

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección Psicología

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Trabajo Fin de Grado

Síndrome de Asperger: Revisión del Concepto y Desarrollo Evolutivo



Alumno: **Daniel Estaña Malaret**

Tutor: **Dr. Pablo García Medina**

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Área de Conocimiento: **Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos**

Fecha: **junio 2017**

Índice

Resumen / Abstract	Pág.: 3
Palabras Clave.....	Pág.: 4
Origen y Evolución del Concepto Asperger	Pág.: 5
Etapa previa al DSM-I	Pág.: 5
Etapa posterior al DSM-I.....	Pág.: 7
Diagnóstico Diferencial	Pág.: 10
Desarrollo Evolutivo	Pág.: 12
En función de los síntomas	Pág.: 12
En función de la etapa evolutiva.....	Pág.: 13
Asperger en la infancia	Pág.: 14
Asperger en la adolescencia.....	Pág.: 15
Asperger en la edad adulta.....	Pág.: 16
Conclusiones	Pág.: 18
Referencias.....	Pág.: 20

Resumen

El síndrome de asperger, con cerca de un siglo de investigación y literatura, es un trastorno psicológico que ha sufrido y sufre continuamente cambios en su conceptualización, interpretación, diagnóstico y, por consiguiente, en los diferentes tratamientos que conviene aplicar.

Se trata en esta revisión teórica de clarificar los distintos componentes que dan forma al concepto en su noción teórica, así como de detallar las variadas interpretaciones que desde las diferentes versiones de los manuales diagnósticos se han venido planteando. Se presenta también el diagnóstico diferencial del trastorno con el objetivo de remarcar su importancia y la necesidad de seguir existiendo como una dimensión patológica fuera de los trastornos del espectro autista. Se busca poner de manifiesto los inconvenientes que se desprenden de la extrema simplificación que, en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5[®] se hace del trastorno. Se plantean dificultades como la complejidad de un diagnóstico eficiente y eficaz, la pérdida de representatividad como entidad patológica en sí misma y las obligadas reinterpretaciones que la sociedad afectada o interesada debe hacer continuamente. Así mismo se hace una exposición del desarrollo del trastorno en dos vertientes. Por un lado, atendiendo a la evolución de los síntomas asociados al propio síndrome y por otro en base al desarrollo evolutivo de las personas que lo padecen.

Abstract

Asperger's syndrome, with almost a century of research and literature, is a psychological disorder that has continually changed in its conceptualization, interpretation, diagnosis and therefore in the different treatments that must be applied. This theoretical revision is a try to show the different parts that construct the term in its theoretical conception, as well as to describe the varied interpretations that have been proposed from the different diagnostic manuals. The differential diagnosis of the disorder is also presented with the aim of highlighting its importance and the need to continue to exist as a pathological dimension outside autistic spectrum disorders. It is intended to highlight the disadvantages that arise from the extreme simplification that is made of the disorder in the latest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5[®], such as the complexity of an efficient and effective diagnosis, the loss of representativeness as a pathological entity in itself and the forced reinterpretations that the affected or interested society must do continuously. At the same time an exposition of the development of the disorder in two ways

is presented. On the one hand, studying the evolution of symptoms associated with the syndrome itself, and on the other, based on the evolutionary development of the people who suffer from it.

Palabras Clave: Trastorno Asperger, diagnóstico diferencial, DSM-IV-TR, DSM-5, TEA, evolución de los síntomas.

Keywords: Asperger's syndrome, differential diagnosis, DSM-IV-TR, DSM-5, ASD, Symptoms evolution.

Origen y Evolución del concepto Asperger

Etapa previa al DSM-I

La primera vez que se detecta el término autismo en el contexto de la psicopatología, es en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* redactada por Eugen Bleuler (1857–1939) para el Tratado de Psiquiatría dirigido por Gustav Aschaffenburg (1866–1944) y publicado en Viena en 1911. Bleuler trabaja con el término *Dementia praecox*, un trastorno definido por Emil Kraepelin (1856–1926), que daba como resultado un estado terminal de empobrecimiento intelectual, así como síntomas fundamentales especialmente el autismo o autismo. “Este término, creado por Bleuler, tiene una etimología griega "autos" que significa "sí mismo" opuesto a "otro". El autismo está caracterizado según él por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegándose a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás que de allí resulta” (Garrabé de Lara, 2012).

Posteriormente, en 1943 el doctor Leo Kanner identificó por vez primera el autismo cuando describió las características conductuales de 11 niños que eran significativamente diferentes de otros niños vistos en el ámbito de la clínica infantil. Estos niños compartían de manera especial una serie de características conductuales que los hacían extraordinariamente similares. Entre estas características estaban la incapacidad para desarrollar interacciones con las demás personas (aislamiento autista), el retraso en la adquisición del lenguaje, la naturaleza no comunicativa del habla si es que ésta se desarrollaba, ecolalia, inversiones pronominales (p. ej., sustitución de *yo* por *tú*), actividades de juego repetitivas y estereotipadas, un deseo compulsivo por mantener la invariabilidad del entorno, carencia de imaginación pero buena memoria mecánica y apariencia física normal. Muchas de estas anormalidades aparecían durante la primera infancia (Ollendick, 1993). No fue hasta el año siguiente, cuando el doctor Hans Asperger, médico austriaco especialista en pediatría y psiquiatría, acuñó la etiqueta diagnóstica conocida como *psicopatía autista* (que posteriormente fue conocida como *síndrome de asperger*). Sus intensos trabajos encaminados a cruzar psiquiatría y educación terminaron por focalizar su atención en la necesidad de crear respuestas individualizadas para necesidades individuales. Sólo en su clínica encontró más de doscientos casos que compartían sintomatología y formas de funcionamiento concretas, en especial remarcando algunas de las habilidades más sobresalientes de muchos de los pacientes. Esto, quizás, propició que la etiqueta diagnóstica quedara de alguna manera vinculada a los pacientes de más alto nivel intelectual (Martos, 2012).

No cabe duda que el síndrome es anterior a su descripción, de hecho, existen relatos de los siglos XVI y XVII que se podrían corresponder con la detección, grosso modo, del trastorno autista y que de alguna forma, suponen la prueba de la existencia de éste desde mucho tiempo atrás (Artigas-Pallarès, 2012). Es bien sabido además que posteriormente no estuvo ni está alejado de la controversia dada su complejidad y los diferentes puntos de vista que adoptan los distintos autores que lo trabajan. De hecho, no forma parte de las clasificaciones diagnósticas hasta 1992 con su inclusión en la CIE-10 (OMS, 1992) existiendo hasta día de hoy diferencias entre las diversas listas de síntomas que se pueden consultar como la CIE-10, el DSM IV-TR[®] o su evolución, el DSM-5[®].

Como muy bien expone del Barrio, “La historia de la clasificación de los trastornos psicológicos nace en Grecia. Hipócrates, (S. IV a.C.); distinguió entre Manía y Melancolía, y se mantuvo hasta el Renacimiento a través de Galeno (S. I d.C.). Barrough (1583) introdujo una tercera categoría: la Demencia. Ya en el siglo XVIII Kant en Antropología, y Pinel en Nosología Filosófica ampliaron y matizaron la clasificación. Distinguieron dos clases de manía (con y sin delirio), conservaron Melancolía y Demencia y añadieron Idiocia. Pero Linneus, experto biólogo clasificador, pulió la clasificación creando unos géneros de enfermedades: Ideales (Delirio, Amentia, Manía, Melancolía y Vesania), Imaginarias (Hipocondría, Fobia, Sonambulismo y Vértigo) y Padecimientos (Bulimia, Polidipsia, Satiriasis y Erotomanía).

Pero es sin duda Kraepelin, en su manual de Psiquiatría (1899), el padre de la clasificación de los trastornos mentales tal como los consideramos actualmente, puesto que elaboró un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome. Sus criterios se fundaban en las causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas, alteraciones cerebrales. Por eso las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica. El IDC, promocionado por la OMS, en sus cuatro primeras ediciones (1900-1938) sólo incluyó este tipo de alteraciones. Europa se convirtió así en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales” (del Barrio, 2009).

Ya hemos mencionado que la aparición del trastorno de asperger se da en 1992, ya incluyéndose en manuales como DSM o CIE pero eso no implica que de alguna manera estuviese oculto, por descubrir o visibilizar dentro de las categorías que se manejaban con anterioridad al popular y a la vez controvertido DSM.

En el artículo de Artigas-Pallarès se recuerda que “los trabajos de Hans Asperger, por el hecho de haber sido publicados en alemán, fueron largamente ignorados por la psiquiatría y la neurología en la mayoría de países. Este olvido empezó a experimentar un giro a partir de 1981, tras la traducción de sus trabajos al inglés por Lorna Wing, a quien se atribuye el término Síndrome de Asperger. Sin embargo, mucho antes, el psiquiatra alemán Gerhard Bosch (1970) ya había utilizado dicho término. En 1962, este autor había publicado una monografía en alemán, traducida al inglés en 1970, donde ubicaba el síndrome de Asperger dentro del autismo. De todos modos, la divulgación, no solo de la denominación, sino de la difusión del conocimiento del síndrome, tiene su punto de partida en la publicación de la traducción al inglés de los trabajos de Hans Asperger por Lorna Wing.” (Artigas-Pallarès 2012).

Etapa posterior al DSM-I

El DSM-5[®] presenta el trastorno del espectro autista como un trastorno nuevo donde incluye el trastorno autista (autismo), el trastorno de asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado en otra categoría. Engloba todos estos trastornos dentro de una misma etiqueta diagnóstica que se caracteriza por el déficit en dos ámbitos básicos: 1) deterioro en la comunicación e interacción sociales y 2) patrones de comportamiento, actividades e intereses repetitivos y restringidos. Esto supone un cambio sustancial con respecto a la antigua clasificación en el DSM-IV-TR[®], incluso con su correspondencia con la clasificación CIE-10 (Tabla 1). La primera y más notable diferencia entre las conceptualizaciones que ambos ofrecen radica básicamente en el nombre de la etiqueta diagnóstica, que en el volumen más actual corresponde con *Trastornos del Espectro Autista (TEA)* en lugar de la anterior, *Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)*.

Ya en el año 2008 se hacía alusión a la condensación del trastorno aclarando que “se ha propuesto considerar un continuo de trastornos autistas donde el síntoma nuclear es la deficiencia social en tres dimensiones (reconocimiento social, comunicación social y comprensión social). Una persona estaría en este continuo o espectro autista si muestra esta triada de deficiencias, independientemente de la existencia o no de otros síntomas. Al hablar de un continuo o espectro autista, se da por hecho la existencia de una sola dimensión, en la

cual una condición como el trastorno asperger constituye la forma más suave o menos severa del mismo trastorno subyacente que se da en el autismo.” (Calle de Medinaceli, 2008).

Da la impresión de que se ha querido condensar la especificidad de las diferentes variantes del trastorno aglutinándolas en torno a los dos ámbitos anteriormente mencionados. Pierden, pues, presencia y, por lo tanto, importancia y repercusión los diferentes trastornos que componían los TGD, algo que podría suponer un retroceso a la hora de perfilar posibles intervenciones y/o tratamientos. Sin olvidar por supuesto a todas aquellas personas que antes se correspondían con un grupo determinado y que ahora, repentinamente pasan a formar parte de otro, si no totalmente distinto, por lo menos categorialmente diferente.

Parece pues, que se ha dado un giro inesperado en la concepción del trastorno. En 1999 se tenía en consideración que uno de los efectos positivos de la inclusión del trastorno asperger en el DSM-IV[®] iba a ser que proporcionaría la motivación suficiente para generar una investigación abundante. Como consecuencia de ello, se esperaba la acumulación de una base de datos empíricos muy amplia. Esta circunstancia ayudaría a marcar mejor los límites con los denominados TGD (trastornos generales del desarrollo) y contribuiría a mejorar la evaluación futura (House, 1999). Parecía entonces que se había abierto un camino prometedor en el estudio del síndrome asperger, algo que como hemos visto, acabó por perder todo su impulso y poco a poco cerró líneas y posibilidades de investigación y trabajo.

Aunque en palabras de Martos (2012) sobre la primera propuesta del DSM-5[®], “el síndrome de asperger desaparece de los trastornos del espectro autista por no contar con la validez necesaria para ser una etiqueta diagnóstica independiente”, esto no se vio reflejado del todo así ya que finalmente el mismo DSM-5[®] indica que el trastorno del espectro autista incluye a los trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y por último trastorno de asperger.

Los motivos que se expresan desde el propio DSM-5[®] se basan en tratar de dar continuidad a un trastorno que tiene una validez inequívoca al compararse con otros no pertenecientes al espectro o con el desarrollo típico, pero que no cumple ese criterio al comparar los subgrupos que lo componen. Se convierte pues en una dimensión que fluctúa en

función de distintos especificadores como pueden ser: gravedad de los síntomas que produce, competencia verbal, evolución, y en función también de sus características asociadas como la discapacidad intelectual, trastornos genéticos, epilepsia, etc. Debemos destacar que aquí se encuentra un punto de fricción importante ya que el síndrome de asperger no cursa con discapacidad intelectual, incluso en algunas ocasiones aparece denominado como autismo de alto nivel o síndrome del idiota sabio. El neurólogo Oliver Sacks dedica un capítulo de su célebre obra *Un Antropólogo en Marte* a Stephen Wiltshire, un niño capaz de dibujar con un gran detalle con tan solo haber observado el objeto de su dibujo durante unos instantes (Sacks, 1997).

Finalmente, el DSM-5[®] no elimina la etiqueta (puede que como respuesta a la fuerte crítica recibida en el momento de presentar el borrador inicial por parte de diferentes grupos sociales que se hubieran visto afectados de “haber desaparecido” su diagnóstico) pero sí que mimetiza el concepto y lo parapeta detrás de la cuasi infranqueable barrera que demuestra ser el concepto TEA. A modo de nota, el manual diagnóstico indica que “a los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV-TR[®] de trastorno autista, enfermedad de asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se le aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro autista” (American Psychiatric Association, 2014). Dos polos quedan muy diferenciados en cuanto a las opiniones al respecto de la clasificación o no del síndrome de asperger, por un lado, aquellos que piensan que el síndrome se encuentra en el extremo del continuo TEA de menor afectación y por otro los que defienden que el trastorno de asperger debe mantenerse como una categoría diagnóstica cualitativamente (Martos, 2012).

Para Díez-Cuervo (2005), “el diagnóstico de los trastornos del espectro autista (TEA), es un proceso de carácter deductivo, mediante el cual los profesionales o especialistas, guiados por sus conocimientos y experiencia clínica, y mediante las categorías universalmente aceptadas por la comunidad científica (DSMIV-TR[®] o CIE-10), clasifican y caracterizan el comportamiento del individuo y establecen un plan de intervención apropiado a las características de la persona.” y además “Para llevar a cabo este proceso se requiere, por tanto, la puesta en marcha de una estrategia coordinada de evaluación de carácter multidisciplinario, que asegure la participación de especialistas de la pediatría, la psicología, la neurología y la psiquiatría.”.

Diagnóstico diferencial

Con el fin de delimitar correctamente la presencia de este síndrome es necesario considerar la diferencia que puede existir entre trastorno autista de alto nivel de funcionamiento, que no cuenta con criterios diagnósticos específicos y el trastorno de asperger, donde se debe hacer constar la ausencia de un retraso clínicamente significativo en los desarrollos lingüístico y cognitivo (American Psychiatric Association, 2014).

Debe comprobarse así mismo si existen anormalidades físicas, incluyendo epilepsia y otros síntomas y/o signos específicos. Un error común cometido por aquellos que carecen de experiencia relevante es asumir que el comportamiento del niño se debe únicamente a una mala interpretación por parte de los padres o tutores. Para un diagnóstico preciso es esencial hacer las preguntas correctas, escuchar a los padres o tutores con gran cuidado, y tratarlos a ellos y a su información con mucho respeto. Puede darse una interpretación incorrecta de los síntomas que aparecen o que pueden llegar a eclipsar otros síntomas específicos como es el caso de la depresión. Complicado resulta también cuando es la propia persona con síndrome de asperger la que describe sus síntomas desde un punto de vista que puede resultar particular y confuso.

Los trastornos del espectro autista se funden en lo que puede llamarse normalidad excéntrica y no hay un punto de corte claro. En la práctica clínica, el diagnóstico de un trastorno autista se considera sólo si la ayuda es solicitada por los padres o tutores, o por los propios individuos para tratar las dificultades que sufren en su vida cotidiana. En estas circunstancias, es apropiado investigar si, entre otras posibilidades, las dificultades se deben a los tipos de impedimentos en la función psicológica que subyacen a los trastornos autistas. Un diagnóstico en aquellas personas que no presentan problemas en la vida diaria, que funcionan con normalidad y que son felices con sus vidas es de interés puramente académico (Wing, 1996).

Según el DSM IV-TR[®] el trastorno de asperger debe diferenciarse de otros trastornos generalizados del desarrollo que se caracterizan por problemas en la interacción social y difiere en varios aspectos del trastorno autista. Los intereses y actividades estereotipados, repetitivos y restrictivos suelen presentarse por medio de manierismos motores, preocupación por partes de los objetos, rituales y un importante malestar frente a los cambios, siendo todas

estas características propias del trastorno autista. En el mismo plano, en los casos asperger se observa un interés desmesurado por algún tema concreto o por la recopilación de información sobre la cual el individuo dedica enormes cantidades de tiempo. Pero quizá lo más delicado de diferenciar sea el aspecto relacionado con la interacción social que en los autistas se caracteriza por el autoaislamiento o por unas pautas de contacto social extremadamente rígidas mientras que en los casos asperger existe un interés por acercarse a los otros, aunque este acercamiento se lleve a cabo con cierta torpeza, de forma insensible, monocorde y excéntrica.

Se ha detectado durante la elaboración de este trabajo de revisión un detalle a no pasar por alto con respecto al trastorno de Rett y su nueva configuración con el cambio de versión de manual diagnóstico. Se debe mencionar cierta contradicción, o al menos sentido de confusión, en el DSM-5[®] ya que en el capítulo que explica los cambios más destacados del DSM-IV-TR[®] al DSM-5[®] se incluye este trastorno dentro de los TEA a la vez que se le excluye en el capítulo específico del mismo documento sobre los mismos trastornos, quedando representado tan solo dentro del apartado de diagnóstico diferencial. No obstante, no deja de ser importante diferenciar asperger de Rett ya que, si bien ambos comparten ciertos síntomas, el trastorno de Rett solo se da en personas de sexo femenino y las características compartidas con el autismo, como son la alteración de la interacción social entre el primer año de edad y el cuarto, suelen remitir después de este periodo mejorando notablemente las habilidades para dicha interacción haciendo desaparecer la sospecha de autismo propiamente dicho. Solo cabría mantener el diagnóstico de autismo si la persona cumple con todos los criterios para este trastorno.

Para un buen diagnóstico diferencial es necesario descartar otros trastornos relacionados como el *mutismo selectivo*, *trastorno del lenguaje* y *trastorno de la comunicación social*, *discapacidad intelectual sin trastorno del espectro autista*, *trastorno de movimientos estereotipados*, *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* y *esquizofrenia*.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO		
NOMBRE	Cod.: DSM-IV-TR	Cod.: CIE-10
Trastorno autista	299.00	F84.0
Trastorno de Rett	299.80	F84.2
Trastorno desintegrativo infantil	299.10	F84.3
Trastorno de asperger	299.80	F84.5
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	299.80	F84.9

Tabla 1. Equivalencia entre códigos DSM-IV-TR y CIE-10

Desarrollo Evolutivo

Poca es la información que se puede recopilar hasta el momento sobre el desarrollo evolutivo del síndrome de asperger en comparación con el resto de trastornos del denominado espectro TEA o trastornos del espectro autista.

En función de los síntomas

Una posible forma de poder acotar esta evolución sea atendiendo a cómo cambian sus síntomas y más concretamente los que son propios del trastorno autista, por un lado, sus síntomas principales o lo que se denomina como la “Triada de Wing”, es decir, los problemas en la comunicación, los déficits en las habilidades sociales y el restringido repertorio de intereses y por otra parte, el resto de síntomas asociados tales como los trastornos del sueño, trastornos bipolares o trastornos de ansiedad (Riesgo, 2013).

En este sentido, los tres síntomas principales no cambian a lo largo de la vida, se mantienen estables, característica esta que puede verse potenciada por la escasa frecuencia de diagnóstico de autismo en la vida adulta lo que imposibilita un marco de comparación.

En cuanto a los síntomas asociados “los más precoces son los trastornos del sueño y de los más prevalentes los trastornos bipolares y también el trastorno de ansiedad. Los trastornos del sueño son edad-limitados y desaparecen fácilmente. Los trastornos bipolares suelen ser más graves en niños con autismo cuando se comparan con niños sin autismo. Las variaciones del estado de ánimo son más rápidas en niños autistas. La ansiedad suele ser más intensa en los autistas con preservación cognitiva y tiende a aumentar con la edad.” (Riesgo, 2013).

En el caso específico de las personas con síndrome de asperger el estudio de la evolución de su trastorno en base a sus síntomas lo podríamos apoyar sobre todo en la aparición de trastornos por ansiedad, depresión o incluso síntomas de tipo obsesivo compulsivo. Es probable que la persona con síndrome de asperger superase los años de escuela en etapas como primaria o primer ciclo de la secundaria siendo considerado como una persona excéntrica y con tendencia al aislamiento y que por ello no se tuviese en cuenta la necesidad de una evaluación psicopedagógica y/o psiquiátrica. La persona al llegar a la adolescencia se haría más consciente de su aislamiento y en algunos casos trataría de ser más sociable lo que en ocasiones podría dar lugar a situaciones de exclusión provocando depresión en ella. Esta depresión podría ser motivo de consulta en el servicio de psiquiatría y como consecuencia dar lugar a un posible diagnóstico de síndrome de asperger. Dentro del mismo periodo adolescente, otra de las características que pueden llevar a complicaciones diagnósticas, se da como consecuencia del marcado aislamiento. Se producen en ese momento manifestaciones de signos propios de la esquizofrenia. El paciente puede retirarse de su propio entorno y hablarse a sí mismo perdiendo el interés por el entorno social y la higiene personal. Es labor del especialista comprender que no son síntomas psicóticos sino más bien representaciones del síndrome de asperger.

En el caso de adultos jóvenes se pueden desarrollar problemas de ansiedad que requieran de atención médica. A su vez aparecen en algunas ocasiones ataques de pánico o comportamientos o conductas de orden obsesivo compulsivo. En estos casos el diagnóstico y posteriormente el tratamiento hace que los especialistas implicados puedan observar signos propios del síndrome de asperger (Atwood, 2002, p. 13).

En función de la etapa evolutiva

Más extensa es la perspectiva que presenta la evolución del síndrome de Asperger basada en delimitar etapas de desarrollo claramente distinguibles ontogenéticamente. Infancia desde los dos años, adolescencia y adultez. Estos periodos evolutivos de una persona son quizá los más representativos de su desarrollo.

Si bien es cierto que se pueden detectar ciertos aspectos que podrían indicar la presencia de algún TEA desde el primer año de vida, las pruebas o herramientas diagnósticas que ofrecen una mayor seguridad son aplicables a partir de los 24 meses de edad. (Posada De La Paz, 2005). Es por esta razón que tomamos como edad inicial los dos años de forma que la garantía de diagnóstico no sea un inconveniente. Por lo tanto, delimitaremos nuestros rangos

de edad como sigue: infancia [2 - 12], adolescencia [13 - 18] y juventud - adultez [19 - deceso].

Asperger en la Infancia

Entre las características propias de un niño o niña con síndrome de asperger se encuentran una interacción social recíproca afectada, comunicación verbal y no verbal igualmente afectada, dificultad para aceptar los cambios, inflexibilidad del pensamiento y poseer campos de interés reducidos. En numerosas ocasiones existe una excepcional memoria para hechos, formas, fechas, épocas y otros detalles. Muchos afectados por síndrome de asperger sobresalen en matemáticas, ciencia y/o arte (Etchepareborda, 2007).

Sería importante remarcar que, como menciona Fernández-Jaén (2007) “Resulta cada vez más evidente que el síndrome de asperger o los trastornos generalizados del desarrollo son un ‘continuo’, con un extremo en el diagnóstico del caso más grave, y el otro, en formas leves, entendibles como rasgos personales.”.

La excentricidad propia de los niños y niñas con síndrome de asperger puede hacer pasar por alto el diagnóstico apropiado lo cual podría generar ciertos problemas de integración en futuras etapas.

Entendemos que el interés de la psicología en el diagnóstico precoz atiende, como es evidente, a una necesidad operativa, a tratar de potenciar y avanzar las posibles intervenciones requeridas.

Asperger en la Adolescencia

Un aspecto muy importante de las personas que padecen el trastorno asperger es la necesidad que tienen de mantener unas rutinas y los inconvenientes que les producen los cambios. El término adolescencia es prácticamente un sinónimo de la palabra cambio. El periodo de la adolescencia suele interpretarse como un proceso intenso de cambio. Cambio físico, hormonal, de personalidad, de hábitos, de conducta, de prácticamente todo. Cuando las personas atraviesan este periodo suelen sufrir incomodidad, incomprensión, se sienten desubicadas y desorientadas, buscan su propia libertad y adoptan conductas que antes no

realizaban. Suele ser un periodo convulso no exento de conflicto intrapersonal e interpersonal.

Si esto es así para una persona sin diagnóstico TEA, podemos imaginar que para alguien que ha sido diagnosticado certeramente de síndrome asperger con sus peculiaridades puede suponer un verdadero problema, una fuente de sufrimiento continua y muy intensa, y no solo por los cambios en la propia persona que cierto es que son muy importantes, sino por los cambios en el entorno que ello provoca y también porque suele coincidir con los procesos de adolescencia de los iguales, ya sean amigos o compañeros de colegio o de actividades extraescolares. Alguien que evita los cambios, que trata de vivir en la seguridad de las rutinas ve su mundo tambalearse cuando el cambio es la norma.

Como hemos visto anteriormente el trastorno asperger cursa con síntomas como pueden ser trastornos de ansiedad y/o depresión, factores estos que pueden ser patologías en sí mismas, es decir, no es necesario sufrir asperger para desarrollar problemas de ansiedad o depresión. Esta circunstancia puede enmascarar el trastorno de base y más en este periodo evolutivo donde es muy común padecer ansiedad y presentar síntomas depresivos. Un individuo adolescente que no haya sido diagnosticado previamente de trastorno asperger y que ahora, en periodo de cambio, comienza a mostrar características ansiosas o depresivas puede dar a entender que son propias de la fase que atraviesa, aunque en realidad puede existir algo más, algo subyacente.

El cambio de centro educativo, el cambio del entorno tanto físico como personal son posibles causas de estrés. Se produce también una merma en el apoyo dada la supuesta autonomía que debe ir adquiriendo la persona que va creciendo y evolucionando. Estos factores comprometen a la persona y le pueden hacer sufrir brotes de ansiedad o depresión lo cual puede llegar a ser causa de abandono escolar (Attwood, 2002).

El éxito o el fracaso en esta transición está íntimamente ligado al apoyo que recibe la persona en aspectos secundarios como pueden ser apoyo en materia de presupuesto, horarios, higiene personal, comidas, en definitiva, todas aquellas rutinas que en este momento y debido al cambio de vida supone se ven trastocadas o en la necesidad de cambiar. Hemos venido hablando de aquellos casos en los que el trastorno de asperger o se ha diagnosticado. Cabe pensar que para aquellas personas conscientes de sus limitaciones la situación será algo menos traumática siempre y cuando la información de la que disponga su entorno sea la

adecuada así como la formación que hayan podido recibir las personas que conviven en interacción directa con el individuo. Como explica Juan Martos en su libro, es interesante seguir lo que se denomina *Planificación Centrada en la Persona*, que no es otra cosa que un plan personalizado de apoyo ya que se entiende que cada individuo asperger es particular y único (Martos, 2012).

Asperger en la edad adulta

Podemos enlazar aquí con lo que acabamos de mencionar en el punto anterior, la *Planificación Centrada en la Persona* o *PCP*. Muy importante en esta etapa si cabe ya que la persona que acude en busca de ayuda psicológica o médica viene con un concepto más estructurado, más construido y cristalizado. Suele ser un paciente que de alguna manera es consciente de su diagnóstico, ya sea porque fue acertadamente etiquetado en el pasado o porque con el paso del tiempo y la información de la que dispone sospecha que puede pertenecer a esa categoría. En este sentido es alguien que ya ha desarrollado ciertos mecanismos de supervivencia social, ciertas pautas de conducta que pueden haber sido más o menos fructíferas en otras situaciones y circunstancias y que han pasado a formar parte de su repertorio conductual. En consecuencia, se encuentra más alejado de los pacientes prototípicos que suelen ser niños de corta edad a los que sus padres, muchas veces sobre informados les buscan una categoría donde puedan ser explicadas todos aquellos comportamientos o conductas que no encajan con su idea de normalidad.

Cabría preguntarse aquí por qué una persona adulta que, en cierto modo, ya ha aprendido a manejarse con más o menos soltura en sociedad y ha desarrollado mecanismos de control, evitación y superación busca ayuda o servicios de apoyo en esta etapa adulta. Dos son las vías de acceso, por una parte, puede acudir el paciente por sí mismo en busca de respuestas a una forma de funcionamiento que no termina de comprender o que no cesa de producirle malestar y con la que no consigue el pleno desarrollo que toda persona tiene derecho a disfrutar. Puede que haya reconocido en sí mismo algunos de los síntomas de algún familiar o conocido diagnosticado de asperger, o que haya leído sobre el trastorno y se haya dado cuenta de un paralelismo entre su propio funcionamiento y el de una persona con trastorno asperger. Por otro lado, puede que sea la familia o personas de su círculo más cercano quienes animan a la persona a buscar esa ayuda. Sentimientos de soledad, insatisfacción con la situación laboral, síntomas de ansiedad y dificultad para manejar

situaciones de conflicto, sentimientos de frustración ante sus dificultades para controlar y dominar aspectos organizativos de su vida cotidiana o la necesidad de controlar pensamientos obsesivos o rituales de conducta que interfieren en su vida diaria, incluso algunas veces son los propios familiares los que siendo observadores de las rutinas de la persona acuden en busca de ayuda y consideran que el propio individuo no es consciente de sus dificultades (Martos, 2012).

En este sentido, no se debe ignorar la capacidad de las personas para ir adecuando su comportamiento a las diferentes situaciones, siempre en la medida de sus posibilidades. Según el DSM-5[®] “los adultos que han desarrollado estrategias de compensación para algunas dificultades sociales siguen teniendo problemas en las situaciones nuevas o sin ayuda, y sufren por el esfuerzo y la ansiedad de tener que calcular conscientemente lo que resulta socialmente intuitivo para la mayoría de las personas. [...] Entre los adultos con un lenguaje fluido, las dificultades para coordinar la comunicación no verbal con el habla pueden dar la impresión de un “lenguaje corporal” extraño, rígido o exagerado durante las interacciones. [...] Muchos adultos con TEA sin discapacidades intelectuales o del lenguaje aprenden a suprimir el comportamiento repetitivo en público.” (American Psychiatric Association, 2014).

Es, no obstante, harto complicado diagnosticar con fiabilidad a una persona adulta de síndrome de asperger. En el artículo de Anna Sintes, *Síndrome de Asperger: ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta?* se concluye que “es necesaria más investigación en esta área para que los criterios sean ampliados y se puedan evitar errores diagnósticos en estos pacientes. La gran variedad sintomatológica del síndrome, junto con la escasa especificidad de los criterios contemplados actualmente en las clasificaciones diagnósticas hacen que el diagnóstico de SA sea altamente improbable, si no imposible. Desgraciadamente muchos individuos con este síndrome son diagnosticados y tratados erróneamente, con las consecuencias que ello conlleva.” (Sintes, 2011).

Sin embargo y como nos recuerda el manual diagnóstico DSM-5[®] “Existen instrumentos diagnósticos conductuales estandarizados y con buenas propiedades psicométricas, como entrevistas con los cuidadores, cuestionarios y medidas observacionales de los clínicos que pueden mejorar la fiabilidad del diagnóstico con el paso del tiempo y entre diferentes clínicos.” (American Psychiatric Association, 2014).

Conclusiones

El trastorno o síndrome de asperger cumple claramente las condiciones esenciales para representar en sí mismo una entidad psicopatológica. Muestra unos signos y unos síntomas claramente diferenciables de otros trastornos del espectro autista, algo que un diagnóstico diferencial puede remarcar de una forma muy clara y concisa. Su desarrollo evolutivo es también un aspecto que facilita y procura el entendimiento de esta “forma de estar en el mundo”; como a algunas personas les gusta llamar al trastorno.

Es cierto también que varias de sus manifestaciones pueden llevar a los expertos a cierta confusión. Puesto que el modo en que se conforman las múltiples características pueden enmascarar comorbilidades alejadas del síndrome que estudiamos (por ejemplo, retraimiento o la introversión) y que de no ser detectadas pueden llevar a un diagnóstico inadecuado y a una intervención incompleta. No se entiende muy bien el interés actual en diluir o fusionar el síndrome de asperger dentro de los TEA haciéndolo desaparecer del mapa que hasta el momento servía de guía tanto a profesionales como a pacientes. Este afán por condensar, comprimir y simplificar no siempre resulta una buena solución y puede impactar en gran medida a personas que, o bien han dedicado multitud de recursos a su estudio, o bien -los afectados- han encontrado un lugar en el mundo donde encajar como personas.

Se puede considerar que tanto la investigación como los servicios que existen en torno al trastorno de asperger hace tiempo que han superado, para decirlo de alguna manera, un punto de difícil retorno. Como contrapartida el abordaje multidisciplinar se ofrece como mecanismo adecuado para no dejar cabos sueltos en un proceso diagnóstico que de por sí no resulta simple.

Además, gana mucha importancia la necesidad de continuar con programas de educación y apoyo a las familias, la formación específica del profesorado y en definitiva de todos aquellos profesionales que de un modo u otro estén en contacto pertinente con personas susceptibles de ser consideradas dentro del síndrome. Es muy pertinente la preparación de los profesionales de los centros de salud, centros de menores, guarderías, clubes deportivos, escuelas de música, monitores de actividades extraescolares, etc.; donde cada vez se hace más necesaria una formación exhaustiva sobre la patología, sobre el conocimiento de ciertas pautas de detección y de cómo intervenir. Es un buen acicate para insistir en la diferencia, que aquí se defiende, la celebración de un día como el 18 de febrero de 2007 (declarado Día Internacional del Síndrome de Asperger en recuerdo a Hans Asperger).

Todo esfuerzo para acercar el conocimiento sobre este trastorno a la sociedad debe repercutir en un aumento de la concienciación social, de la mejora en la aceptación y la comprensión del trastorno y en definitiva de la integración de las personas que lo sufren. El bagaje empírico acumulado, la experiencia diagnóstica profesional, las pruebas técnicas e instrumental actuales así como la conciencia social existente son razones suficientes para continuar la labor y no dejar evaporarse lo que para muchos supone tanto una forma como una razón de vida.

REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. 5ª edición. Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR®)*. (4ª Edición Texto Revisado; 2003: 2ª reimpresión). Barcelona: Masson.
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger*. Barcelona. España: Paidós.
- Calle de Medinaceli, J., Utria Rodríguez, O. (2004). Trastorno de asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 517-530.
- del Barrio G., V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., ... & Artigas-Pallares, J. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 299-310.
- Etchepareborda, M. C., Díaz-Lucero, A., Pascuale, M. J., Abad-Mas, L., & Ruiz-Andrés, R. (2007). Síndrome de Asperger, los pequeños profesores: habilidades especiales. *Revista de Neurología*, 44(2), 43-47.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., Calleja-Pérez, B., & Muñoz, N. (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 44(2), 53-54.

- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- House, A. E. (2003). Patrones sintomáticos muy atípicos: Trastornos generalizados del desarrollo y psicosis. *DSM-IV: el diagnóstico en la edad escolar*. (pp. 185-201). Alianza Editorial.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Martos, J., Ayuda, R. (2012). *El Síndrome de Asperger. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Posada De la Paz, M., Ferrari Arroyo, M. J., Touriño Aguilera, E., & Boada Muñoz, L. (2005). Investigación epidemiológica en el autismo: una visión integradora. *Revista de Neurología*, 40(1), 191-198.
- Riesgo Dos Santos, R. Michelin, M., Ranzan, J., Bragatti, M. I., Ohlweiler, L. (2013). Follow up of patients with developmental delay and autistic spectrum disorder. *Medicina* (Buenos Aires), 73(1), 16-19. Recuperado en 21 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000500004&lng=es&tlng=en.
- Sacks, O. W. (1997). *Un antropólogo en Marte: siete relatos paradójicos*. Anagrama.
- Schreibman, L., Charlop, M. (1993). Autismo Infantil. En T. H. Ollendick, M. Hersen. *Psicopatología infantil(Eds.)* (pp. 132-158). Ediciones Martínez Roca.
- Sintes, A., Martí, B. A., Ramírez, N., Rueda, I., & San Molina, L. (2011). Síndrome de Asperger: ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta? *Actas españolas de psiquiatría*, 39(3), 196-200.
- Wing, L. (1996): *The autistic spectrum. A guide for parents and professionals*. Londres: Constable. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)09218-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)09218-0)