dificultades en la interacción social, sobre todo para HFA. Existen otros trabajos donde ambos trastornos se han hecho sinónimos ya que sus diferencias, más de tipo cualitativo, son difíciles de medir.

Otros síntomas presentes en el caso descrito, es la presencia de rituales, conductas repetitivas y tics que nos hacen pensar en hacer el diagnóstico diferencial de un trastorno obsesivo-compulsivo o un Gilles de la Tourette, pero ni las características de las conductas repetitivas (que en este caso contribuyen a aislarle y, en cierta medida, calmarle) ni de los tics (no podríamos diferenciar entre tic o estereotipia de cierta bizarría en este caso, ausencia de tic fonéticos y de otros signos peculiares y específicos de los Gilles de la Tourette).

Asperger y espectro psicótico

Si intentamos analizar el SA desde lo psicótico, comprobaremos que presenta diversos puntos en común. Ya, desde una definición teórica de la psicosis o desde una perspectiva psicoanalítica, se podría decir que se trata de un trastorno en el cual el lenguaje no adquiere su capacidad simbólica. Diversos autores incluyen el trastorno autista como un tipo de psicosis infantil de la primera infancia, aunque hoy se encuentre en discusión esta inclusión, no es menos cierto que tampoco existen razones muy consistentes para decir que no sea, cuanto menos, un perfil evolutivo posible para estos cuadros.

A través de diferentes estudios, se han podido ir distinguiendo una serie de signos de alarma que nos hace estar expectantes ante un posible cuadro psicótico. Entre los más significativos destacaríamos:

- Trastornos psicomotores y del tono.
- Carácter peculiar de la mirada.
- Reacción ante el espejo alterada.
- Ausencia o alteración cualitativa y/o temporal de los objetos transicionales.
- Presencia de estereotipias
- Alteraciones estructurales del lenguaje
- Fobias masivas
- Ausencia y alteración del juego simbólico.

Aunque lo descrito son solo signos, nos deben aportar elementos para el seguimiento y su evolución clínica cercana, no son patognomónicos pero es importante vigilar su asociación y persistencia en el tiempo. Si reflexionamos sobre nuestro paciente, muchos de éstos están presentes, aunque no existen delirios ni alucinaciones en sentido estricto. En cambio su funcionamiento, sí nos recuerda a un trastorno psicótico (con aislamiento social, dificultades en la relación familiar, retraimiento, dificultades para mantener actividad).

Conclusiones

Como hemos expuesto, el SA, tiene puntos de contacto con diversos trastornos pero, simultáneamente, su idiosincrasia le ha hecho adquirir un peso como entidad independiente, siendo incluido tanto en el DSM IV como en la CIE-10.

Además de sus dificultades para el diagnóstico, los pacientes con SA tienen grandes dificultades por su propia clínica en adaptarse al medio. Su nivel cognitivo les permite en teoría formarse en una escuela normalizada pero su dificultad para la interacción social hace que aparezcan trastornos de conducta, aislamiento, malas relaciones sociales, empeorando sus posibilidades de formación.

Algunos autores consideran que el 30-50% de los SA adultos no han sido diagnosticados y suelen ser considerados por los otros "simplemente distintos" o excéntricos. A estos datos, en el caso que aportamos, sumamos otra dificultad y curiosidad clínica: consigue ser bilingüe, dato más para sumar a la discusión clínica de este curioso síndrome.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM IV), 4th e. Washinton D.C.: American psychiatric association.

- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM IV TR). Washinton D.C.: American Psychiatric Association.
- Artigas, J.(1999).El lenguaje en los trastornos autistas. Rev. Neurol, 28, (2), 118-123.
- Asperger, H. (1944): Die "Autistischen Psychopathen" in Kindesalter. Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117, 76-136.
- Dickerson Mayes, S.; Calhoum, SL. & Crites, DL. (2001): Does DSM-IV Asperger´s disorder exist? Journal of abnormal Child Psychology, 29 (3), 263-271.
- Ehlers, S. & Gillberg, C. (1993): The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. J Child Psychology and Psychiatry, 34, (8), 1327-1350.
- Gillberg, C.(1998): Asperger Syndrome and high-functioning autism. British Journal of Psychiatry, 172,200-209.
- Jolliffe,T. & Baron-Cohen,S. (2000):Linguistic processing in high-functioning adults with autism or Asperger´s syndrome. Is global coherence impaired? Psychological Medicine, 30, 1169-1187.
- Remschmidt, H. (Edt.) (2001): Schizophrenia in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomás, J. (Edt.) (2003): El espectrum autista, evaluación, diagnostico, neurobiología y tratamiento del autismo. Barcelona: Editorial Laertes.
- World Health Organization (1992): International Classification of diseases and related health problems (ICD 10) (10th edn). Geneva: World Health Organization.

Agradecimientos: Dr. Bailey y su equipo, por la exploración realizada que ha sido de gran ayuda a la hora de plantear el estudio de este caso.