



COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

Alice Garzonio.

alice.garzonio@gmail.com

Asperger, adolescentes, ansiedad, alexitimia.

RESUMEN

Existen evidencias científicas de una mayor presencia de sintomatología ansiosa en personas con diagnóstico de Trastorno de Asperger. El objetivo de este trabajo consiste en analizar dicha relación en población infantojuvenil. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica en los meta-busadores: Pubmed, Google Scholar y Science Direct. Los resultados obtenidos muestran mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en adolescentes con este trastorno que en población normal. Se identifican el miedo al fracaso y a cometer errores como dos de los focos principales.

Además, se aporta un caso clínico para analizar en detalle dicha relación. El caso es el de una adolescente mujer, de 17 años, diagnosticada de Trastorno de Asperger desde la infancia, con elevada sintomatología de ansiedad en la actualidad que le ha provocado ausencias repetidas al colegio, ataques de pánico y síncope vasovagales. Se trabaja con ella desde el enfoque cognitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN

La descripción DSM-IV-TR del síndrome de Asperger (AS) incluye una referencia a una asociación entre el trastorno y los trastornos secundarios del estado de ánimo, especialmente los trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 2000). Se ha demostrado en varias investigaciones que los adolescentes con AS tienen niveles significativamente más altos de ansiedad que los adolescentes en la población general (Bellini, 2004; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000). Otro estudio que examinó el funcionamiento psiquiátrico en jóvenes adolescentes con AS encontró que, en comparación con un grupo de adolescentes con trastorno de conducta, los jóvenes con AS mostraban niveles significativamente mayores de síntomas de ansiedad como preocupación, hipocondría, ansiedad no situacional o pánico y miedos específicos (Green, Gilchrist, Burton, & Cox, 2000). En otra investigación se ha encontrado que los síntomas de ansiedad están significativamente correlacionados con pensamientos automáticos negativos, problemas de comportamiento e interferencia de vida, siendo significativamente más altos en adolescentes con AS (Farrugia & Hudson, 2006).

Attwood (1998) cree que la ansiedad surge en individuos con AS en una variedad de cuestiones, incluidos los cambios en la rutina y las expectativas, la aprehensión en situaciones

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

sociales y cambios ambientales menores. Muchos niños con AS experimentan dificultades con el cambio porque tienen una comprensión deficiente de las ocurrencias en su entorno, lo que desemboca en incertidumbre y ansiedad (Schopler&Mesibov, 1994). Otra posible razón es que las personas con AS tienen dificultades para reconocer, evaluar y verbalizar sus propias cogniciones en relación con sus sentimientos y eso es congruente con la presencia de alexitimia en personas con AS. Por lo tanto, las personas con AS pueden valorar los pensamientos como desencadenantes de ansiedad, y, a la vez, tienen mucha menos habilidades para discutir y articular sus pensamientos (Fitzgerald & Bellgrove, 2006). En una investigación se observó que muchos participantes con AS se refirieron a la necesidad de reglas y estructura para poder funcionar, lo que puede reflejar dificultades más generalizadas con el funcionamiento ejecutivo y puede sugerir una aparente dificultad con el pensamiento flexible. Por eso, si un comportamiento repetitivo o gobernado por reglas se ve afectado, una persona puede sentirse ansiosa porque se le exige hacer algo para lo que no tiene ningún plan (Hare, Wood, Wastell, & Skirrow, 2015). La experiencia clínica también ha identificado que los niños con AS son propensos a desarrollar un miedo casi patológico al fracaso o a los errores y una tendencia a "catastrofizar" lo que debería asociarse con un nivel relativamente bajo de ansiedad (Attwood, 2007).

Los investigadores que realizaron una intervención de CBT para facilitar la comprensión socioemocional y para aumentar la interacción social en niños con AS también pudieron demostrar una mejora significativa en la interacción social positiva, la comprensión emocional y la resolución de problemas sociales (Bauminger, 2002). También una investigación refiere que la participación activa de los padres en un programa de reducción de ansiedad produjo beneficios significativos tanto a los padres como a los hijos. En las evaluaciones, los padres informaron que se sentían más competentes tras abordar el contenido del programa y, por lo tanto, podían ayudar a sus hijos, fortalecidos también al conocer a padres con experiencias similares, apoyados por el grupo y capaces de compartir soluciones (Sofronoff, Attwood & Hinton, 2005).

CASO CLÍNICO

Identificación

A. Mujer de 17 años, estudia 2º de Bachillerato en un colegio privado. Vive con sus padres y una hermana mayor de 22 años. La hermana está trabajando en EEUU.

Antecedentes personales

Diagnosticada a los 6 años de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de predominio inatento, estuvo en tratamiento con Medikinet. Esta medicación no la toma desde el 2008. En junio de 2010 le hicieron una evaluación psicopedagógica, concluyendo con un diagnóstico de Síndrome de Asperger.

No refieren antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado.

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

Historia social y de desarrollo

Infancia: embarazo sin alteraciones. Bebé muy tranquilo, regular en sueño y alimentación. Se le consolaba con facilidad. Sonría y buscaba contacto con la madre. Tuvo juego simbólico adecuado a su edad. No invitaba a participar a sus iguales y mostraba un interés disminuido en éste área. A los 2 años construía frases completas y utilizaba un vocabulario de adulto. No refieren eventos traumáticos.

Preescolar: le llevaron a la guardería con 6 meses de edad. No hay presencia de ansiedad por separación. No tenía problemas para jugar con otros niños, pero en ocasiones prefería jugar sola. Introversa, la paciente refiere que no le invitaban a los cumpleaños.

Escolar: los profesores refieren que era una niña con dificultades en las relaciones sociales. Tuvo buen rendimiento académico. No ha tenido problemas en el aprendizaje. Ha cambiado de colegio en cuarta primaria.

En 3º ESO empieza a sentirse triste, sola y deprimida porque no tiene amigos para relacionarse. Hay episodios de autolesión (cortes en extremidades superiores).

Historia de la enfermedad

Ella y sus padres explican que desde hace aproximadamente un mes A. presenta desmayos varias veces todos los días en los que pierde la conciencia. Estos episodios tienen importante repercusión en su funcionamiento global y le impiden asistir a las clases.

Refieren que el año pasado presentó importante ansiedad ante los exámenes y bloqueo. "Me quedaba en blanco", por lo que llegan a hacerle los exámenes sin previo aviso, con buenos resultados. Refiere miedo a fallar. Quiere realizar el doble grado de matemáticas y física lo que supone una importante "presión para ella".

Niegan desencadenante aparente. Este año su hermana, a la que estaba muy unida, se ha ido a EEUU a trabajar, lo que le ha provocado a A. síntomas de ansiedad. Los padres están muy preocupados y solicitan ayuda para manejar esta situación.

Funcionamiento psicosocial

Colegio: disminución en el rendimiento debido a no poder acudir a clase por los desmayos. Ansiedad anticipatoria ante los exámenes y asignaturas que se le dan bien. Miedo a equivocarse que le bloquea.

Amigos: tiene amigos con dificultades para la intimidad.

Familia: estructurada, buenas relaciones entre ellos. Madre ansiosa-sobreprotectora.

Exploración del estado mental

- Apariencia y comportamiento: parcialmente abordable y colaboradora. Tímida. Disimula malestar. Contacto ocular normal.
- Lenguaje: bien articulado y habla regular.
- Afecto: restringido, no expansivo ni eufórico. No refiere sentimientos de apatía, desesperanza o sentimientos de soledad. No ideación de muerte.

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

- Ansiedad: aumentada, presenta síntomas somáticos y psíquicos de ansiedad.
- Pensamiento: obsesivoide. Tiene ideas sobrevaloradas de tipo catastrofista y minusvalía.
No ideación delirante
- Autoestima: baja. Autocritica y autoexigencia elevada.

Cuestionarios autoaplicados

Beck Depression Inventory - II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996):

Puntuación total de 18 que corresponde con sintomatología depresiva leve.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vendel, 2015)

Según las puntuaciones obtenidas por el sujeto el nivel de ansiedad para cada uno del sistema de respuesta son:

- Cognitivo = 95, que corresponde a una sintomatología de ansiedad severa;
- Fisiológico = 95, que corresponde a una sintomatología de ansiedad severa;
- Motor = 95, que corresponde a una sintomatología de ansiedad severa;
- Según las puntuaciones obtenidas para diferentes situaciones
- Ansiedad ante la evaluación = 99, que corresponde a una sintomatología de ansiedad extrema;
- Ansiedad interpersonal = 75, que corresponde a una sintomatología de ansiedad severa;
- Ansiedad fóbica = 80, que corresponde a una sintomatología de ansiedad severa;
- Ansiedad a la vida habituales = 95, que corresponde a una sintomatología de ansiedad severa.

Psicoterapia

Psicoeducación para padres y paciente.

Psicoeducación de los síntomas de ansiedad.

Reestructuración cognitiva para disminuir la intensidad y frecuencia del pensamiento automático negativo.

Entrenamiento de flexibilidad cognitiva.

Entrenamiento a los padres en el manejo de síncope vasovagales.

Entrenamiento a la paciente en el control de síntomas fisiológico de ansiedad de lo síncope vasovagales.

Exposición graduada a estímulos temidos y exposición interoceptiva.

Terapia farmacológica

- Escitalopram 20mg
- Circadin 20mg

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

CONCLUSIONES

Como ya se ha demostrado en varias investigaciones previas los adolescentes con AS tienen niveles significativamente más elevados de ansiedad que los adolescentes en la población general (Bellini, 2004; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000).

En el caso expuesto, A. presenta una sintomatología ansiosa que le provoca crisis de angustia debidas al miedo a fracasar y cometer errores que están relacionados a situaciones estresantes, como ir al colegio y hacer exámenes. También de las pruebas administradas surgió que su ansiedad proviene de relaciones sociales y de alteración de vida.

Además, los síntomas vasovagales pueden ser explicados por la presencia de alexitimia, que le provoca A. dificultades para reconocer, evaluar y verbalizar sus propias cogniciones y en consecuencia sus sentimientos. Por lo tanto, como ya se ha observado, las personas con AS pueden valorar los pensamientos como desencadenantes de ansiedad, pero tienen mucha menos práctica para discutir y articular sus pensamientos (Fitzgerald & Bellgrove, 2006).

Es un caso complejo debido también a la rigidez del pensamiento dificultades en la mentalización que no facilitan el proceso de terapia. El tratamiento que está tomando está siendo favorable, con descenso de síncope vasovagales e ideas catastróficas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
2. Attwood T. (1998). *Asperger's syndrome: a guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley.
3. Attwood, T. (2007). *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
4. Bauminger, N. (2002). The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 461-469.
5. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory - II*. Texas: The Psychological Corporation.
6. Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 78-86.
7. Farrugia, S. & Hudson, J. (2006). Anxiety in adolescents with asperger syndrome: negative thoughts, behavioral problems, and life interference, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21 (1), 25-35.
8. Fitzgerald, M. & Bellgrove, M. (2006). The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(4): 573-576.

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

9. Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 279-293.
10. Hare, D., Wood, C., Wastell, S. & Skirrow, P. (2015). Anxiety in Asperger's syndrome: Assessment in real time. *Autism*, 19 (5), pp. 542-552.
11. Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger Syndrome. *Autism. The International Journal of Research and Practice*, 4, 117-132.
12. Miguel-Tobal, J. J. & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA ediciones.
13. Schopler, E., Mesibov, G. B. (1994). *Behavioural issues in autism*. New York: Plenum.
14. Sofronoff, K. Attwood, T. & Hinton, S. (2005). A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (11), 1152-116

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER

COMUNICACIÓN, ANSIEDAD Y ASPERGER