

VISIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DEL SÍNDROME DE ASPERGER VS AUTISMO

Liliana Salgado Berrío. Bs. SLP*
Distrito Escolar Cleburne Texas

El síndrome de Asperger conocido como un desorden neurobiológico y que lleva su nombre gracias al Doctor Hans Asperger quien publicó las primeras descripciones de los patrones comportamentales observados en diferentes niños con características de desarrollo cognitivo y de lenguaje normales, pero que exhibieron algún tipo de comportamiento autista marcados por la deficiencias en el área de la habilidades de interacción social y comunicativa. A pesar de que los hallazgos iniciales de dicho síndrome fueron descritos en 1944 por el Dr. Asperger, gracias al primer caso identificado en 1940, fue hasta 1994 que el Síndrome de Asperger AsDs (Asperger syndrome) fue incluido en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV), y solo recientemente ha sido reconocido en el ámbito profesional. Actualmente, Cerca de 36 a 10,000 personas son diagnosticadas con AsDs.

El AsDs se cataloga como Síndrome porque sus causas son aun desconocidas; por definición, aquellas personas con AsDs presentan un coeficiente intelectual normal o por lo menos dentro de los rangos normales; aunque algunos niños pueden presentar CI en los rangos superiores. Muchos niños exhiben habilidades excepcionales en áreas específicas del aprendizaje. Debido a su alto grado de funcionalidad aquellos con AsDs generalmente son vistos por su grupo social como egocéntricos y pueden ser fácilmente víctimas de burla, y aislamiento social; mientras que el desarrollo del lenguaje aparentemente parece nor-

mal, frecuentemente los niños con AsDs presentan déficits en el área Pragmática y en el aspecto prosódico del habla.

En el área pragmática los niños con AsDs presentan considerables dificultades en el manejo de las reglas conversacionales tales como: la toma de turnos, el manejo del tópico y la intención comunicativa, se evidencia además, poca destreza para adecuar el estilo de acuerdo a las características de su par comunicativo, así como la falta de juicio para determinar la cantidad de información que el interlocutor posee con el fin de ajustar la cantidad de información dentro del intercambio comunicativo (Máximas comunicativas).

En el aspecto prosódico del habla se evidencian dificultades para ajustar la entonación, el tono de voz y la velocidad del lenguaje (como código). Adicionalmente, fallas en el énfasis del habla a través de las características prosódicas y gramaticales del lenguaje que tienen relación con la carga social tales como: signos de puntuación, interrogación, exclamación, entre otros. Los niños o personas con AsDs presentan dificultades en el reconocimiento de verbos, sustantivos y el tipo de frases; exclamativas, interrogativas, etc. De igual manera las personas con AsDs no reconocen fácilmente las diferentes tonalidades que interlocutor utiliza para dar énfasis social o emocional al intercambio comunicativo. Uno de los

* Fonoaudióloga.

síntomas más evidentes en una persona con AsDs es la carencia del manejo de las habilidades supra lingüísticas del contenido y forma del lenguaje.

Un usuario con AsDs no puede determinar con facilidad cuando una persona utiliza el lenguaje de una manera sarcástica o satírica, tampoco pueden reconocer la parte humorística, inferente y figurativa del lenguaje hablado. Por consiguiente, la mayoría de los niños con AsDs son extremadamente literales y tienen problemas cuando utilizan el lenguaje en un contexto social. Adicionalmente, las personas con AsDs presentan dificultades para inferir una palabra desconocida dentro de un contexto determinado. Actualmente existe gran controversia en cuanto al lugar en donde se debe inscribir dicho Síndrome con relación al Autismo. Muchos autores describen el AsDs como un tipo de Autismo con un alto grado de funcionalidad, mientras que otros lo describen como un desorden no verbal del aprendizaje.

Gracias a que este síndrome comparte similitudes con otros de su especie, en la actualidad existen casos que inicialmente fueron diagnosticados como ADHD (Déficit de atención e hiperactividad) y que actualmente han sido re-evaluados y diagnosticados con el Síndrome de Aspergers o Síndrome de Asperger combinado con Autismo de alta funcionalidad.

Cabe recordar que el autismo se caracteriza principalmente por la incapacidad de desarrollar relaciones e interacciones normales con otros niños, es de resaltar que los síntomas varían significativamente y no siguen un patrón general y no todos los síntomas que describen el desorden, están presentes en todos los niños autistas. Durante los primeros meses de vida, un niño autista puede presentar un desarrollo normal hasta el momento en que comienza a mostrarse cada vez más apático y poco responsivo ante los estímulos externos y a las interacciones con su entorno familiar. Se manifiesta la dificultades de alimentarse o de ir voluntariamente al baño, de no sonreír ante personas familiares o estímulos externos y la resistencia a ser abrazados o cargados afectuosamente.

Las habilidades comunicativas verbales y no verbales tales como el lenguaje se desarrollan peculiarmente y los síntomas pueden ir desde el mutismo total y prolongado o, pasar a manejar un lenguaje ecológico y persistente. Cuando el lenguaje está presente es por lo general poco concreto, carente de imaginación, inmaduro y poco creativo. Otro de los síntomas notorios en el Autismo es la extremada resistencia al cambio. Los niños Autistas tienen una tendencia particular a establecer y mantener hábitos y rutinas de comportamiento en ambientes específicos. Se evidencian rituales en actividades lúdicas; se oponen al cambio de los objetos a su alrededor como los muebles en la casa, o los juguetes y pueden volverse obsesivos en un tema en particular.

Uno de los síntomas más evidentes en el Autismo es la presencia de comportamientos como aplaudir constantemente, batir los brazos, caminar en punta de pies, mecerse constantemente, llorar incontroladamente, extrañas posturas corporales, comportamientos impredecibles e hiperactividad. Los niños Autistas no discriminan situaciones riesgosas, por ello están en constante peligro cuando no se encuentran bajo la supervisión de un adulto.

Muchos de estos síntomas en los niños autistas se encuentran de igual manera presentes en los niños con AsDs. Sin embargo, el DSM IV los describe en mas detalle y afirma que cualitativamente el Síndrome de Aspergers se considera un desorden en las áreas de interacción social como patrones estereotipados del comportamiento y demás manifestaciones en actividades cotidianas y con causas clínicamente diagnosticadas que imposibilitan el desarrollo normal del individuo en la comunidad.

Con relación al área de Interacción social, manifiesta por lo menos dos de las siguientes características: 1) Una marcada incapacidad para utilizar múltiples comportamientos no verbales como: seguimiento visual o permanencia visual del objeto o personas, expresiones faciales, posturas corporales o el manejo de gestos que regulan la interacción social. 2) Fracaso en el

desarrollo de la interacción con su grupo social. 3) Imposibilidad para demostrar estados de ánimo placenteros, así como el compartir con otros sus logros e intereses particulares a través del señalamiento de objetos a su alrededor. 4) Carencia total de expresiones sociales y afectivas recíprocamente con su entorno socio-afectivo.

Con respecto al área de los patrones estereotipados del comportamiento y demás manifestaciones en actividades cotidianas, presenta al menos uno de los siguientes aspectos: 1) Patrones de intereses estereotipados y anormales en intensidad y frecuencia como por ejemplo la obsesión en un tópico específico. 2) Inflexibilidad inminente ante rutinas o rituales no-funcionales. 3) Batir los brazos, caminar en punta de pies, mecerse constantemente, llorar incontroladamente, extrañas posturas corporales, comportamiento impredecible e hiperactividad. 3) Persistente preocupación por partes determinadas de un objeto como por ejemplo (las ruedas de un carro).

Al respecto de las causas clínicamente diagnosticadas que imposibilitan el desarrollo normal del individuo en la comunidad no se evidencian retrasos clínicamente diagnosticados en el desarrollo del lenguaje e. g. , (el uso de la primera palabra a los dos años de edad y el uso de frases con intención comunicativa a los 3 años de edad) se caracteriza por: 1) No se evidencian retrasos clínicamente diagnosticados en el desarrollo del coeficiente intelectual o en desarrollo de las habilidades de auto cuidado comportamientos adaptativos (excepto en la interacción social), y la curiosidad acerca del medio ambiente en las etapas de la primera infancia. 2) Estos criterios no se cumplen específicamente en el cuadro clínico de la Esquizofrenia Infantil.

A pesar de que el criterio del DSM IV en cuanto al desarrollo del lenguaje y de acuerdo al Milestone (Características de desarrollo normales de acuerdo a la edad cronológica de cada niño en las áreas del lenguaje, cognición, motriz, social y emocional) no se evidencian retrasos clínicamente diagnosticados en

el desarrollo del lenguaje, los niños con AsDs incluso pueden demostrar excepcionales usos del lenguaje o Hiperlexia.

Existe poca evidencia escrita acerca del este tema, pero algunos investigadores han utilizado el termino Hiperlexia para describir el Síndrome que incluye aquellos niños que aprenden a leer antes de los cinco años de edad con muy poco entrenamiento pero que presentan desordenes del lenguaje que se manifiestan en las relaciones sociales con otros. Cohen (1987) propone que el primordial y esencial déficit cognitivo en estos niños incluye una dificultad severa en la habilidad para comprender el lenguaje bien sea escrito o hablado, al contrario de lo que sucede en una dislexia, que implica únicamente el reconocimiento y la comprensión del lenguaje lectov-escrito.

Algunas similitudes se han descrito en el desarrollo de la Afasia. Richman y Kitchell (1982) describieron estos niños con habilidades superiores de memoria visual y auditiva, pero demuestran tener mejor memoria en palabras aisladas que dentro de un contexto específico. Estos niños tienen problemas a nivel de categorizaciones y asociaciones y no discriminan las señales sintácticas y semánticas de su entorno. Parece ser que perciben y almacenan partes aisladas de información que posteriormente son incapaces de integrar y organizar de una manera lógica y coherente.

La Hiperlexia es un síndrome en el que se observan las siguientes características: 1) Una precoz habilidad para leer palabras y números con interés y fascinación por fuera de los límites de lo esperado para su edad cronológica. 2) Evidente dificultad para analizar el lenguaje verbal y 3) Anormalidad en las habilidades sociales de interacción con su grupo social.

Adicionalmente algunos niños hiperléxicos pueden exhibir las siguientes características: 1) Aprenden el lenguaje expresivo de una manera particular memorizando estructuras gramaticales específicas sin real-

mente comprender lo que significa. 2) Uso incorrectos de pronombres. 3) Raramente inician una conversación. 4) Intensa necesidad de mantener rutinas, dificultades de transición en rituales de comportamiento. 5) Sensibilidad extremada en los sentidos olfatorio, táctil, visual o auditivo. 6) Comportamientos propios de estimulación: (batir brazos, aplaudir mecerse) constantemente. 7) Temores inusuales, 8) Desarrollo normal hasta los 24 meses de edad, después se evidencia una regresión en las áreas del desarrollo del Milestone. 9) Gran memoria visual y auditiva. 11) Dificultad en responder preguntas. 12) Pensamiento literal y concreto con dificultad con conceptos abstractos. 13) A simple vista parecen sordos, pero realmente presentan un desorden de procesamiento central del lenguaje manifiesto en la imposibilidad de analizar y procesar perceptualmente los estímulos auditivos, (concretamente del lenguaje como código) (ASHA 1996; Bellis, 2003).

Finalmente, el abordaje fonoaudiológico del AsDs debe incluir actividades para fortalecer las habilidades en las áreas de lenguaje receptivo y expresivo a nivel semántico, sintáctico y pragmático, así como actividades para mejorar el aspecto prosódico del habla y del procesamiento central del lenguaje.

El apoyo psicológico a través de psicoterapia ayuda al grupo familiar para el manejo de las relaciones intrafamiliares. Tratamiento psicológico con enfoque comportamental a través del entrenamiento en las habilidades sociales, comunitarias e intervenciones en el ámbito escolar que incluyan modificaciones de tipo académico si el niño atiende un modelo educativo de Inclusión.

En países como Estados Unidos y Europa la Intervención psicofarmacológica incluye manejo farmacológico para cada uno de los síntomas del síndrome tales como: a) Para la hiperactividad, inatención y compulsividad: Psicoestimulantes tales como methyphenidate, dextroamphetamine, metamphetamine, clonidine, Tricyclic, b) Antidepresivos tales como: desipramine, nortriptyline, Strattera (atomoxetine), c)

Para síntomas de irritabilidad y agresión: (valproate, carbamazepine, lithium), Beta Bloqueadores (nadolol, propranolol), clonidine, naltrexone, Neurolepticos (risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, haloperidol) d) Para rituales de comportamiento compulsiones y depresión: (fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine), Tricyclic (clomipramine) e) Para los síntomas de la ansiedad y depresión: SSRIs (sertraline, fluoxetine), Tricyclic. f) Antidepresivos (imipramine, clomipramine, nortriptyline).

REFERENCIAS

- Dewey, M.A., Everard, M.P. (1974). The Near Normal Autistic Adolescent. En: *The Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, New York, Plenum Press. Vol. 4, No. 4.
- Gilliam, J., Thomas, C. Charles (1981). The High Level Autistic. Parent's Views and Concerns. *Autism, Diagnosis, Instruction*. En: *Management and Research*. ed. Springfield Illinois, p. 230-237.
- Gillberg, C. Asperger Syndrome - Some Epidemiological Considerations: A Research Note. En: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 30, No.4, p. 631-638.
- Gillberg, C. Asperger syndrome in 23 Swedish Children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, Vol. 31, p. 520-531.
- Gillberg, C. Outcome in Autism and Autistic Like Conditions. En: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 30, No. 3, p. 375-382.
- Kirby, Barbara L. (2005) The Oasis guide to Asperger Syndrome en Oasis web site. [Http://www.aspergersyndrome.org](http://www.aspergersyndrome.org)
- Pomeroy, J. C. et al. Autism and Asperger's Syndrome: Same or Different? En: *Journal of the*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 30, No.1, p. 153-153.

Richarky,G, Carruthers, A., Mitchell, M., Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol.21, No.3, p. 341-348.

Shea, V. & Mesibov, G. Brief Report: The Relationship of Learning Disabilities and Higher-Level Autism. En: Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 15, No. 4, p. 425-436.

Shields, J. Semantic Pragmatic Disorder: A right hemisphere syndrome? En: British Journal of Disorders of Communication, Vol. 26, p. 383-392.

Szatmari, P.(1992). Asperger's Syndrome. En: Current Opinion in Pediatrics. Vol. 4, p. 616-622.

Tantam, D. Annotation: Asperger's Syndrome. En: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 20, No. 3, p. 245-252.