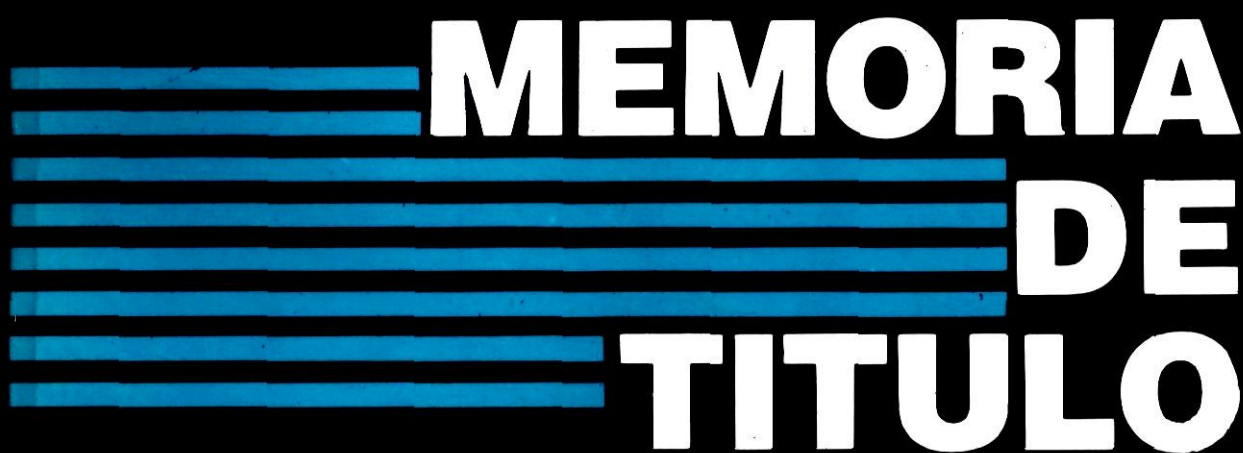


ME. PSI  
(6)  
2001  
c.0



**MEMORIA  
DE  
TITULO**

**UNIVERSIDAD  
GABRIELA MISTRAL**  
LA UNIVERSIDAD PRIVADA AUTONOMA MAS ANTIGUA

ME.PSI  
(6)  
2001

M2318  
C.O

**UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL**  
Departamento de Psicología

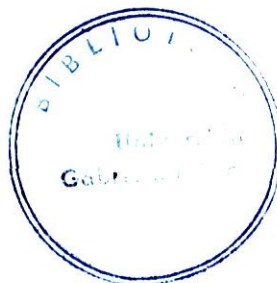
**SÍNDROME DE ASPERGER: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA.**

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autora: María Angélica Parra Novoa.

Profesoras Investigadoras: Sra. Cecilia Araya.

Dra. Soledad Herrera.



Santiago, Marzo 2001.

Departamento de Psicología

EVALUACION MEMORIA DE TITULO

**I IDENTIFICACION**

TITULO DE LA MEMORIA            Síndrome de Asperger: Revisión Bibliográfica Actualizada.  
AUTOR (ES)                            María Angélica Parra Novoa  
PROFESOR EVALUADOR:            Sra. María Soledad Herrera  
FECHA :                                    Santiago, Mayo 10 de 2001

**II CONTENIDOS**

**Evaluación ( \* )**

*Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado*

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	7.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	7.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	7.0.-
2.4	Metodología general utilizada	7.0.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	7.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	7.0.-

**III ASPECTOS FORMALES**

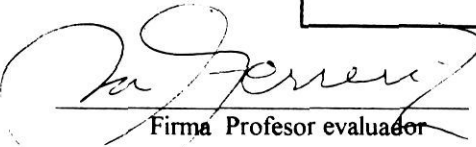
3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	7.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	7.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	7.0.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	7.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	7.0.-

( \* ) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

**Con la llegada del DSM I ha sido necesario detallar el diagnóstico clínico del síndrome de Asperger; con esta memoria y su desarrollo, Angélica logra dar a conocer los aspectos clínicos (bibliográficos históricos) que servirán para todos los alumnos y profesorado de nuestra Universidad ya que realizó un trabajo exhaustivo y ordenado**

**De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota**  
Nota en palabras ( siete )

7.0.-



Firma Profesor evaluador

Departamento de Psicología

EVALUACION MEMORIA DE TITULO

**I IDENTIFICACION**

TITULO DE LA MEMORIA            Síndrome de Asperger:Revisión Bibliográfica Actualizada.  
AUTOR (ES)                            María Angélica Parra Novoa  
PROFESOR EVALUADOR:            Sra. Cecilia Araya A.  
FECHA :                                    Mayo 10 de 2001

**II CONTENIDOS**

**Evaluación ( \* )**

*Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado*

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	7.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	7.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	7.0.-
2.4	Metodología general utilizada	7.0.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	7.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	7.0.-

**III ASPECTOS FORMALES**

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	7.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	7.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	6.0.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	6.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	7.0.-

( \* ) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

**El síndrome de Asperger de por sí es un cuadro nuevo y difícil de conceptualizar por estar muy escaso a otras patologías, por la precariedad de la información en nuestro país , y en esta memoria se ha logrado una excelente síntesis y comprensión de él.**

**M. Angélica trabajó en forma sistemática, aceptando las correcciones , las discusiones y yendo a observar niños con este diagnóstico durante todo el año pasado y hasta la fecha.**

**Ha hecho un excelente trabajo y un gran aporte a la psicopatología infantil.**

**De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota**  
Nota en palabras ( siete )

7.0.-



Firma Profesor evaluador

## ***ABSTRACT***

La presente investigación es una revisión bibliográfica, en que se muestra la evolución que ha tenido el concepto de Síndrome de Asperger, desde que fue descrito por primera vez por el médico vienés Hans Asperger en el año 1944, como “Psicopatía Autística”, hasta lo que se entiende hoy por dicho trastorno.

Se analiza la evolución histórica del síndrome como entidad nosológica, revisando los postulados originales de Hans Asperger, los escritos de Lorna Wing, de gran importancia, porque además de difundir el Síndrome de Asperger, establecen algunas modificaciones a los planteamientos originales, y se discute lo que se entiende hoy por este trastorno, entregándose una síntesis de las características clínicas que son esenciales para el diagnóstico. Otros temas que son abordados son las dificultades con las que los terapeutas se pueden encontrar al momento de enfrentarse a un paciente; cómo ha sido clasificado a lo largo del tiempo por diversos investigadores; los criterios diagnósticos que han sido utilizados y que actualmente se encuentran en uso; el diagnóstico diferencial; la etiología; el curso y el pronóstico; la prevalencia; y el proceso de evaluación.

En general, todos los autores coinciden en que es un trastorno del desarrollo, que se detecta en la infancia y se mantiene a lo largo de toda la vida. Se caracteriza por problemas en la interacción social, por un intenso interés en temas particulares y rutinas, un lenguaje que está conservado, a pesar de ser un poco extraño e inadecuado al contexto social, y una inteligencia que se encuentra dentro de un rango promedio o superior.

# ÍNDICE.

I INTRODUCCIÓN.....	1
II OBJETIVOS.....	4
III ANTECEDENTES TEORICOS.....	5
3.1 Antecedentes históricos.....	5
3.2 Psicopatía Autística.....	7
3.3 Síndrome de Asperger.....	11
3.4 Definición actual.....	14
3.5 Dificultades diagnósticas.....	27
3.6 Clasificación del Síndrome de Asperger.....	29
3.7 Criterios diagnósticos.....	35
3.8 Diagnóstico diferencial.....	40
3.9 Etiología.....	47
3.10 Curso y pronóstico.....	49
3.11 Trastornos asociados.....	51
3.12 Epidemiología.....	52
3.13 Evaluación.....	52
IV METODOLOGÍA.....	55
V COMENTARIOS O REFLEXIONES FINALES.....	56
VI BIBLIOGRAFÍA.....	63
VII ANEXOS.....	68
7.1 anexo N°.1.....	68
7.2 anexo N°.2.....	69





7.3 anexo N°3.....	70
7.4 anexo N°4.....	72
7.5 anexo N°5.....	74

## I INTRODUCCIÓN.

A partir de la presente investigación se espera mostrar la evolución que ha tenido el concepto de Síndrome de Asperger, desde que fue descrito por primera vez por el médico vienés Hans Asperger en el año 1944, como “Psicopatía Autística”, hasta lo que se entiende hoy por dicho trastorno. A través de la literatura se pueden observar muchas variaciones en torno a este diagnóstico.

Es importante destacar que el año anterior a la publicación de Hans Asperger, Kanner escribió sobre el “Autismo Infantil”, teniendo un gran reconocimiento a nivel mundial, a diferencia de la “Psicopatía Autística”, la cuál fue recién en el año 1981 considerada por la psiquiatra inglesa Lorna Wing, quién le dio el nombre de “Síndrome de Asperger”, para evitar las confusiones que acompañaban al término “Psicopatía”, teniendo una gran difusión dentro de las personas de habla inglesa.

A pesar de que todavía hay discusión acerca de los criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger, en cuanto a si es un nivel más alto de autismo o es una patología independiente, fue incluida tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV.

Actualmente se puede contar con cuatro grupos de criterios para diagnosticar el Síndrome de Asperger, dentro de los cuales, dos se basan en estudios estadísticos y han sido reconocidos oficialmente. Ellos son los criterios que propone el DSM-IV para el “Trastorno de Asperger” y el CIE-10 para el “Síndrome de Asperger”. Los otros dos grupos están basados en la observación clínica. Ellos son los criterios de los doctores Christopher y Corina Gillberg de Suecia y los de Peter Szatmari de Canadá.

A pesar de que se encuentran algunas diferencias entre los criterios antes mencionados, todos coinciden en que el Síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo que se detecta en la infancia y se mantiene a lo largo de toda la vida. Se caracteriza por problemas en la interacción social, por un intenso interés en temas particulares y rutinas, un lenguaje que está conservado, a pesar de ser un poco extraño y no muy adecuado al contexto social, y una inteligencia que se

encuentra dentro de un rango promedio o superior.

Este estudio está centrado en el diagnóstico del Síndrome de Asperger, comenzando con un análisis de la evolución histórica del síndrome como entidad nosológica. Primero se realizará una revisión de los postulados originales de Hans Asperger sobre la Psicopatía Autística. Para seguir con una continuidad histórica, se revisarán los escritos de Lorna Wing, los cuales son de gran importancia, porque además de difundir el Síndrome de Asperger, establecen algunas modificaciones a los planteamientos originales. Luego, se discutirá lo que se entiende hoy por dicho trastorno y se realizará una síntesis de las características clínicas que son esenciales para el diagnóstico, las cuales han sido planteadas por diversos autores a partir de sus investigaciones en torno al tema. También se abordarán las dificultades con las que los terapeutas se pueden encontrar al momento de enfrentarse a un paciente.

A lo largo del tiempo diversos investigadores han clasificado el Síndrome de Asperger de diferentes formas, se revisarán estos planteamientos para llegar a la clasificación que se utiliza actualmente a nivel internacional, donde es situado como parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Luego se realizará una síntesis y una comparación de los criterios diagnósticos que han sido utilizados y actualmente se encuentran en uso.

Como el tema central de esta investigación es el diagnóstico del Síndrome de Asperger, otro punto central a ser tratado es su diagnóstico diferencial, el cuál incluye un gran número de trastornos psiquiátricos de los cuales debe ser diferenciado. También se presentarán datos de investigaciones que se refieren a la etiología, que puede orientar tanto el diagnóstico como su diagnóstico diferencial. Luego se realizará una síntesis del curso y el pronóstico del Síndrome de Asperger, la cuál tiene gran relevancia para el diagnóstico, debido a que el cuadro clínico se va modificando a lo largo del desarrollo y en especial pueden aparecer algunas complicaciones durante la adolescencia. El paciente con Síndrome de Asperger puede tener un trastorno psiquiátrico asociado a su cuadro clínico, que dificulta mucho el diagnóstico, por ésto se entregarán datos que se han obtenido en diversas investigaciones, que hay que tener en cuenta. Para finalizar se incluirán estimaciones de la prevalencia del síndrome y una síntesis del proceso de evaluación.

Esta investigación tiene la relevancia de entregar herramientas a los profesionales que trabajen con niños con Síndrome de Asperger, para realizar un buen diagnóstico de este trastorno que ha sido reconocido recientemente, con el fin de que puedan planificar y realizar tratamientos adecuados. También es relevante por el hecho de que existe muy poca información al respecto, básicamente se encuentra en inglés, que ha hecho que el diagnóstico esté basado solamente en los criterios diagnósticos del DSM-IV y del CIE-10. Se proporciona información de estudios clínicos y se realiza una síntesis de los elementos esenciales que conforman lo que hoy se considera Síndrome de Asperger, para complementar los criterios que han sido utilizados. Otro punto importante es que esta investigación permite a los lectores familiarizarse con este trastorno, que no ha sido ampliamente difundido. Además puede permitir a los padres de niños que han sido diagnosticados con Síndrome de Asperger, comprender en qué consiste dicho trastorno y finalmente, esta investigación también puede servir de guía para generar futuras investigaciones.

## **II OBJETIVOS.**

### Objetivo general:

Generar una propuesta actualizada para la detección del Síndrome de Asperger

### Objetivos específicos:

- 1- Analizar la evolución histórica del Síndrome de Asperger como entidad nosológica.
- 2- Realizar una síntesis de las investigaciones actuales.
- 3- Proponer un modelo diagnóstico que integre criterios estadísticos y clínicos.

### **III ANTECEDENTES TEÓRICOS.**

#### **3.1 Antecedentes históricos.**

Hans Asperger, nació en Austria en el año 1906 y murió en el año 1980. Estudió medicina en Viena y se especializó en pediatría. Le atrajo la pedagogía terapéutica (remedial pedagogy: Heilpädagogik), que se practicaba en la clínica universitaria de pediatría de Viena, en niños con diferentes problemas. Consistía en una unión de la práctica médica con la educacional, que era realizada en un trabajo en equipo donde participaban médicos, enfermeras, profesores y terapeutas (Frith, 1991). Como parte de sus investigaciones sobre cómo interactuaban los grupos de niños, se interesó en qué llevaba a que algunos tuvieran la capacidad para formar un grupo, mientras otros carecían de esta habilidad. Se centró en los comportamientos anormales y en las interesantes peculiaridades que presentaban aquellos que no tenían esta capacidad (Tantam, 1988a). En 1944 publicó su primer artículo, donde describió un patrón particular de interacciones sociales perturbadas que llamó "Psicopatía Autística", estableciendo que se trataba de un trastorno de personalidad, distinto de la psicosis. Enfatizó la naturaleza estable del trastorno desde su inicio hasta la adultez; la impermeabilidad de estos problemas a la educación especial; la presencia de inteligencia normal y el pronóstico social generalmente bueno (Simblett y Wilson, 1993).

No mucho antes que apareciera el artículo original de Asperger, Kanner en 1943 publicó su primer informe, sobre 11 niños con un patrón de comportamiento anormal, que llamó "Autismo Infantil" (Wing, 1981; Kerbeshian, Burd y Fisher, 1990; Wing, 1991). Los niños descritos por Asperger parecieron ser más inteligentes que aquellos descritos por Kanner, pero eran similares en varios aspectos claves (Gillberg, 1989).

Mientras el trabajo de Kanner fue muy conocido internacionalmente, la contribución de Asperger fue menos divulgada fuera de la literatura Alemana (Wing, 1981). Van Krevelen en 1971, intentó conceptualizar la Psicopatía Autística como un trastorno separado del Autismo Infantil, discutiendo las diferencias entre ambos (Kerbeshian, Burd y Fisher, 1990; Gillberg, 1991a).

Las descripciones originales de Asperger, no se hicieron populares en la literatura de habla inglesa, hasta que Lorna Wing las consideró en su artículo de 1981, en el cual ella reconoció la utilidad del término Síndrome de Asperger (Gillberg, 1991a). Este importante escrito inmediatamente condujo a que el Síndrome de Asperger, fuera conocido a nivel internacional (Volkmar, Paul y Cohen, 1985; Gillberg, 1989; Green, 1990). Wing sostuvo que el Síndrome de Asperger entre un "espectro de trastornos autistas" era considerado en el extremo leve y no como un trastorno de personalidad independiente, como algunos (por ejemplo, Wolff y Barlow y, Wolff y Chick) estaban sosteniendo (Green, 1990). Desde ese momento, empezó rápidamente a ser utilizado el término Síndrome de Asperger, para describir a ciertos pacientes que habían sido difíciles de clasificar, pero parecían padecer un tipo de Autismo (Frith, 1991).

Tanto Asperger como Kanner utilizaron el nombre Autismo. Ambos coincidieron bastante, ya que reconocieron que las características más importantes eran la falta de interacción social, y la falla en la comunicación. También se refirieron a comportamientos estereotipados, intereses especiales aislados, destrezas excepcionales y resistencia a los cambios. Ambos enfatizaron que no tenía ninguna relación con la Esquizofrenia Infantil, y observaron que los padres de estos niños presentaban comportamientos similares (Frith, 1991).

Para Kanner, la dificultad autista fue una característica del desarrollo temprano, sin relación con la inteligencia, aunque estaba asociado con dificultades severas de lenguaje y comportamiento estereotipado y obsesivo. Asperger se interesó más por la evolución posterior que por el desarrollo temprano. Él reconoció, a diferencia de Kanner, que la Psicopatía Autística podía ocurrir en niños de todas las habilidades mentales, pero estuvo más interesado en las manifestaciones más sutiles y leves del autismo, en niños más capaces (Green, 1990; Frith, 1991).

Asperger estableció que los niños que estaba describiendo eran distintos de los autistas, porque no estaban tan perturbados, mostraban habilidades especiales, desarrollaban destrezas superiores de lenguaje a una edad temprana, no mostraban síntomas antes del tercer año de vida y tenían una evolución mejor (Gillberg, 1991a; Kaplan, 1995).

### **3.2 Psicopatía Autística.**

Hans Asperger postuló que los niños con Psicopatía Autística padecían de un trastorno de personalidad heredado, que era más frecuente en hombres. Quiso probar que se trataba de una entidad clínica reconocible, que se presentaba desde la temprana infancia, con discapacidades específicas y persistentes, pero que con ayuda podían lograr adaptarse (Frith, 1991).

Asperger escogió el nombre “Autismo” que había sido acuñado por Bleuler, para referirse a una perturbación del contacto, que se manifestaba de una manera extrema en los pacientes con esquizofrenia. En su artículo estableció que los niños con Psicopatía Autística tenían una interacción social severamente perturbada y limitada, debido a que el autismo coloreaba totalmente sus afectos, el intelecto, la voluntad y la acción, afectando de este modo todas las expresiones de su personalidad (Asperger, 1944).

Utilizó la palabra “Psicopatía” en el sentido técnico de un trastorno de personalidad, como Schneider. Estableció que la Psicopatía Autística era un trastorno de la personalidad, que se manifestaba en la niñez y su característica esencial, era la perturbación de la adaptación al medio ambiente social, que provocaba dificultades severas de integración. En algunos casos, los problemas eran compensados por un alto nivel de pensamiento original, que los podía conducir a éxitos excepcionales en la vida posterior.

Planteó que desde el tercer año de vida, se podían encontrar los rasgos característicos de la Psicopatía Autística, los cuales permanecían inconfundibles y constantes a lo largo de toda la vida, a pesar de que se produjeran algunos cambios durante el desarrollo (Frith, 1991).

Asperger estableció que las características típicas e inconfundibles de la Psicopatía Autística, eran la perturbación del contacto, que se expresaba en la mirada, la voz, los gestos y movimientos; las dificultades disciplinarias; la crueldad; las estereotipias; y la falta de habilidad para aprender a través de medios convencionales, para adquirir comportamientos automáticos y para generalizar su aprendizaje a otras situaciones.



Asperger abogó por el reconocimiento de tales niños, señalando el potencial que ellos tenían para ofrecer a la sociedad, y desde el principio sostuvo que a ellos se les debería dar una educación y dirección muy especial. Él se identificó con ellos, hasta el punto que creyó que para ayudar a las personas autistas, uno mismo necesitaba tener un “toque” de autismo (Asperger, 1944).

Sin embargo, planteó que en la mayoría de los casos, los aspectos positivos del autismo no pesaban más que los negativos y que existía una gama que abarcaba todos los niveles de habilidad, desde los genios sumamente originales, pasando por los excéntricos, que viven en un mundo propio y logran muy poco, hasta las más severas perturbaciones de contacto, en individuos mentalmente retardados (Asperger, 1944). Pero modificó un poco sus descripciones a lo largo de los años, quizá influido por las opiniones de otros autores, enfatizando en su artículo de 1979 la alta inteligencia y las habilidades especiales en áreas de lógica y abstracción de los niños con Psicopatía Autística (Wing, 1991).

A continuación se presenta una descripción de los síntomas de este trastorno, basada en los informes de Asperger, extraída de su artículo original de 1944, que fue traducido al Inglés por Uta Frith en 1991 y del artículo de Lorna Wing publicado en 1981.

#### Habla.

El niño usualmente comienza a hablar a la edad esperada en niños normales, mientras que la marcha puede estar retrasada. Pero no usan el lenguaje de un modo completamente correcto, ya que pueden inventar palabras, generalmente hablan como adultos y pueden tener dificultades para utilizar los pronombres correctamente. El habla tiende a ser pedante y con frecuencia consiste en discursos extensos de sus temas favoritos. A veces una palabra o frase es repetida de una manera estereotipada y pueden elegir algunas palabras poco comunes. Las bromas sutiles o chistes no son comprendidos, especialmente si son sobre ellos. Nunca alcanzan la comprensión del humor.

#### Comunicación no verbal.

Tienen una falta de expresión facial, pero puede aparecer una pequeña expresión, cuando experimentan fuertes emociones como ira o tristeza. El lenguaje se siente poco natural en cuanto a

su volumen y entonación, que tiende a ser monótono o exagerado y no está dirigido a un destinatario. Los gestos son limitados o exagerados y torpes e inapropiados para lo que están diciendo. Casi nunca su mirada se fija en un objeto particular o una persona, como signo de atención y contacto. La comprensión de las expresiones y gestos de las otras personas es pobre y pueden mal interpretarlos o ignorarlos.

#### Interacción social.

El impedimento de la interacción social no se debe a un deseo de retirarse del contacto social, por el contrario, el problema surge de una falta de habilidad para comprender y utilizar las reglas que rigen el comportamiento social. Su comportamiento social es ingenuo y peculiar. Ellos pueden estar concientes de sus dificultades e incluso esforzarse por superarlas, pero en forma inapropiada y sin éxito. No tienen el conocimiento intuitivo de cómo adaptar sus acercamientos y reacciones de acuerdo a las necesidades y personalidad de los otros. Tienen dificultad para expresar afecto y emociones y para comprender estas manifestaciones de otros. Siguen solamente sus propios deseos, intereses e impulsos, sin considerar las restricciones impuestas desde fuera y carecen completamente de cualquier respeto por la otra persona. Algunos son muy sensibles a las críticas de otras personas.

Pueden aparecer “actos autistas malévolos”, en que logran situaciones particulares desagradables o hirientes. Sin embargo, no pueden percibir cuánto hieren a otros. A veces pueden aparecer actos sádicos y cualquier sentimiento de vergüenza o culpa están en gran parte ausentes. Una pequeña minoría tiene una historia de actos antisociales bizarros, que puede deberse a su falta de empatía.

#### Actividades repetitivas y resistencia al cambio.

Los niños con este síndrome con frecuencia disfrutan de objetos que giran y los miran hasta que el movimiento cesa. Generalmente el juego es monótono y hacen hileras con sus juguetes. Tienden a apegarse intensamente a objetos particulares o a determinadas personas y son muy infelices cuando están lejos de sus lugares familiares.

### Coordinación motora.

Los movimientos motores gruesos son torpes y descoordinados. La postura y el modo de andar parecen extraños. La mayoría tiene dificultades en los juegos que involucran destrezas motoras y a veces, también están afectadas las habilidades para escribir o dibujar. Presentan movimientos estereotipados del cuerpo y de las extremidades, por ejemplo saltar, agitarse, dar vueltas, balancearse y golpear rítmicamente.

### Destrezas e intereses.

Pueden no prestar atención a los objetos del ambiente o tienen fijaciones anormales. Con frecuencia la relación de estos niños con las cosas está limitada a “coleccionar”, acumulando objetos sólo para juntarlos y no para hacer algo con ellos. Tienen excelente memoria y se interesan mucho en una o dos materias, que difieren de los intereses de otros niños de su misma edad, tales como astronomía, geología, la historia del tren a vapor, la genealogía de la realeza, los horarios y recorridos de los buses y trenes, monstruos prehistóricos, banderas, capitales o los personajes de una serial de T.V., excluyendo todo lo demás. Absorben cada hecho disponible que concierne a su campo escogido y conversan acerca de éste largamente, sin importarles si el oyente está interesado o no, pero tienen poca comprensión del significado de los hechos que aprenden. También pueden sobresalir en juegos que necesitan buena memoria, como el ajedrez y algunos tienen habilidades musicales. Sin embargo, algunos tienen serios déficit atencionales y problemas específicos de aprendizaje, en aritmética, lectura o escritura.

Tienen la habilidad para ver cosas y acontecimientos alrededor de ellos, desde un nuevo punto de vista y pueden tener una comprensión sorprendentemente sofisticada y especial de las obras de arte. Con frecuencia tienen observaciones muy acertadas y maduras, acerca de personas en su medio ambiente, sabiendo quienes tienen buenas intenciones y quienes no. Sin embargo, presentan dificultad para aprender imitando los comportamientos de los adultos, necesitan crear todo desde sus propios pensamientos y experiencia, y producen de este modo ideas originales. Son torpes y obstinados en las tareas diarias y no tienen una actitud apropiada hacia su cuerpo. Es casi imposible enseñarles los requisitos de limpieza y cuidado físico.

En relación a los sentidos, se encuentran gustos y aversiones muy pronunciadas por algunas comidas. Muchos niños también tienen un fuerte rechazo a ciertas sensaciones táctiles y se puede observar una hipersensibilidad al ruido.

### Experiencias en el colegio.

Esta combinación de impedimentos sociales y de comunicación y ciertas destrezas especiales, dan una impresión de marcada excentricidad. Los niños con frecuencia son molestados y rechazados por sus compañeros, por su conducta y su forma de hablar, poniéndose ansiosos y temerosos. Sin embargo, es posible que ganen respeto a través de sus destrezas intelectuales o de agresiones particularmente despiadadas. Aquellos que son más afortunados en los colegios, pueden ser aceptados como “profesores” excéntricos y respetados por sus habilidades poco comunes. Asperger los describe como estudiantes ineficientes, porque siguen sus propios intereses y procedimientos, a pesar de las instrucciones del profesor y de las actividades del resto de la clase y no les gusta que los distraigan de sus pensamientos. Sin embargo, tienen un tipo de obediencia automática, en que son incapaces de no cumplir las órdenes. Muchos toman conciencia de que son diferentes de otras personas, especialmente a medida que alcanzan la adolescencia y en consecuencia, se ponen muy sensibles.

### **3.3 Síndrome de Asperger.**

Aunque fue descrito hace más de 50 años, el interés por el Síndrome de Asperger fue lento y las publicaciones fueron bastante escasas, hasta los años 80. Desde ese momento, el interés en el Síndrome de Asperger comenzó a aumentar exponencialmente, siendo incluso reconocido oficialmente en el sistema diagnóstico de Estados Unidos, DSM-IV en 1994 y en el internacional, CIE-10 en 1993 (Klin, Volkmar y Sparrow, 2000).

Lorna Wing fue la primera persona que utilizó el término “Síndrome de Asperger”, en un artículo publicado en 1981. Encontró preferible este concepto neutro, por la tendencia popular a considerar la “Psicopatía” equivalente a un comportamiento sociopático o antisocial, conduciendo a malos entendidos (Wing, 1981; Tantam, 1988a). Ella describió un grupo de niños y adultos que tenían

características que se parecían mucho al perfil de habilidades y comportamiento, originalmente descrito por Hans Asperger (Attwood, 1998). Después que Lorna Wing introdujo el trabajo de Hans Asperger a un amplio número de lectores de habla inglesa, comenzaron a aparecer investigaciones en torno a este síndrome (Klin et al., 1995; Klin, Volkmar y Sparrow, 2000).

Ella consideró el Síndrome de Asperger como un trastorno del desarrollo, relacionado al autismo infantil. La dificultad sobresaliente era un fracaso de la “interacción social recíproca”, que se acompañaba de dificultades en la comunicación verbal y no verbal, y de impedimentos en la fantasía. Sostuvo que era equivalente al autismo de alto nivel (con inteligencia normal y sin retrasos gruesos en el lenguaje temprano) (Wolff, 1991a, b).

Lorna Wing (1981) notó un número de detalles adicionales en la historia del desarrollo, no registrados por Asperger. Estableció que durante el primer año de vida, puede haber una falta de interés y placer por la compañía humana, presente desde el nacimiento. El niño puede no prestar atención a eventos que ocurren a su alrededor. El balbuceo puede estar limitado en cantidad y cualidad y en general, hay una falta de deseo para comunicarse a través de balbuceo, gestos, movimientos, sonrisas, carcajadas y lenguaje que caracteriza a los niños normales.

El juego simbólico no aparece en algunos niños con el síndrome y en aquellos que sí lo tienen, está limitado a uno o dos temas, representados sin variación una y otra vez. Éste puede ser bastante elaborado, pero es realizado repetitivamente y no involucra a otros niños, a menos que ellos sigan exactamente el mismo patrón.

Wing discrepó de las observaciones de Asperger, quién afirmó que el lenguaje se desarrollaba antes que la marcha, ya que un poco menos de la mitad de los casos más típicos de Síndrome de Asperger, vistos por ella, caminaron a la edad común, pero fueron lentos para hablar; la mitad habló normalmente pero fueron lentos para caminar; y uno caminó y habló en los momentos esperados. Además planteó que, a pesar del buen uso de la gramática y un amplio vocabulario, se podía observar que el contenido del habla estaba empobrecido y mucho de éste estaba copiado de otras personas o libros. El lenguaje utilizado daba la impresión de ser aprendido de memoria y los

significados de palabras complejas podían ser conocidos, pero no aquellos de palabras utilizadas cotidianamente.

Asperger describió a las personas con su síndrome como capaces de originalidad y creatividad en sus campos escogidos. Sin embargo, Wing estableció que la cualidad poco común, surge de la tendencia a seleccionar algunos aspectos de una materia que pueden ser poco relevantes para una persona normal y usualmente el resultado es inapropiado. Ella criticó que Asperger planteara que las personas con su síndrome eran de alta inteligencia, por no haber citado resultados de pruebas estandarizadas de inteligencia para apoyarlo. Wing estableció que las habilidades especiales de estos niños estaban principalmente basadas en memoria mecánica, mientras que la comprensión del significado subyacente era pobre y además carecían de sentido común (Wing, 1981).

A Lorna Wing le llamó la atención el hecho de que algunos niños que tenían las características del autismo clásico cuando muy pequeños, después de un tiempo, desarrollaban un habla fluida y un deseo de socializar con otros niños. Es decir, estos niños habían progresado más allá del diagnóstico de autismo clásico descrito por Kanner, pero todavía tenían problemas significativos con las destrezas sociales y conversaciones más avanzadas, pareciéndose más a la descripción original de Hans Asperger (Attwood, 1998).

Por lo tanto, las principales características clínicas del Síndrome de Asperger para Wing, incluyen un impedimento cualitativo de la habilidad para interactuar socialmente; falta de empatía; interacción social ingenua, inapropiada, unidireccional y poca capacidad o incapacidad para formar amistades; incapacidad para reconocer y responder a los gestos y expresiones de otros; habla pedante, repetitiva; comunicación no verbal pobre; actividades repetitivas; resistencia al cambio; destrezas especiales o intereses circunscritos, en ciertas materias tales como astronomía y horarios de trenes, pero limitación marcada de actividades imaginativas y juegos simbólicos; movimientos torpes y descoordinados o estereotipados y postura extraña (Wing, 1981; Burgoine y Wing, 1983; Burd y Kerbeshian, 1987; Kerbeshian, Burd y Fisher, 1990; Everall y Lecouteur, 1990).

### **3.4 Definición actual.**

Ni Hans Asperger ni Lorna Wing presentaron explícitamente los criterios para el diagnóstico y en el presente no hay un acuerdo universal. Los terapeutas tienen la alternativa de cuatro grupos de criterios, dos desarrollados por organizaciones en base a estudios estadísticos y dos por la observación clínica. Los criterios más restrictivos y rigurosos son los del CIE-10 (OMS, 1993) y los del DSM-IV (APA, 1994). Los menos restrictivos son los criterios de Peter Szatmari et al. (1989b) de Canadá y los criterios de Christopher y Corina Gillberg (1989) de Suecia (Attwood, 1998) (ver Anexos I, II, III y IV).

El Síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo neurológico, serio y crónico, que se caracteriza por los mismos déficit sociales del autismo, pero se diferencia por una relativa conservación del lenguaje y de las habilidades cognitivas (Volkmar y Klin, 2000). Es difícil que sea diagnosticado antes de los 3 años (Bernet y Dulcan, 1999), ya que generalmente es reconocido después de esa edad (Volkmar y Klin, 2000). La persona con Síndrome de Asperger no tiene características físicas distintivas, pero es visto por otros como diferente, por su cualidad poco común de comportamiento social y destrezas de conversación (Attwood, 1998). Una falta de destrezas sociales, limitada habilidad para tener una conversación recíproca y un intenso interés en temas particulares, son las características centrales de este síndrome (Attwood, 1998), además de anomalías en el lenguaje y en la comunicación no verbal, actividades repetitivas y comportamientos estereotipados, resistencia al cambio y problemas con la coordinación motora (Ryan, 1992; Marriage et al., 1995; Brumback et al., 1996).

Son niños aislados socialmente y no parecen capaces de leer el lenguaje corporal de las personas. Tienen intereses especiales tales como transporte, animales o ciencia, los cuales dominan el tiempo libre y la conversación del niño. Pueden haber interpretaciones literales de un lenguaje figurado y una cualidad de su habla muy precisa o pedante. También pueden tener una extraordinaria memoria de largo plazo, una excepcional concentración cuando están ocupados en sus intereses especiales y un método original para resolver problemas, sin embargo, puede haber una falta de motivación y atención para otras actividades, dificultades específicas de aprendizaje y torpeza motora. El niño es socialmente introvertido y está propenso a ser molestado por otros niños. Este

niño que parece normal y tiene habilidad intelectual normal, no es capaz de comprender y relacionarse con otras personas al nivel que uno podría esperar para su edad (Attwood, 1998).

Los niños con Síndrome de Asperger frecuentemente se acercan torpemente a otros sólo para satisfacer sus necesidades y tienen dificultades para percibir los sentimientos de otros. Tienen un uso limitado de expresión facial y gestos para comunicar. Estos niños con frecuencia hablan mucho o muy poco, muestran anomalías en la inflexión, pudiendo ser monótona o exagerada y pueden repetir frases inapropiadas fuera de contexto. Afecto plano, escasez de gestos, anomalías en la inflexión y dificultad para tener una conversación, son los comportamientos que señalan a los niños y adolescentes con Síndrome de Asperger como “extraños”, “bizarros” y “excéntricos”. A veces experimentan una enorme ansiedad en respuesta al estrés y su vida interna de fantasías puede desbordarse dentro de la realidad, pudiendo parecer psicóticos, pero son capaces de diferenciar la realidad de la fantasía (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989).

Es posible que las personas con Síndrome de Asperger aprendan rutinas sociales, logrando un parecido superficial a la normalidad, pareciendo simplemente excéntricos, pero tienen que aprender con un gran esfuerzo lo que otros adquieren bastante naturalmente. La firme persecución de un interés especial o un talento artístico o musical, es digno de admiración y puede llevar a la persona a un gran éxito social. Asperger enfatizó cuán valiosos para la sociedad pueden ser estas personas. Sin embargo, no todos pueden alcanzar una integración social cercana a la normal, a pesar de sus arduos esfuerzos (Frith, 1991). Por otro lado, la ventaja intelectual y de lenguaje de los individuos con Síndrome de Asperger, puede relacionarse con buenas oportunidades sociales, vocacionales y de vida independiente (Klin, Volkmar y Sparrow, 2000).

A Hans Asperger se le critica haber establecido que los niños con Psicopatía Autística, se caracterizaban por poseer un comportamiento malévol y malicioso. Nadie más ha descrito a los niños autistas como maliciosos. Se piensa que Asperger no distinguió entre un acto malicioso intencional y uno simplemente desagradable. Hoy se plantea que la persona con Síndrome de Asperger no calcula el efecto de su comportamiento y que no tienen el propósito de dañar los sentimientos de otras personas. Muchos individuos con Síndrome Asperger, lejos de convertirse en



delincuentes, están excesivamente preocupados por hacer las cosas correctas, absteniéndose de hacer lo que ellos creen que es ilegal y esperando que los otros también se comporten legalmente (Frith, 1991).

### **Características clínicas.**

#### **a) Comportamiento Social.**

La persona con Síndrome de Asperger tiene una cualidad poco común de comportamiento social y destrezas de conversación, que pueden ser muy llamativas. El niño pequeño no parece motivado o no sabe cómo jugar con otros niños de su edad. Parecen completamente satisfechos con su propia compañía y prefieren ser dejados solos para continuar su actividad. Pueden decir o hacer cosas que ofendan o molesten a otras personas, sin darse cuenta, pero gradualmente van aprendiendo los códigos de la conducta social, a través de un análisis intelectual. Los errores en el comportamiento social se deben particularmente, a no comprender las consecuencias en los sentimientos de otros y a no saber lo que se supone que deben hacer. Una vez que los códigos de conducta son aprendidos, los hace cumplir rígidamente. Tienen dificultad para comprender los pensamientos y sentimientos de otros y para expresar sus propios sentimientos y emociones, siendo inexpresivos o reaccionando desproporcionadamente (Attwood, 1998).

El niño con Síndrome de Asperger puede no mostrar interés en otros niños, siendo un participante pasivo en el juego o interactuando con otros sólo con respecto a sus propios intereses. Es común que interactúen con niños más pequeños o con niñas. Pueden tener un deseo para interactuar con otros niños, pero su dificultad es que son muy intrusivos, desagradables o torpes socialmente. Pueden ser bastante desinhibidos en sus interacciones con extraños, haciendo preguntas inapropiadas y comentarios embarazosos. Parecen carecer de la habilidad para modificar su comportamiento, de acuerdo a las demandas del contexto social o del ambiente (Szatmari, 1991b, 1996).

Ellos pueden no tener necesariamente un deseo de retirarse de otros, pero el aislamiento resulta de una falta de entendimiento intuitivo de las reglas del comportamiento social, incluyendo aquellas que rigen el habla, los gestos, la postura, el movimiento, el contacto visual, la elección de la

vestimenta y la proximidad a otros (Ryan, 1992). Por lo tanto, la indiferencia por otros no es una característica universal de las personas con síndrome de Asperger (Tantam, 1991). Con frecuencia parecen impacientes por tener contacto social, pero hacen acercamientos torpes y centrados en ellos (Green, 1990). Además, tienen dificultad con respecto al espacio personal de otros y se aproximan mucho, sin ser conscientes de que pueden estar incomodando (Kereshian, Burd y Fisher, 1990; Szatmari, 1991b, 1996), carecen de destrezas sociales, tienen una falta de empatía para los sentimientos de otros (Green, 1990), tienen una capacidad reducida para concebir a otras personas como seres que piensan y sienten (Gillberg, 1991a) y presentan dificultad para comprender el punto de vista de otros (Marriage et al., 1995).

Cuando están involucrados en un juego colectivo, puede haber una tendencia a imponer o dictar la actividad, y el contacto social es tolerado mientras los otros niños juegan su juego, de acuerdo a sus reglas. El niño no está interesado en realizar las actividades que otros niños quieren hacer y no se ve a sí mismo como miembro de un grupo particular. Hay una fuerte preferencia para interactuar con adultos y tienen pocos amigos. Se sienten relativamente más cómodos con un sólo amigo, pero cuando están en un grupo se vuelven introvertidos y solitarios y con frecuencia no están interesados en deportes competitivos o en juegos de equipos (Attwood, 1998).

#### b) Lenguaje.

Casi el 50% de los niños con Síndrome de Asperger presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje, pero con frecuencia cerca de los 5 años hablan fluidamente (Frith, 1991; Gillberg, 1991a; Eisenmajer et al., 1996). Sin embargo, el lenguaje puede ser muy extraño cuando es utilizado para comunicarse (Frith, 1991) y tienen dificultad para tener una conversación espontánea en un medio natural. Si bien la adquisición de la fonología y sintaxis (la pronunciación y gramática) sigue el mismo patrón que en los otros niños, las diferencias están en áreas específicas de la pragmática (la utilización del lenguaje en un contexto social), semántica (no reconocer que pueden haber varios significados) y prosodia (un tono, acento o ritmo poco común) (Attwood, 1998).

Szatmari estableció que los niños con trastorno de Asperger hablan en el momento esperado, pero tienen dificultades enormes en la pragmática de la comunicación, en particular para iniciar y

mantener una conversación con otros (Szatmari et.al. 1989b, 1991b). Su voz con frecuencia carece de inflexión adecuada y ponen énfasis en lugares inapropiados de las frases. Sus conversaciones generalmente son unilaterales, centrándose en sus propios intereses y rara vez preguntan por los sentimientos o las preocupaciones de otros (Szatmari, 1991b, 1996).

Los problemas pragmáticos del lenguaje tienen más relación con la comunicación no verbal, que con las anomalías puramente lingüísticas (Tantam, 1991). Se puede observar, que pueden hacer un comentario irrelevante para la situación o romper los códigos sociales o culturales. Cuando tienen dudas sobre qué decir, tienden a cambiar a un tema con el cual están familiarizados y una vez que han comenzado a hablar, parece imposible detenerlos. También puede haber una tendencia a interrumpir la conversación de otros. Por otro lado, interpretan literalmente lo que la otra persona dice, estando afectada la comprensión de dichos o metáforas, confundiéndose y alterándose mucho con las bromas, el humor, los sarcasmos, las simulaciones y las mentiras. A medida que crecen se vuelven pedantes o excesivamente formales, en la forma de hablar (Kereshian, Burd y Fisher, 1990) y en las palabras que utilizan. Además, pueden inventar palabras (neologismos) o son idiosincráticos u originales en su uso del lenguaje (Attwood, 1998).

El niño parece no tener conciencia de su efecto en el auditor, incluso si éste muestra signos claros de desconcierto o deseo de finalizar la interacción; y además, puede hacer una afirmación o una pregunta que no está relacionada con el tema de conversación. Tienen dificultades para identificar las señales que indican cuándo comenzar a hablar y no pueden apreciar el efecto que tiene interrumpir una conversación. Las destrezas para comentar sobre las opiniones, habilidades y experiencia de otra persona, para ofrecer simpatía y acuerdo, para hacer el tema interesante y para saber cómo y cuándo escuchar y mirar a la otra persona, son tan complejas y avanzadas, que pueden ser difíciles de alcanzar para el niño o joven con Síndrome de Asperger (Attwood, 1998).

Los niños con Síndrome de Asperger tienen buenas destrezas de lenguaje expresivo (Gillberg, 1991a), sin embargo, los elementos prosódicos con frecuencia están marcadamente limitados y el contenido del habla es repetitivo, enfocándose en un área de interés (Kereshian, Burd y Fisher, 1990). El habla tiene una falta de variación en el tono, énfasis y ritmo o en la melodía. Puede tener

una cualidad monótona, plana o una dicción muy precisa, con acento en cada sílaba. A veces la entonación del niño es la misma que la de su programa favorito de televisión. También puede tener dificultades para comprender la relevancia del cambio de tono o énfasis en ciertas palabras, cuando escucha a otra persona (Attwood, 1998).

Los criterios diagnósticos oficiales afirman que el lenguaje no está retrasado en el trastorno de Asperger, sin embargo, hay informes de niños que reunieron todos los criterios del trastorno y que hablaron tardíamente; otros, no presentaron retraso del lenguaje pero invirtieron el pronombre cuando pequeños. Por lo tanto, si bien no hay retraso en el desarrollo del lenguaje y muchos niños pueden presentar un habla altamente gramatical a una edad temprana, algunos con trastorno de Asperger tienen problemas con el uso social del lenguaje y su habla puede parecer pedante y repetitiva, con una prosodia extraña (Kaplan, 1995).

#### c) Comunicación no verbal.

El síndrome de Asperger puede estar asociado con un impedimento en la interpretación de las expresiones no verbales y también en su producción. La impresión de anormalidad resulta de una falta de integración de la expresión, el habla y la mirada. Esto puede tener el efecto de hacer que un gesto común, parezca extraño (Tantam, 1991, 1992). Generalmente tienen una comunicación no verbal muy pobremente sincronizada, en que sus gestos carecen de velocidad, ritmo e integración, de los movimientos normales que acompañan al lenguaje hablado (Kereshian, Burd y Fisher, 1990). Se observa una expresión restringida o inapropiada, especialmente ante emociones fuertes, una utilización torpe de gestos y una mirada extraña (Green, 1990; Ryan, 1992; Szatmari, 1996).

Con frecuencia establecen poco contacto visual y no utilizan gestos para acompañar sus conversaciones. Ellos pueden presentar expresiones faciales inapropiadas, tales como reírse o sonreír en un modo extraño (Szatmari, 1996). Generalmente fallan al utilizar el contacto visual, para interrumpir partes claves de la conversación y no miran cuando la otra persona está hablando. También hay una falla para comprender que los ojos expresan información del estado mental o de los sentimientos de las personas. Las manos pueden ser movidas para describir gráficamente qué hacer con los objetos o para expresar ira o frustración, pero los gestos o el lenguaje corporal

basado en la apreciación de los pensamientos y sentimientos de otra persona, están notablemente disminuidos o ausentes. La comprensión de las expresiones faciales de los otros es incorrecta o las señales pueden no ser percibidas (Ryan, 1992), por lo cuál, el niño no responde a los cambios de expresión facial o lenguaje corporal de la otra persona (Attwood, 1998).

#### d) Intereses y rutinas.

Dos características del Síndrome de Asperger que no han sido adecuadamente definidas en la literatura, son la tendencia a fascinarse por un interés específico, al que dedica todo su tiempo y sus conversaciones con los demás, y la autoimposición de rutinas que debe realizar (Attwood, 1998).

El niño pequeño puede desarrollar un interés en coleccionar artículos específicos, después de un tiempo, puede decidir cambiar a un nuevo tipo de objeto y luego fascinarse con un tema específico. El interés puede durar varias semanas o incluso años, pero cuando termina, rápidamente es reemplazado por otro. El componente esencial de estos intereses, es la acumulación de objetos o información. La persona desarrolla un conocimiento enciclopédico, recolectando ávidamente información acerca de su interés y haciendo incesantes preguntas. El interés implica considerable imaginación y creatividad, y constituye pasatiempos usualmente solitarios e idiosincráticos, que dominan sus pensamientos, conversaciones y juegos. El niño realmente disfruta su interés y no trata de resistirlo, y además, le sirve para facilitar la conversación, para proveer orden, para relajarse y es una actividad agradable (Attwood, 1998).

Estas actividades autoseleccionadas para el tiempo libre, son realizadas privadamente y sin preocuparse de sus implicaciones sociales. Con frecuencia involucran un elemento de sistematización o repetición. Los intereses más simples involucran rutinas o colecciones, en cambio los más complejos consisten en memorizar hechos, realizar dibujos estereotipados o listas, o seguir una línea detallada de estudio abstracto (Tantam, 1991). Puede ser gracias a su inteligencia normal, que ellos cambian sus intereses por áreas de experticidad en las cuales sobresalen (Gillberg, 1991a) e, incluso, algunos intereses eventualmente pueden volverse una fuente de empleo (Attwood, 1998).

El niño pequeño puede desarrollar interés en coleccionar artículos específicos como, etiquetas de botellas de cerveza, mariposas o llaveros, o también otros objetos notablemente poco comunes como lápices amarillos, aspiradoras o escobillas de baño (Attwood, 1998). Después desarrolla un interés intenso en materias tales como astronomía, meteorología, horarios de buses o trenes o ciertas direcciones (Szatmari, 1991b, 1996). También se han descrito intereses que pueden implicar temas tales como electrónica, ciencia, el espacio, transportes, especies de animales (dinosaurios) o una fascinación extrema con computadores, pudiendo desarrollar considerables destrezas en estas áreas (Kereshian, Burd y Fisher, 1990; Attwood, 1998). La habilidad para sostener fuertes intereses en un área particular, a pesar de que pueden parecer excesivos y estériles, los puede llevar a obtener mucho éxito (Frith, 1991).

A veces estos intereses son difíciles de separar de los hobbies y preocupaciones de niños normales, tales como películas de terror, lucha libre o videos de rock. La diferencia es que estos intereses son la única actividad en que el niño participa y ocupan todo su tiempo libre, excluyendo otras actividades sociales, es decir, en lugar de jugar con otros niños, ellos se dedican a sus intereses solitarios. Además, tratar de distraer a los niños con trastorno de Asperger de estos intereses, puede resultar inapropiado y ocasionalmente provocar comportamientos agresivos (Szatmari, 1991b, 1996).

El niño pequeño con Síndrome de Asperger puede tener una propensión a establecer y hacer cumplir rutinas (Gillberg, 1991a; Attwood, 1998), aparentemente para hacer predecible la vida y para imponer orden, ya que la novedad y la incertidumbre son intolerables. No terminar una actividad puede provocar gran angustia y ansiedad y ninguna desviación es tolerada, por lo tanto, el establecimiento de una rutina asegura que no hay oportunidad para un cambio y reduce la ansiedad. Cuando la persona madura, la insistencia en la rutina tiende a disminuir, pero el cambio nunca es fácilmente tolerado (Szatmari, 1991b; Attwood, 1998).

Asperger creyó que estos niños no tenían una actitud apropiada hacia sus cuerpos, observando que incluso cuando adultos, algunos andaban descuidados y sucios, pero, por el contrario, se ha visto que muchos son sumamente formales antes que descuidados (Dewey, 1991), pero el aspecto

higiénico puede estar marcado por extremos simultáneos, como por ejemplo, ducharse diez veces al día, pero nunca lavarse los dientes (Ryan, 1992).

e) Torpeza motora.

La torpeza motora parece ser el sello del síndrome de Asperger (Green, 1990; Gillberg, 1989; 1991a) y uno de los primeros indicadores, es que algunos niños aprenden a caminar unos pocos meses después de lo esperado (Tantam, 1991; Attwood, 1998). En la infancia puede haber una habilidad limitada para los juegos con pelota, dificultad para aprender a abrocharse los zapatos y un modo extraño de caminar o correr. Cuando el niño asiste al colegio, se observa una caligrafía deficiente y una falta de aptitud para los deportes. Están comprometidas las destrezas motoras gruesas y finas. Sin embargo, hay una confusión sobre si debe ser un criterio diagnóstico del Síndrome de Asperger (Attwood, 1998), y no está claro si se puede utilizar para discriminar este síndrome de otras variantes del Autismo (Frith, 1991).

Los casos con síndrome de Asperger con frecuencia son descritos como presentando torpeza, una falta de coordinación de los movimientos y un modo de andar rígido y torpe (Green, 1990; Gillberg, 1989; 1991a). Sin embargo, ellos pueden ser sorprendentemente diestros al perseguir sus intereses, por ejemplo construyendo motores de juguetes o dibujando objetos que los fascinan (Tantam, 1991). En momentos de estrés, es probable que presenten movimientos estereotipados (Szatmari, 1991b; Frith, 1991), pero los más hábiles, que tienen una mayor conciencia social, aprenden a suprimirlos (Frith, 1991) o a ocultarlos, realizándolos sólo en situaciones socialmente aceptadas (Gillberg, 1991a).

Por lo tanto, las áreas donde la torpeza motora es clara, son: en la marcha, en la precisión para agarrar, tirar y chutear una pelota (Tantam, 1991; Attwood, 1998), en el equilibrio, en las destrezas manuales que están implicadas para aprender a vestirse, abrocharse los zapatos, abotonarse la ropa o comer con servicios (Gillberg, 1989), y en la imitación de movimientos, teniendo dificultad para sincronizar sus movimientos, con aquellos de la otra persona (Attwood, 1998).

#### f) Cognición.

Las personas con Síndrome de Asperger tienen una dificultad para percibir y conceptualizar los pensamientos y sentimientos de otra persona. Tienen una muy buena memoria de largo plazo y los recuerdos pueden ser primariamente visuales, pudiendo recordar páginas completas de un libro. Con frecuencia sus pensamientos tienden a ser rígidos, teniendo poca capacidad para aprender de los errores y para generalizar su aprendizaje a otras situaciones. Algunos desarrollan hiperlexia, pero tienen una comprensión muy pobre de las palabras o del argumento de una historia, mientras otros tienen una dificultad considerable para leer. Por otro lado, algunos se fascinan con los números desde una edad temprana y son extraordinariamente precoces en su habilidad para contar. Ellos parecen tener un modo diferente de pensar y resolver problemas, que es muy original. No logran ajustarse a la secuencia tradicional de etapas, para adquirir habilidades escolares y pueden requerir algún tiempo para aprender destrezas básicas. Por el contrario, se ha visto que adquieren habilidades precoces u originales, utilizando una estrategia poco convencional (Attwood, 1998).

En las pruebas de inteligencia tienen puntajes que se corresponden con el rango promedio (Frith, 1991) o por encima del promedio, a pesar que Gillberg (1989) consideró que el diagnóstico podía ser hecho en niños con un retardo mental leve (Green, 1990). Como grupo, las personas con trastorno de Asperger frecuentemente tienen un cociente intelectual (CI) verbal significativamente superior al CI manual (Kaplan, 1995). Pueden ser extraordinariamente hábiles para recordar información y definir palabras, pero relativamente poco eficiente para resolver problemas (Attwood, 1998). Con frecuencia parecen tener una memoria excelente para el material oído por casualidad y algunas expresiones que ellos usan, que pueden mostrar gran destreza social, son simplemente frases repetidas, que han sido recordadas de un contexto previo similar (Happé, 1991).

Ellos pueden aprender muchas cosas acerca del mundo, pero curiosamente este conocimiento parece quedar fragmentado, presentando una falla al juntar sus experiencias con sus conocimientos, para obtener un significado útil. A pesar de que tienen grandes habilidades académicas, se puede observar que carecen de sentido común (Frith, 1991). En las situaciones triviales no saben intuitivamente lo que se supone que todos saben y no tienen conciencia de la existencia de la mente de otro, lo que podría permitirles obtener alguna guía. Una idea en la mente



de otra persona, es algo que los confunde bastante e, incluso, cuando el mensaje es puesto en palabras puede ser mal interpretado o tomado literalmente. No pueden asumir fácilmente un punto de vista distinto del propio y tienen gran dificultad para percibir simultáneamente dos interpretaciones distintas de una situación. Poseen creencias y pueden cambiarlas, pero no se dan cuenta que las cambiaron o por qué las cambiaron (Dewey, 1991).

Las estrategias atencionales de estos niños pueden explicar mucho de su idiosincrasia y pueden dar cuenta de los cambios aparentemente repentinos en el tema del interés especial, que a veces ocurre, y también pueden explicar por qué incluso los intereses comunes, son interesantes en modos inesperados (Tantam, 1991, 1992).

Las personas con Síndrome de Asperger parecen tener un estilo de pensamiento, que es predominantemente visual. También pueden tener una percepción extraordinaria para los detalles, que hace que sus trabajos de arte puedan ser bastante extraordinarios. Hay grandes ventajas con este tipo de pensamiento, incluso se ha dicho que Albert Einstein fue un pensador visual. El pensamiento es diferente, altamente original, con frecuencia no es comprendido por otros, pero no es anormal. A estas personas se les han atribuido grandes avances en ciencia y arte (Attwood, 1998).

Wing (1981) describió la falta de fantasía típica del juego de niños con síndrome de Asperger, sin embargo, se ha visto que algunos crean historias, mundos imaginarios o amigos imaginarios de juego. El elemento crucial en el juego de estos niños, es una falta de habilidad para los juegos de roles, es decir, para poder cambiar a una persona diferente (Tantam, 1991). Estos niños desarrollan juego simbólico, sin embargo, es estereotipado y repetitivo (Szatmari, 1996). El juego es solitario y puede parecer notablemente creativo, sin embargo, hay ocasiones en que se trata de una copia fiel de algo que el niño ha visto o escuchado (Attwood, 1998), por esta razón, Szatmari (1996) estableció que no era creativo.

Algunos niños pequeños con Síndrome de Asperger pueden tener dificultad para distinguir entre la realidad y la ficción en libros, programas de televisión y películas. Aceptan los eventos como

realidad, pueden asustarse bastante y son incapaces de comprender que “es sólo una historia” (Attwood, 1998). Los niños mayores crean mundos imaginarios e historias fantásticas (Ghaziuddin, Leininger y Tsai, 1995; Tantam, 1991), como una forma de escape y simplemente por placer (Attwood, 1998).

g) Sensibilidad sensorial.

Algunos individuos con Síndrome de Asperger dan cuenta de intensas sensaciones molestas y la mera anticipación de la experiencia, puede conducir a ansiedad o pánico intenso (Frith, 1991; Attwood, 1998). Uta Frith plantea que ellos perciben las sensaciones auditivas, visuales o táctiles, de un modo extremadamente débil o fuerte, pudiendo haber una hipo o hipersensibilidad. Tanto la interpretación de la sensación como la reacción emocional posterior, o la ausencia de ésta, parecen estar fuera de lo normal (Frith, 1991).

Pueden ser muy sensibles a sonidos y a algunas texturas, sin embargo, pueden expresar una reacción mínima a niveles de dolor y temperatura, que podrían ser insoportables para otros. Uno o varios sistemas sensoriales pueden estar afectados, percibiendo las sensaciones corrientes como insoportablemente intensas. Las sensibilidades más comunes implican sonido y tacto, pero en algunos casos están involucrados el gusto, la intensidad de la luz, los colores y los olores (Attwood, 1998).

Hay tres tipos de ruido que son percibidos como extremadamente intensos. La primera categoría son ruidos súbitos, inesperados, como el ladrido de un perro. La segunda, son ruidos agudos, continuos, particularmente el sonido de pequeños motores eléctricos utilizados en equipos domésticos. La tercera categoría son ruidos confusos, complejos o múltiples, tal como el de centros comerciales o reuniones sociales (Attwood, 1998).

Puede haber una sensibilidad extrema al tocar partes particulares del cuerpo como la cabellera, la parte superior de los brazos y las palmas. Al niño le puede molestar tocar ciertas texturas y puede haber renuencia a usar una variedad de ropa. Por otro lado, puede tener una sensibilidad aumentada a los sabores y texturas de ciertos tipos de comida y algunas personas informan que, olores

específicos pueden ser abrumadores (Attwood, 1998).

Una característica poco común, asociada con el Síndrome de Asperger, es una sensibilidad a niveles particulares de iluminación, colores o una distorsión de la percepción visual (micropsia), que puede conducir a temor o ansiedad, como respuesta. La percepción intensa de colores, puede ser reconocida en las pinturas de algunas personas con Síndrome de Asperger. En algunos casos pueden llegar a ser artistas renombrados, por su utilización especial del color (Attwood, 1998).

#### h) Dificultades en el colegio.

Generalmente el aspecto mas desventajado del funcionamiento de los niños con Síndrome de Asperger, es su falta de destrezas sociales, que puede interferir en la situación escolar y reducir sus oportunidades para participar en deporte y otras formas de recreación (Marriage et al., 1995). Ellos con frecuencia son molestados en el colegio, por sus comportamientos excéntricos (Ryan, 1992) y cuando prueban las mismas actividades o cuentan los mismos chistes que sus pares, son puestos en ridículo, ya que otros niños sacan ventaja de su ingenuidad y los ponen en situaciones difíciles (Attwood, 1998). Tienden a funcionar pobremente en el colegio, porque siguen sus propios intereses en lugar de las tareas solicitadas por los profesores (Ryan, 1992).

#### i) Comportamiento antisocial.

La comprensión actual del Síndrome de Asperger y su relación con el trastorno de conducta es limitada. Actos antisociales han sido observados, sin embargo, son poco comunes (Simblett y Wilson, 1993). Everall y Lecouteur presentaron el caso de un adolescente con Síndrome de Asperger y que llevaba un año provocando incendios, durante su último año de colegio, debido a la incertidumbre que la significaba el futuro (Everall y Lecouteur, 1990).

Muchos adultos con síndrome de Asperger tienen mas bien actitudes estrictas ante el cumplimiento de la ley, pero en una minoría esto puede coexistir con una falta de empatía que puede resultar en violencia hacia otros (Tantam, 1991). Entre los sujetos que exhibieron comportamiento antisocial, Tantam enfatizó su falta de empatía y la aparente inexplicabilidad de muchos de los episodios antisociales. Ninguno de los delitos pareció ser la consecuencia de un interés especial (Tantam,

1988a), sin embargo, a partir de otra investigación, Tantam estableció que las ofensas a la propiedad son raras, excepto cuando son efectos colaterales de la persecución de un interés especial (Tantam, 1991).

Por lo tanto, una minoría de personas con Síndrome de Asperger, se han visto envueltas en algunos casos forenses difíciles. A veces sus delitos son parte de su persecución firme de un interés especial, o es el resultado de una acción defensiva frente a un pánico inducido, o es la consecuencia de una completa falta de sentido común (Frith, 1991), o de su incapacidad para empatizar con las perspectivas de otros (Gillberg, 1991b).

Los cuentos que son recordados y repetidos por los niños con Síndrome de Asperger, son precisamente aquellos que son más espantosos. Además, ciertas situaciones tensas lo hacen actuar desproporcionadamente, pero sin ninguna malicia o premeditación por parte del niño, y muchos niños pequeños recurren a amenazas exageradas para mostrar displacer (Dewey, 1991).

### **3.5 Dificultades diagnósticas.**

Si bien muchos sistemas de clasificación podrían funcionar bien para niños que muestran una forma severa o prototípica del trastorno, como en el caso del autismo asociado con retardo mental, la situación es diferente en el caso de los niños más capaces o niños que muestran formas atípicas del trastorno. No se ha encontrado una solución para diagnosticar el Síndrome de Asperger, particularmente porque muchos de los criterios diagnósticos se refieren a los síntomas negativos (“falta de” o “relativo fracaso a”), que en la esfera del funcionamiento social y comunicacional, pueden abarcar un vasto rango de expresiones, dejando cabida a decisiones subjetivas, que pueden variar de psicólogo en psicólogo. Tanto Kanner como Asperger, fueron partidarios de las observaciones descriptivas y en sus publicaciones describieron justamente casos prototípicos (Klin, Volkmar y Sparrow, 2000).

La descripción de Wing también incluyó las características más típicas, pero tuvo dificultades para determinar cuáles eran esenciales para el diagnóstico. Estableció que cada elemento puede

manifestarse en diferentes grados de severidad y en cualquier nivel de inteligencia, siendo posible encontrar personas en el límite del Síndrome de Asperger, en los cuales el diagnóstico es particularmente difícil. Planteó que ocurren variaciones de persona a persona y que es raro encontrar en un caso cualquiera, todas las características, por lo que el diagnóstico debe estar basado en la historia completa del desarrollo y en el cuadro clínico actual, y no en la presencia o ausencia de cualquier característica independiente (Wing, 1981).

Uta Frith establece que dentro de los individuos con Síndrome de Asperger, hay muchas variaciones, ya que algunos presentan dificultades extremas de comportamiento, mientras otros son fáciles de manejar; algunos sufren de un trastorno específico en el aprendizaje y les va mal en el colegio, en cambio a otros les va muy bien académicamente, tienen grados universitarios y pueden encontrar un lugar en la sociedad, llevando una vida razonablemente buena, pero otros permanecen desadaptados. Por lo tanto, plantea que la categoría de Síndrome de Asperger, aun cuando es vista como una subcategoría perteneciente al espectro de los trastornos autistas, presenta una variedad de casos que van desde los más a los menos prototípicos (Frith, 1991). Ninguna de las características diagnósticas del Síndrome de Asperger son únicas y es poco común encontrar a un niño que tenga una expresión severa de todas ellas. Cada niño es un individuo, en términos del grado de expresión de cada una de las áreas (Attwood, 1998).

Esto también fue considerado por Asperger, al establecer que la personalidad autista era altamente distintiva, a pesar de que los individuos autistas se distinguían unos de otros, no sólo por el grado de perturbación en el contacto y el grado de habilidad intelectual, sino también por su personalidad y sus intereses especiales, los cuales con frecuencia eran bastante variados y originales (Asperger, 1944).

El Síndrome de Asperger puede ser difícil de reconocer, porque se manifiesta en diversas formas de acuerdo a la edad y al nivel de desarrollo del niño (Gillberg, 1991a; Bernet y Dulcan, 1999) y además puede existir un trastorno psiquiátrico asociado (Szatmari, Bartolucci y Bremner, 1989; Bernet y Dulcan, 1999). Las diferencias de personalidad, también juegan un rol esencial en todos los casos (Nordin y Gillberg, 1998). En algunos casos hay una continuidad clínica, en que la

persona autista después desarrolla un cuadro clínico, que se parece más al descrito por Asperger. Por lo tanto, existe una amplia variación interindividuo e intraindividuo (Gillberg, 1991a).

### **3.6 Clasificación del Síndrome de Asperger.**

Las muchas incertidumbres envueltas en el continuo debate de investigación, acerca de si el Síndrome de Asperger debiera o no ser visto como un trastorno válido por sí mismo, ha sido una fuente de confusión. En vista de la ausencia de fuertes datos de validación para el Síndrome de Asperger, algunos investigadores han optado por considerar al Autismo y el Síndrome de Asperger a lo largo de un mismo continuo, en el cual una compleja combinación de factores, podrían estar afectando de manera variable los diversos componentes del desarrollo social (Klin, Volkmar y Sparrow, 2000).

Uta Frith adopta el punto de vista de la subcategoría, proponiendo que los individuos con Síndrome de Asperger pertenecen a un espectro autista, ya que tienen en común con el Autismo un tipo especial de fracaso en la comunicación y una incapacidad social. Sin embargo, plantea que poseen un mejor lenguaje, tienen mejor comunicación y más probabilidades para lograr una adaptación exitosa, por su deseo de comunicarse y ser parte del mundo social (Frith, 1991). Por otro lado, Tony Attwood también considera que el Síndrome de Asperger es una variante del autismo y de los trastornos generalizados del desarrollo, y que tiene criterios diagnósticos propios. Establece que además hay evidencia para sugerir que es lejos más común que el autismo clásico y puede ser diagnosticado en niños que nunca fueron considerados autistas (Attwood, 1998). Sin embargo, la definición del Síndrome de Asperger todavía debe ser considerada tentativa y necesita una validación empírica (Volkmar y Klin, 2000).

#### Evolución histórica de la clasificación del Síndrome de Asperger.

Asperger consideró el síndrome que describió, como un trastorno de personalidad que podía ser diferenciado de otros, aunque reconoció las similitudes con el autismo infantil (Wing, 1981). Wing y Gould en 1979 sugirieron el término “espectro autista”, para prestar atención a un grupo de niños que presentaban la tríada de impedimentos en la interacción social recíproca, en la

comunicación y en las actividades imaginativas, pero que no merecían un diagnóstico de Autismo “clásico”. Wing en 1981 sugirió que el Síndrome de Asperger fuera considerado parte del espectro autista (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989).

Wolff y Barlow en 1979 sostuvieron que éste, debía ser clasificado bajo el título de Personalidad Esquizoide, pero Wing estableció que la clasificación bajo este título no tenía implicaciones prácticas útiles, porque era vago y definía mal a un amplio rango de cuadros clínicos, además del Síndrome de Asperger. Planteó que el propósito no debía ser ampliar, sino separar subgrupos de la categoría amplia y de este modo aumentar la precisión diagnóstica. Además, la palabra Esquizoide fue originalmente utilizada para subrayar la relación de la personalidad anormal con la Esquizofrenia. La persona con Síndrome de Asperger puede padecer de Esquizofrenia, pero no hay evidencia firme de una conexión entre este síndrome y la Esquizofrenia, estrictamente definidas. Wing planteó que era mejor considerarlo como una consecuencia de impedimentos, de ciertos aspectos del desarrollo cognitivo y social (Wing, 1981).

Wing (1981) observó que habían muchas similitudes entre el Síndrome de Asperger y el autismo de Kanner, haciendo difícil establecer si ellos estaban describiendo el mismo trastorno a niveles diferentes de severidad o eran distintos. La opinión más popular pareció ser que el “Síndrome de Asperger” era un sinónimo de Autismo de un tipo menos severo (Schopler, 1996). Sin embargo, pareció que había algunas ventajas en conservar el término. Primero, porque hay debate sobre hasta qué punto el Síndrome de Asperger se traslapa con el Autismo (Szatmari, Bartolucci, Finlayson y Krames, 1986). Segundo, el pronóstico para el Síndrome de Asperger es considerablemente mejor que para el Autismo clásico. Por esta razón, Wing (1981) ha sido partidaria de utilizar el término “Síndrome de Asperger”, aunque aceptando que las diferencias respecto del Autismo bien podrían probar ser sólo un asunto de grado (Bishop, 1989).

Wing estableció que estos niños podían ser agrupados bajo el título general, pero insatisfactorio de Psicosis Infantil, pero que las subagrupaciones en factores como el nivel de inteligencia o el grado de impedimento de la interacción social, tenían más implicancias prácticas útiles para la educación y el manejo. El término Síndrome de Asperger es útil al describir los problemas de niños que tienen

características autistas, pero hablan gramaticalmente y no están socialmente apartados (Wing, 1981). Una ventaja es que entrega reconocimiento oficial a los problemas de niños y adultos con algunos síntomas autistas, los cuales no pueden ser diagnosticados como Autismo Infantil, pero que sufren del mismo tipo de déficit social (Tantam, 1988a).

A los niños con Síndrome de Asperger, también se les ha dado otras etiquetas diagnósticas tales como atípicos, Esquizofrenia pseudoneurótica, limítrofe, Esquizotípico y Esquizoide (Szatmari, Bartolucci y Bremner, 1989). Ha habido debate sobre si el concepto de Autismo debe ser ampliado, para incluir niños con Síndrome de Asperger. Los partidarios de esta visión, luchan con aquellos que desean conservar la precisión de los criterios para el Autismo Infantil y con aquellos que consideran que el Síndrome de Asperger es idéntico al Trastorno de Personalidad Esquizoide (Tantam, 1988b). Tantam sostuvo que las anormalidades de la interacción social características del síndrome de Asperger, eran diferentes a las esquizoides (Tantam, 1991). Por otro lado, Gillberg propuso que el síndrome de Asperger era parte del continuo autista, con el síndrome de Asperger en el extremo superior, el autismo en el medio y los niños severamente retardados con la tríada de impedimentos, en el extremo inferior (Gillberg, 1989).

Las dificultades para reconocer los límites del Síndrome de Asperger, no son solamente una consecuencia de la naturaleza subjetiva y esquiva de los síntomas. Más bien, parece que se trata de un trastorno que no tiene límites claros. Wing sostuvo que en lugar de pensar rígidamente en términos de un síndrome discreto, es mejor considerar que hay un continuo de trastornos autistas. Al hablar de un continuo autista, se implica una dimensión única, en que el Síndrome de Asperger constituye una forma leve, del mismo trastorno que está a la base del Autismo. Sin embargo, los informes clínicos sugieren que los trastornos parecidos al Autismo no difieren sólo en términos de severidad, sino también en el patrón de síntomas (Bishop, 1989).

Bishop plantea pensar esto en términos de un modelo bidimensional de trastornos, porque permite conservar la terminología y las definiciones relacionadas al núcleo del síndrome, apreciando las relaciones con otros tipos de trastornos leves. También estimula a desarrollar una aproximación cuantitativa, para la evaluación de los síntomas. El propósito cambia de tratar de encontrar



procedimientos más efectivos para discriminar niños autistas de no-autistas, a idear medios objetivos de medición de la comunicación verbal con significado y de los intereses y relaciones sociales. Esta tarea es complicada, por el hecho de que el cuadro clínico puede cambiar mucho con la edad. Sin embargo, parece que vale la pena trabajar con una aproximación cuantitativa, en lugar de depender de etiquetas categóricas que abarcan un amplio rango de severidad. Bishop establece que este modelo es sólo un constructo teórico, para representar el rango de trastornos que han sido descritos clínicamente y la relación entre ellos, pero su validez debe ser demostrada. Implícito en este modelo está la noción de que las categorías tradicionales como Autismo y Síndrome de Asperger, no son trastornos diferentes (Bishop, 1989).

Los progresos en la clasificación, han resultado tanto del reconocimiento de continuidad entre trastornos considerados previamente como diferentes, como del descubrimiento de distinciones claras dentro de categorías preexistentes. Cuando un niño no reúne el criterio diagnóstico para el Autismo y desarrolla un habla gramatical a la edad normal, pero tiene en forma leve o moderada la tríada de anormalidades descrita por Wing y Gould en 1979, el diagnóstico de Síndrome de Asperger parece el más apropiado. Algunos psiquiatras utilizan el Síndrome de Asperger más libremente para incluir cualquier niño de inteligencia normal, con características autistas que no reúne el criterio para el Autismo, incluso si el lenguaje está impedido, volviéndose entonces un sinónimo para la categoría Americana "Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado". La desventaja en utilizar de este modo la etiqueta, es que abarca un amplio rango de niños cuyas necesidades pueden ser muy diferentes (Bishop, 1989).

Bishop se refiere a los impedimentos sociales, parecidos a aquellos del "Síndrome de Asperger", de niños con Trastornos Específicos del Desarrollo del Lenguaje. Considera que el Síndrome de Asperger se traslapa tanto con el Autismo como con Trastornos Específicos del Desarrollo del Lenguaje. Ella sugiere un modelo bidimensional para los trastornos de tipo autista, con comunicación con significado impedida en un eje y relaciones sociales impedidas con intereses circunscritos en el otro (Bishop, 1989). El Síndrome de Asperger, en este modelo, podría caracterizarse por puntuaciones bajas en la dimensión de trastornos de lenguaje y puntuaciones altas en la dimensión de impedimento social e intereses circunscritos (Wolff, 1991a, c).

En el CIE-9 el autismo infantil es una subcategoría de las psicosis con origen en la niñez y el Síndrome de Asperger no es mencionado. El DSM-III (APA, 1980), consideró que ya no era apropiado clasificar al autismo infantil con las Psicosis y lo incluyó como una subcategoría bajo la clasificación general de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. El término Trastorno Generalizado del Desarrollo fue escogido para enfatizar tanto las dificultades generalizadas, a lo largo de varios dominios del desarrollo, como la relevancia central de los aspectos del desarrollo (Volkmar et al., 1996a). Los Trastornos Generalizados del Desarrollo se caracterizan por un impedimento cualitativo en la interacción social recíproca, de las destrezas de comunicación verbal y no verbal y de un rango restringido de actividades imaginativas, siendo el trastorno autista la subcategoría específica reconocida (Cox, 1991; Szatmari, 1991b, 1992, 1995; Volkmar et al., 1996a).

El DSM-III-R (1987) no reconoce el Síndrome de Asperger, pero identifica una forma no autista de Trastorno Generalizado del Desarrollo, los Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados, donde la mayoría de los casos con Síndrome de Asperger podrían ser clasificados (Tantam, 1988b; Szatmari, Bremner y Nagy, 1989; Green, 1990). El problema es cómo identificar tales niños, ya que los criterios del DSM-III-R para los Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados, son inespecíficos y poco útiles (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989). Muchos han utilizado la etiqueta “Síndrome de Asperger”, como sinónimo con el Autismo Infantil en la presencia de un cociente intelectual normal y como parte del grupo diagnóstico del DSM-III-R de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (Wolff, 1991b).

Grandes esfuerzos se realizaron para definir el criterio operacional del Síndrome de Asperger (Tantam, 1988a; Gillberg, 1989; Szatmari, Bremner y Nagy, 1989), hasta que fue incluido como una categoría separada dentro del grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en el CIE-10 (Everall y Lecouteur, 1990; Green, 1990; Ghaziuddin et al., 1992, 1995a). En cambio en EEUU, el Síndrome de Asperger se demoró en ser ampliamente reconocido, su utilidad como concepto fue puesta en duda (Green, 1990) y hasta 1994 la única categoría diagnóstica disponible para niños con autismo cognitivamente más capaces fue, el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, el cuál se refería a casos complejos o atípicos, sin embargo, estaba pobremente

definido y muy heterogéneo (Klin, Volkmar y Sparrow, 2000). Pomeroy et al., establecieron que, a pesar de que el Síndrome de Asperger fuera considerado una subcategoría de los Trastornos Generalizados del Desarrollo en el CIE-10, la opinión general entre los investigadores era que se trataba simplemente de una variante del Autismo de alto funcionamiento (Pomeroy, Friedman y Stephens, 1991).

Gillberg criticó la utilización del término Trastorno Generalizado del Desarrollo, prefiriendo “Trastornos del Espectro Autista”. Él sostuvo que el término “Trastorno Generalizado del Desarrollo” era muy amplio y que los trastornos incluidos en la categoría, eran “específicos” y/o “parciales” en lugar de generalizados. Sin embargo, pareció que no había una diferencia en el rango de los trastornos abarcados por el término “Trastorno Generalizado del Desarrollo” y “Trastorno del espectro Autista” (Cox, 1991).

Para Cox, el Síndrome de Asperger no es más que un autismo de alto funcionamiento. Plantea que puede haber una base descriptiva empírica para un diagnóstico de Síndrome de Asperger, pero no hay una distinción psicopatológica ni neuropatológica clara, respecto del autismo infantil de alto funcionamiento. Sin embargo, planteó que el Síndrome de Asperger era un diagnóstico útil, porque evitaba el peligro de que los niños fueran asignados a una categoría diagnóstica sin cumplir los criterios y porque se evitaba una confusión innecesaria para los padres, por el desacuerdo entre los expertos (Cox, 1991). Szatmari estableció que como no había acuerdo sobre cómo describir niños con las formas “no autísticas” de Trastornos Generalizados del Desarrollo, la inclusión de la categoría Síndrome de Asperger representaba un intento de proveer una descripción más precisa, a un subtipo particular de estos trastornos (Szatmari, 1991b, 1992).

El síndrome de Asperger actualmente es clasificado como un subtipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo, en el CIE-10 (OMS, 1992) y en el DSM-IV (APA, 1994), donde aparece con el nombre Trastorno de Asperger (Kaplan, 1995; Szatmari et al., 1995). Los otros subtipos de trastornos generalizados del desarrollo son el Autismo, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y los Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados (Tanguay, 2000). Si bien ahora está incluido como una categoría diagnóstica independiente dentro de los

trastornos generalizados del desarrollo, en ambos sistemas de clasificación, con frecuencia sigue siendo considerado como una variante leve del autismo, porque no está claro hasta qué punto difiere del autismo con inteligencia normal, también referido como autismo de alto funcionamiento. Además, la descripción del trastorno de Asperger en el DSM-IV (APA, 1994), incluye criterios que son parecidos a aquellos para el trastorno autista (Ghaziuddin et al., 1995b; Kaplan, 1995).

Por lo tanto, la opinión imperante es que el Síndrome de Asperger es una variante del autismo y de los trastornos generalizados del desarrollo, ya que afecta el desarrollo de un amplio rango de habilidades. Es considerado como un subgrupo dentro del espectro autista y tiene sus propios criterios diagnósticos (Attwood, 1998). Aunque guardando alguna importante continuidad histórica con la descripción original de Asperger (1944), las definiciones actuales difieren de ésta en modos importantes. Las aproximaciones diagnósticas actuales, a este trastorno y de hecho, a la pregunta de si reserva del todo un estatus diagnóstico (aparte del autismo y de otros trastornos con los cuales comparte algunas características diagnósticas comunes), no está todavía adecuadamente resuelto (Volkmar y Klin, 2000).

### **3.7 Criterios diagnósticos.**

En el DSM-IV (1995) el “Trastorno de Asperger” está dentro de la clasificación de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, debido a que se caracteriza por una perturbación grave, que está generalizada en varias áreas del desarrollo, presentando una alteración cualitativa de la interacción social; patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados; y no hay retraso del lenguaje ni del desarrollo cognoscitivo (ver Anexo III).

El CIE-10 (1993) también lo incluye dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Plantea que el “Síndrome de Asperger” se caracteriza por un déficit cualitativo de la interacción social; la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses; no hay déficit o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo; la mayoría tiene una inteligencia normal; y presentan torpeza motora (ver Anexo IV).

Actualmente existen cuatro grupos de criterios para diagnosticar el Síndrome de Asperger, dentro de los cuales dos de ellos se basan en estudios estadísticos y han sido reconocidos oficialmente. Ellos son los criterios que propone el DSM-IV (1995) para el “Trastorno de Asperger” (Anexo III) y el CIE-10 (1993) para el “Síndrome de Asperger” (Anexo IV). Los otros dos grupos de criterios están basados en la observación clínica. Uno de ellos es el criterio de Christopher y Corina Gillberg (1989) de Suecia (Anexo II) y el otro es el de Peter Szatmari (1989b) de Canadá (Anexo I) (Attwood, 1998).

### Evolución histórica de los criterios diagnósticos.

Asperger no estableció criterios específicos para el diagnóstico de su síndrome, por lo cuál, en la literatura se pueden encontrar diversas ideas con respecto a los parámetros del síndrome de Asperger (Wing, 1991). La mayoría de las publicaciones no han utilizado un criterio operacional para el diagnóstico, mientras que otras han introducido cambios sustanciales a las características clínicas descritas por Asperger. Por ejemplo, Asperger creyó que los pacientes que describió eran de inteligencia normal, sin embargo, algunos autores desde entonces han descrito pacientes con retardo mental (Wing, 1981). También, el síndrome de Asperger ha sido descrito en pacientes con y sin retraso del habla (Wing, 1981), aunque en la descripción original, los pacientes no tenían historia de retraso del habla (Asperger, 1944). Por lo tanto, la descripción original de Asperger fue expuesta de nuevo y modificada un poco por Wing (1981). En 1989 los criterios operacionales para su identificación, fueron sugeridos por Gillberg y Gillberg. Estos criterios podrían parecer estar cumpliendo con las características descritas por Asperger y tienen las ventajas de ser breves y claros (Simblett y Wilson, 1993). Sin embargo, por lo menos cinco grupos de características clínicas han sido utilizadas para el diagnóstico de este síndrome en diferentes investigaciones. Estas son aquellas de Asperger (1944), Wing (1981), Gillberg y Gillberg (1989), Tantam (1988) y Szatmari, Bremner y Nagy (1989) (Ghaziuddin, et al., 1992). También se encuentran las de Wolff y Chick de 1980 para el trastorno esquizoide, considerado por ellos como sinónimo de Síndrome de Asperger. Si bien las descripciones difieren un poco, el grado de acuerdo es sorprendente (Szatmari, 1991b).

La APA (1980) reconoció la existencia de casos que se parecían al Autismo, pero no reunían los criterios diagnósticos para éste. Las preocupaciones acerca de la clasificación de tales casos fueron consignadas en 1987 en el DSM-III-R (APA, 1987). En el DSM-III-R los “Trastornos Generalizados del Desarrollo” abarcaban todos los trastornos en los que hay un impedimento cualitativo en el desarrollo de (1) interacción social recíproca, (2) comunicación (verbal y no verbal) y (3) actividad imaginativa. Se reconoce que los Trastornos Generalizados del Desarrollo pueden ocurrir en forma menos severa y prototípica que en el autismo, en cuyos casos se aplica la etiqueta de Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (Bishop, 1989; Szatmari, Bartolucci y Bremner, 1989).

El Síndrome de Asperger podría corresponder a la categoría del DSM-III-R de los Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados, aunque en aquellos con cociente intelectual normal (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989; Marriage et al., 1995). Szatmari, Bremner y Nagy establecieron que no era apropiado juntar niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados, que eran retardados con aquellos que no lo eran, bajo una categoría como lo hace el DSM-III-R. Muchos niños retardados mentalmente tienen “rasgos autistas” y así podrían reunir los requisitos para un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Ellos plantean que entre los retardados, estas características con frecuencia son secundarias a su retraso del desarrollo y no constituyen un handicap adicional significativo, en cambio los “rasgos autistas” de niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados, no retardados (Síndrome de Asperger) sí constituyen un handicap sustancial, particularmente en la socialización (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989).

El Síndrome de Asperger fue incluido por primera vez, en el sistema de clasificación del CIE-10 (OMS, 1992), como un subgrupo de los trastornos generalizados del desarrollo. Etiquetas alternativas mencionadas son “trastorno esquizoide de la infancia” y “psicopatía autística”. El CIE-10 estipula que hay “una ausencia de cualquier retraso general clínicamente significativo, en el desarrollo del lenguaje o cognitivo”. Los niños con Síndrome de Asperger no experimentan un retraso del lenguaje o no tienen dificultades en la comunicación, como las enumeradas para el trastorno autista (Eisenmajer et al., 1996).

Posteriormente fue incluido en el DSM-IV en 1994 como trastorno de Asperger, en la sección de los trastornos generalizados del desarrollo. Los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista y el trastorno de Asperger, fueron modelados de los criterios del borrador del CIE-10 (OMS, 1988), después de que las pruebas de campo sugirieron que estos criterios, tenían ciertas ventajas sobre los criterios del DSM-III y del DSM-III-R para el autismo (Volkmar et.al., 1996b; Szatmari, 1996).

Los criterios del DSM-IV para el trastorno de Asperger, son los mismos que aquellos para el trastorno autista, con tres excepciones. Primero, los criterios de impedimento en la comunicación y fantasía para el trastorno autista, no están enumerados para el trastorno de Asperger. Segundo, se exige que los individuos con trastorno de Asperger no sufran de un “retraso general clínicamente significativo en el lenguaje”. Tercero, el niño con trastorno de Asperger no tiene un “retraso clínicamente significativo en el desarrollo cognitivo o en el desarrollo de destrezas de autoayuda apropiadas para la edad, de comportamiento adaptativo (otro que en la interacción social) y curiosidad sobre el medio ambiente en la niñez”. Estos criterios están de acuerdo con aquellos de Asperger (1944), que creyó que el principal handicap era de una naturaleza social y no debido a retrasos intelectuales o del lenguaje. Entre los muchos comportamientos a los que se refirió Asperger, notó una tendencia para patrones de habla pedante y para movimientos motores gruesos descoordinados y “torpes”. Sin embargo, no hay alusión a estas características en los criterios del DSM-IV, aunque en la descripción del curso del trastorno de Asperger, reconoce que los retrasos motores o la torpeza motora puede ser observada en los años preescolares y en la sección de características asociadas, afirma que los hitos del desarrollo motor pueden estar retrasados y con frecuencia se observa torpeza motora (ver Anexo III) (Eisenmajer et al., 1996).

Por lo tanto, sobre la base de los datos de investigación disponibles, el síndrome de Asperger fue incluido en ambos sistemas diagnósticos y las dos definiciones son ampliamente compatibles, aunque el CIE-10 observa explícitamente que la validez del trastorno, separado del autismo de alto funcionamiento, permanece controvertida. De acuerdo a los criterios del CIE-10 y del DSM-IV, una persona con síndrome de Asperger sufre de una disfunción social autista, en la presencia de inteligencia normal y sin una historia de retraso del lenguaje. Los criterios para el diagnóstico del

autismo o de cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo, no se cumplen, es decir, si un niño también reúne los criterios para el autismo, el trastorno de Rett o el trastorno desintegrativo infantil, este trastorno toma prioridad (Anexo III y IV) (Ghaziuddin et al., 1995a, b; Klin et al., 1995; Szatmari, 1996; Nass, 1997).

#### Comparación de los criterios diagnósticos.

Como fue mencionado, una variedad de criterios han sido utilizados para el diagnóstico del síndrome de Asperger, haciendo difícil la interpretación de los descubrimientos de las investigaciones. Los criterios de Wing (1981) son flexibles; ellos pueden ser aplicados a pacientes con retardo mental y retraso del habla; y tiene en cuenta el diagnóstico doble de síndrome de Asperger y autismo. Sin embargo, por su misma flexibilidad, ellos son bastante amplios y hacen difícil la diferenciación del autismo de alto funcionamiento. Los criterios propuestos por Gillberg y Gillberg (1989), Tantam (1988) y Szatmari et al. (1989) derivan de los de Wing y difieren un poco unos de otros. Los criterios de Gillberg y Gillberg requieren de la presencia de las seis características. Sin embargo, ellos incluyen pacientes con retardo mental y retraso del lenguaje. Los criterios de Szatmari describen “la categoría del DSM-III-R de los trastornos generalizados del desarrollo no especificados, aunque en aquellos con cociente intelectual normal”. Ellos específicamente excluyen pacientes con trastorno autista, pero no clarifican si las personas con retardo mental o retraso del lenguaje deben ser excluidas. Los criterios del CIE-10 son más cercanos a la descripción original de Asperger que cualquier otro criterio. Ellos excluyen pacientes con retardo mental, retraso del lenguaje y aquellos con otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo. Sin embargo, no ofrecen principios generales sobre el estatus de aquellas personas con retardo mental leve, que pueden cumplir con todos los otros criterios y de aquellos en que la historia del desarrollo del lenguaje no puede ser confirmada. Pese a estos problemas y en el riesgo de ser algo rígidos y estrechos, los criterios del CIE-10 tratan de crear una categoría homogénea, que puede promover el entendimiento de los diversos subtipos de trastornos generalizados del desarrollo (Anexo V) (Ghaziuddin, et al., 1992; Attwood, 1998).

Eisenmajer también realizó un estudio para determinar qué características sintomáticas han estado utilizando los clínicos, para distinguir entre el trastorno autista y el trastorno de Asperger. Los



impedimentos sociales, la torpeza, el habla pedante o poco común y los intereses circunscritos, fueron observados como criterios esenciales. Sin embargo, Szatmari et.al. (1989b) discrepó de otros grupos de investigación, al no admitir retrasos cognitivos y del habla, en cambio Wing (1981) y Gillberg (1989) creyeron que tales retrasos podían estar presentes y aún así permitían un diagnóstico de trastorno de Asperger (Eisenmajer et al., 1996).

### **3.8 Diagnóstico diferencial.**

En el diagnóstico diferencial del trastorno de Asperger se incluye cualquier trastorno psiquiátrico, que se presente con impedimentos severos y crónicos en el funcionamiento social (Szatmari, 1996). Los pacientes con síndrome de Asperger tienen características tales como excentricidades, labilidad emocional, ansiedad, un funcionamiento social pobre, comportamientos repetitivos y hábitos fijos que pueden imitar síntomas de algunos trastornos, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno de personalidad esquizotípico, el trastorno de personalidad esquizoide, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo. Su ansiedad desorganizadora en respuesta al estrés, que puede estar acompañada por una rareza aumentada del habla, puede fácilmente ser mal interpretada como psicosis (Ryan, 1992).

#### Variante normal de la personalidad.

Todos los rasgos que caracterizan al Síndrome de Asperger pueden encontrarse en diferentes grados en la población normal. Todas las personas difieren en sus niveles de destreza en la interacción social, en sus habilidades para leer las señales sociales no verbales y hay una amplia distribución en las destrezas motoras. Coleccionar objetos tales como estampillas o botellas, son hobbies socialmente aceptados. La diferencia entre alguien con Síndrome de Asperger y la persona considerada normal que tiene un mundo interno complejo, es que los últimos tienen buenas interacciones sociales. También, la persona sin patología por mucho que elabore su mundo interno, es influenciado por sus experiencias sociales, mientras que la persona con Síndrome de Asperger parece cortar con los efectos de los contactos exteriores. Algunos adultos sin trastorno también tienen una memoria excepcional y pueden tener habla pedante y una tendencia a considerar lo que se les dice literalmente (Wing, 1981). Sin embargo, cuando los casos con Síndrome de Asperger

han sido comparados con otros niños con dificultades sociales, sólo el primer grupo ha presentado las rarezas generalizadas del habla, gestos y expresión facial que los califica como “extraños y bizarros” (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989).

### Deprivación social.

Los niños con trastornos severos en las relaciones tempranas, que son criados en situaciones muy abusivas o deprivadas, pueden presentar un comportamiento social muy anormal, que puede parecerse al del Síndrome de Asperger, particularmente en el aislamiento social (Green, 1990; Volkmar et al., 1996a). Sin embargo, los déficit sociales tienden a remitir en respuesta a un ambiente más apropiado (Bernet y Dulcan, 1999).

### Retardo Mental.

El diagnóstico de Síndrome de Asperger es usualmente reservado para niños con cociente intelectual normal. Los niños con un Retardo Mental significativo pueden mostrar muchos síntomas de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, incluyendo un rango restringido de intereses, relaciones sociales impedidas y dificultades en la conversación; sin embargo, estos síntomas pueden ser explicados por el nivel total de desarrollo del niño. En cambio en el Síndrome de Asperger, los impedimentos similares están fuera del contexto del nivel intelectual (Szatmari, 1991b).

### Autismo infantil.

Claramente, el asunto principal en el diagnóstico diferencial es distinguir el Síndrome de Asperger del Autismo. Esto puede ser difícil y algunos han sostenido que tales distinciones tienen poco valor clínico (Szatmari, 1991b).

Asperger reconoció que había muchas similitudes entre su síndrome y el autismo infantil de Kanner. Sin embargo, estableció que eran diferentes porque consideró al autismo como un proceso psicótico y a su síndrome como un rasgo estable de personalidad (Wing, 1981).

La mayoría de las personas autistas son de menor inteligencia que lo normal, pero Asperger especificó que una alta inteligencia era una característica de su síndrome. Los niños con Síndrome de Asperger tienen menores respuestas bizarras, más patrones de juego normal, intereses más desarrollados y una edad de comienzo aparentemente más tardía que los niños autistas (Tantam, 1988a).

Hay varios factores que parecen diferenciar el Síndrome de Asperger de incluso el Autismo de "alto funcionamiento". Hay diferencias del desarrollo, particularmente la ausencia de un trastorno de lenguaje temprano en el Síndrome de Asperger (Szatmari, Bartolucci y Bremner, 1989). También existen diferencias en el funcionamiento, incluyendo una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, un mejor resultado escolar (Szatmari, Bartolucci y Bremner, 1989), una tendencia a una socialización mejor y la presencia de torpeza (Tantam, 1988a), en el Síndrome de Asperger (Green, 1990).

A partir de los casos informados (Wing, 1981; Burgoine y Wing, 1983; Volkmar, Paul y Cohen, 1985; Szatmari, Bartolucci y Finlayson, 1986; Tantam, 1988) es claro que los niños con Síndrome de Asperger difieren de la mayoría de los niños Autistas, los cuales usualmente son retardados mentalmente, carecen de lenguaje comunicativo y tienen un pronóstico pobre. La mayoría de los niños con Síndrome de Asperger, no tienen estas características, sin embargo, el asunto clave es si los niños con Síndrome de Asperger difieren de los niños Autistas de alto funcionamiento, es decir sin retardo (Szatmari, 1991b).

Las diferencias esenciales entre el Síndrome de Asperger y el Autismo se encuentran en el mayor grado de falta de respuesta social, la mayor frecuencia de desarrollo de lenguaje desviado y la falta de juego simbólico, visto en los niños Autistas. El niño con Síndrome de Asperger es sensible y desarrolla una relación cálida con los padres, pero tiene gran dificultad con los pares. Puede tener un retraso del comienzo del habla, pero una vez que comienza a hablar, no hay signos del desarrollo desviado del lenguaje vistos en el Autismo. El juego simbólico se desarrolla, pero usualmente es repetitivo y estereotipado. Sin embargo, puede ser muy difícil distinguir el Síndrome de Asperger del Autismo, particularmente en niños menores de 4 años (Szatmari, 1991b).

La mayoría de los niños con trastornos autistas experimentan retrasos significativos en el desarrollo del lenguaje e impedimentos cognitivos, que no son vistos en el trastorno de Asperger (Kaplan, 1995). El DSM-IV (1994) establece que, en el trastorno de Asperger, la diferencia radica exclusivamente, en la ausencia de retraso del desarrollo del lenguaje.

#### Trastorno de Rett.

En el trastorno de Rett, el crecimiento y desarrollo temprano es normal, pero es seguido por una desaceleración en el crecimiento de la cabeza, el desarrollo de un retardo mental y de estereotipias poco comunes (Bernet y Dulcan, 1999). El DSM-IV (1994) plantea que se diferencia del trastorno de Asperger en su proporción sexual, ya que se ha diagnosticado sólo en mujeres; en su inicio, que es aparentemente normal hasta los 5 meses; y en su patrón de déficit, que consiste en una desaceleración del crecimiento craneal, una pérdida de habilidades manuales previamente adquiridas, la aparición de movimientos descoordinados y una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.

#### Trastorno Desintegrativo Infantil.

En el trastorno desintegrativo infantil, hay un período prolongado de desarrollo normal, seguido por una notable regresión en múltiples áreas y por el desarrollo de muchas características de tipo autista (Bernet y Dulcan, 1999). De acuerdo al DSM-IV (1994), la diferencia radica en la pérdida clínicamente significativa de habilidades que fueron adquiridas previamente y en la mayor probabilidad de llegar a un retardo mental.

#### Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Los niños con Trastornos Obsesivo-Compulsivos pueden presentar comportamientos ritualistas, compulsivos que se pueden parecer a los rangos restringidos de intereses. Cuando los Trastornos Obsesivo-Compulsivos ocurren en niños muy pequeños, el diagnóstico diferencial con el Síndrome de Asperger puede ser extremadamente difícil. La característica distintiva parece ser que los rituales y el comportamiento compulsivo de los niños con Síndrome de Asperger, no son experimentados como egodistónicos. Por el contrario, el paciente no intenta resistirse a ellos, disfruta haciéndolos (Frith, 1991) y tienen una función autoestimuladora. Un examen cuidadoso

de las circunstancias en las que ocurren los rituales (en respuesta a una falta de estimulación, aburrimiento o ansiedad), puede sugerir con frecuencia que los comportamientos son parte del Síndrome de Asperger, antes que de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Además, la mayoría de los niños con éstos trastornos son muy sensibles socialmente e interactúan bien con otros niños (Szatmari, 1991b; Nass, 1997), teniendo preservadas tanto las destrezas sociales como las destrezas de lenguaje y comunicación (Bernet y Dulcan, 1999).

El DSM-IV (1994) establece que ambos trastornos comparten patrones de comportamiento repetitivos y estereotipados, pero se diferencian en que en el trastorno de Asperger hay una alteración cualitativa de la interacción social y el patrón de intereses y actividades es más restrictivo.

#### Trastorno de Personalidad Esquizoide.

Wing (1981) planteó que el Síndrome de Asperger podía ser considerado como una forma de Personalidad Esquizoide. Esta sugerencia también fue hecha por Wolff y sus colaboradores. También se ha sugerido que el Síndrome de Asperger es un síndrome diferente tanto del Trastorno de Personalidad Esquizoide como del Esquizotípico, pero puede haber un factor de riesgo para el desarrollo del Trastorno de Personalidad Esquizoide (Tantam, 1988a, b). Sin embargo, los niños con Trastorno de Personalidad Esquizoide no presentan los impedimentos severos en el funcionamiento social o los comportamientos estereotipados (Kaplan, 1995) y son relativamente aislados, pero tienen la habilidad para relacionarse normalmente en algunos contextos (Bernet y Dulcan, 1999).

El DSM-IV (1994) plantea que la diferencia está en que el trastorno de Asperger se caracteriza por comportamientos e intereses estereotipados y por una interacción social más afectada, que el Trastorno de Personalidad Esquizoide.

#### Trastorno de Personalidad Esquizotípico en la niñez.

Las características clínicas de los niños con trastorno de personalidad Esquizotípico se parecen, hasta cierto punto, a las del Síndrome de Asperger, pero se diferencian en el curso del desarrollo o en la historia natural de ambos trastornos. Los niños con Síndrome de Asperger son muy

sintomáticos temprano en sus historias de desarrollo, pero después progresan, en cambio, los niños con Trastorno de Personalidad Esquizotípico tienen una mejor historia temprana, pero más dificultades después. Además las ideas poco comunes y las experiencias perceptuales informadas por los niños con Síndrome de Asperger, usualmente ocurren sólo bajo períodos de estrés extremo y no son una característica constante, como en el Trastorno de Personalidad Esquizotípico (Szatmari, 1991b).

### Esquizofrenia.

Asperger planteó que en estos niños está descartado el diagnóstico de esquizofrenia, ya que no presentan el deterioro progresivo que podría esperarse para las psicosis. Mientras el paciente esquizofrénico parece mostrar una pérdida progresiva de contacto, los niños con psicopatía autística, carecen de contacto desde el principio. A diferencia de los pacientes con esquizofrenia, los niños con psicopatía autística no muestran una desintegración de la personalidad, por el contrario, ellos permanecen iguales a lo largo de su vida, aunque con frecuencia hay progresos en la adaptación y muchos pueden alcanzar un grado razonable de integración social (Asperger, 1944).

Wing estableció que aunque el Síndrome de Asperger y la Esquizofrenia son diferentes en la historia familiar, en el desarrollo infantil y en los cuadros clínicos, en ambos está afectado el lenguaje, la interacción social y las actividades imaginativas. El momento de comienzo y la naturaleza de las perturbaciones son diferentes, pero hay similitudes en el estado defectuoso crónico. A no ser que las personas con Síndrome de Asperger tengan una esquizofrenia superpuesta, no presentan los síntomas floridos característicos de ésta (Wing, 1981). Sin embargo, los niños con Síndrome de Asperger bajo condiciones de estrés extremo, con frecuencia presentan ideas sobrevaloradas e ideas de autorreferencia, que pueden conducir al diagnóstico errado de esquizofrenia con inicio en la niñez (Kaplan, 1995).

La edad de inicio puede ser importante para distinguir entre el trastorno de Asperger, la esquizofrenia con inicio en la niñez y el trastorno de personalidad esquizotípico. Además, los síntomas del trastorno de Asperger disminuyen con el desarrollo, presentándose un progreso. En cambio, los niños y adolescentes con esquizofrenia o con trastorno de personalidad esquizotípico,

parecen tener una mejor historia de desarrollo temprano, pero posteriormente experimentan un deterioro en el funcionamiento adaptativo (Kaplan, 1995; Szatmari, 1996) y aparecen las alucinaciones y delirios típicos de la esquizofrenia (Bernet y Dulcan, 1999). Por lo tanto, la ausencia de alucinaciones o delirios y el inicio temprano de las dificultades generalizadas a lo largo de múltiples líneas de desarrollo, en el Síndrome de Asperger, hace estas posibilidades nosológicas menos plausibles (Kerbeshian, Burd y Fisher, 1990).

#### Otras Psicosis.

La tendencia encontrada en las personas con Síndrome de Asperger a la sensibilidad y a la sobregeneralización del hecho de que ellos son criticados y burlados, puede ser confundido con una psicosis paranoídea, si se presenta en forma marcada. A aquellos que están preocupados con teorías abstractas o con su propio mundo imaginario, se les puede decir que tienen delirios o alucinaciones. Aislamientos sociales severos, ecopraxia y posturas extrañas pueden ser observadas y puede ser más marcado en algunos momentos, pudiendo ser considerados como fenómenos catatónicos (Wing, 1981).

#### Trastornos afectivos.

El silencio, el aislamiento social y la carencia de expresión facial en el Síndrome de Asperger, podría sugerir una enfermedad depresiva. La timidez y la angustia cuando están lejos de ambientes familiares, puede hacer posible el diagnóstico de un estado de ansiedad, o una conversación entusiasmada acerca de una grandiosidad más bien fantástica o de un mundo imaginario, podría traer a la mente una hipomanía. Sin embargo, el cuadro clínico completo y la historia temprana del desarrollo, debe clarificar el diagnóstico (Wing, 1981).

#### Trastorno del Desarrollo del Lenguaje.

Los niños con Trastornos del Desarrollo del Lenguaje experimentan dificultades en la expresión y comprensión del lenguaje. Algunos de estos niños, particularmente aquellos con trastornos receptivos del lenguaje, pueden parecerse a los niños con Síndrome de Asperger, porque pueden tener dificultades para iniciar y mantener una conversación, pueden ser aislados socialmente y tienen dificultades al interactuar con otros. Hay dos características distintivas que con frecuencia

son útiles para el diagnóstico diferencial. Primero, entre aquellos con Trastorno del Desarrollo del Lenguaje, ocurren progresos enormes en el comportamiento social cuando el lenguaje progresa, lo que sugiere que los impedimentos sociales en estos niños, pueden ser secundarios a sus dificultades en el lenguaje, antes que un problema independiente como en el Síndrome de Asperger. Segundo, los niños con Trastorno del Desarrollo del Lenguaje no muestran las preocupaciones bizarras, tan características de los niños con Síndrome de Asperger (Szatmari, 1991b), las habilidades sociales están relativamente preservadas y las habilidades comunicativas no verbales pueden ser un área de gran fortaleza (Volkmar et al., 1996a; Bernet y Dulcan, 1999).

### Trastorno semántico pragmático del lenguaje.

La etiqueta Síndrome de Asperger es típicamente aplicada a niños torpes con intereses circunscritos, en los cuales el desarrollo temprano del lenguaje no está retrasado y pueden tener un buen CI verbal sobre el CI manual (Wing, 1981). Por el contrario, los niños con Trastorno Semántico Pragmático, típicamente primero se presentan con retraso en el desarrollo del lenguaje y problemas evidentes de comprensión y tienen una marcada discrepancia de CI en favor del CI manual (Bishop, 1989).

### **3.9 Etiología.**

Asperger (1944) estableció que la psicopatía autística era constitucional y por lo tanto, heredada. Planteó que se daba casi exclusivamente en hombres, habiendo una fuerte alusión a un modo de herencia ligado al sexo o por lo menos, limitada al sexo. Consideró que era transmitido genéticamente, ya que las características tendían a ocurrir en los familiares, especialmente en los padres de aquellos con el síndrome. Wing observó que 5 de 16 padres y 2 de 24 madres tenían, en un grado marcado, comportamientos parecidos a los encontrados en sus hijos con Síndrome de Asperger. Ningún rasgo del cuadro clínico pareció estar asociado con una clase social, ni con el nivel de educación de los padres (Wing, 1981).

Casi la mitad de los casos vistos por Wing (1981) tenían una historia de problemas pre, peri o postnatal, que podrían haber causado daño cerebral, al igual que el 43% de los casos estudiados



más tarde por Gillberg (1989). Sin embargo, planteó que ninguna patología orgánica específica había sido identificada en estas personas (Wing, 1981). Es probable que una variedad de causas gruesas, genéticas o ambientales, que conducen a una disfunción cerebral puedan estar implicadas en el Síndrome de Asperger (Burgoine y Wing, 1983). Algunos autores han informado relaciones con trastornos neurológicos y se ha encontrado una similitud entre el síndrome de Asperger y algunas de las consecuencias de lesiones adquiridas del hemisferio cerebral derecho (Tantam, 1988a). En un estudio realizado por Tantam se pudo observar, que los sujetos con síndrome de Asperger efectivamente presentaban lesiones del hemisferio derecho en los scanners o EEG (Tantam, 1991). El estudio de Klin et.al. (1995), mostró semejanzas entre los perfiles neuropsicológicos de individuos con síndrome de Asperger y aquellos con trastorno de aprendizaje no verbal, que tiene mucho en común con las discapacidades de aprendizaje causadas por un daño en el hemisferio cerebral derecho (Nordin y Gillberg, 1998; Tanguay, 2000).

La etiología del trastorno de Asperger es desconocida (Kaplan, 1995; Szatmari, 1996) y los indicadores de etiología que han sido estudiados, incluyen déficit neuropsicológicos, historia familiar, complicaciones del embarazo y parto y enfermedades comórbidas (Szatmari, 1996). Las diferencias informadas entre el Síndrome de Asperger y el Autismo sobre parámetros etiológicos, son relativamente pequeñas y de poca significancia clínica. De hecho, varios informes de caso (Burgoine y Wing, 1983; Gillberg, 1989; Szatmari, Bremner y Nagy, 1989) han sugerido que el Autismo y el Síndrome de Asperger ocurre en las mismas familias, sugiriendo una etiología genética común (Szatmari, 1991a, b, 1992, 1996). Por lo tanto, la evidencia de una base biológica parece ser tan fuerte para el Síndrome de Asperger, como para el Autismo. Los estudios genéticos familiares de Gillberg, muestran que la diferencia está simplemente en la cantidad y severidad de los signos biológicos, pudiendo ser una expresión distinta de un mismo defecto básico (Frith, 1991).

Para investigar si el síndrome de Asperger estaba asociado con una historia de menores injurias obstétricas que el autismo, se examinó la historia del desarrollo y registros obstétricos de ambos grupos. Las injurias obstétricas en los pacientes con síndrome de Asperger parecieron ser leves, comparadas con aquellas informadas por Wing (1981) y Gillberg (1989), pudiendo deberse a que

en sus estudios incluyeron pacientes con retardo mental. La historia de injurias obstétricas no difirió significativamente entre los dos grupos, pero se observó que más pacientes con síndrome de Asperger, mostraron una tendencia hacia menores puntajes en el Apgar al minuto de nacer (Ghaziuddin et al., 1995b).

Algunos estudios han mostrado una incidencia mayor de trastorno de Asperger en las familias de niños con trastorno de Asperger, que en aquellas de autistas. Se ha propuesto que el trastorno autista resulta cuando un niño destinado a tener trastorno de Asperger, sufre algún daño prenatal o perinatal en el SNC (Kaplan, 1995). Por lo tanto, el autismo y el Síndrome de Asperger, probablemente son el resultado de una compleja combinación de factores, que están afectando los diferentes componentes del desarrollo social. Etiologías similares, pueden llevar a síndromes diferentes (Klin et al., 2000).

### **3.10 Curso y pronóstico.**

Asperger (1944) enfatizó la estabilidad del cuadro clínico a lo largo de la niñez, adolescencia y adultez, a pesar del incremento en las destrezas producto de la maduración. Consideró que el pronóstico social era generalmente bueno, ya que la mayoría se desarrollaba lo bastante como para ser capaz de utilizar sus destrezas especiales para obtener un empleo, y algunos eran capaces de seguir carreras en ciencia y matemática (Wing, 1981).

Hay pocos datos disponibles sobre el curso y la evolución del trastorno de Asperger (Kaplan, 1995; Szatmari, 1996), sin embargo, se ha visto que los niños progresan con la maduración, incluso dentro de la adultez (Szatmari, Bremner y Nagy, 1989), a pesar de que el diagnóstico es estable a lo largo del tiempo y los impedimentos en la socialización y comunicación persisten (Szatmari, 1991b; Tantam, 1991). Como los mayores predictores de la evolución son el nivel intelectual y el habla comunicativa, el pronóstico es probablemente mejor para los individuos con Síndrome de Asperger, que para los autistas de buen nivel (Nordin y Gillberg, 1998; Klin et al., 2000).

El Síndrome de Asperger presenta cambios con respecto a la sintomatología prevaleciente, con la edad. La adolescencia, con todas sus conmociones sociales, es un momento particularmente de prueba, donde las ganancias previas pueden ser perdidas temporalmente (Gillberg, 1991b; Tantam, 1991). Con frecuencia son informados los sentimientos de tristeza y/o depresión (Wing, 1981; Tantam, 1988a), ya que pueden volverse conscientes de que son diferentes de otros adolescentes. Unos pocos desarrollan un deseo fuerte para la amistad, pero pueden ser totalmente incapaces de establecer relaciones sociales, porque carecen de las destrezas necesarias (Nordin y Gillberg, 1998).

Los individuos con Síndrome de Asperger cuando adultos pueden ser superficiales, bien adaptados y algunos llegan a ser muy exitosos, a pesar de que tienden a permanecer muy egocéntricos y aislados, no pudiendo establecer ni mantener relaciones interpersonales íntimas, por lo que encuentran difícil vivir y trabajar con otros. Esto es a pesar del hecho de que pueden ser intelectualmente capaces y que con frecuencia tienen destrezas y talentos especiales, que los llevan a estar preocupados con algunos intereses que son perseguidos fanáticamente, logrando en circunstancias favorables satisfacción y éxito (Frith, 1991). Gillberg ha visto personas con Síndrome de Asperger, que no sólo tienen trabajos calificados sino también están casados y tienen hijos, pero conservan la mayoría de los síntomas encontrados en la infancia (Gillberg, 1991b). Sin embargo, Tantam (1988a, b) se refirió a los altos niveles de desempleo, la falta de amistades y la ausencia de relaciones de pareja, pese a la presencia de libido normal.

El pronóstico puede estar afectado por la existencia de una enfermedad psiquiátrica superpuesta (Wing, 1981; Gillberg, 1991b; Nordin y Gillberg, 1998), encontrándose ansiedades clínicamente diagnosticables y diferentes grados de depresión, especialmente en la adolescencia o en la adultez joven. El grado de ajuste alcanzado, parece estar relacionado con el nivel y la variedad de destrezas disponibles y también con el temperamento del individuo (Wing, 1981).

### **3.11 Trastornos asociados.**

Otros trastornos también pueden ocurrir en niños con Síndrome de Asperger. Son comunes los síntomas de déficit atencional, impulsividad y distractibilidad, que pueden estar acompañados por una hiperactividad generalizada, y los trastornos de aprendizaje. También pueden aparecer trastornos de ansiedad, pudiendo observarse en los años preescolares mutismo selectivo (Szatmari, 1991b; Attwood, 1998) y en los niños y adolescentes, trastornos de ansiedad generalizada y fobias sociales. Además, por la toma de conciencia de las diferencias con otros, en la adolescencia pueden aparecer síntomas depresivos. Wing (1981) también se refirió a las enfermedades afectivas coexistiendo con el Síndrome de Asperger. En algunos casos se ha observado un comportamiento antisocial bizarro, intereses sexuales poco comunes y síndrome de la Tourette (Szatmari, 1991b). También se ha informado que las personas con trastorno de Asperger, tienen una gran incidencia de trastorno depresivo mayor y se han visto casos con trastorno obsesivo compulsivo y enfermedades bipolares (Kaplan, 1995). Los actos suicidas, la depresión atípica y el alcoholismo, pueden ocurrir en proporciones aumentadas en los individuos con síndrome de Asperger (Nordin y Gillberg, 1998).

En el estudio de Tantam el 35% de los adultos con síndrome de Asperger, reunieron los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico. Hubo un riesgo mayor de psicosis, con la manía (9%) siendo más común que la esquizofrenia (3,5%). El trastorno más común fue la depresión, ocurriendo en el 15%. El trastorno de ansiedad también fue común, alcanzando una severidad clínicamente significativa en el 7% y con frecuencia estaba relacionado con depresión. Varios de los casos de depresión eran severos y estaban asociados con síntomas biológicos e ideas suicidas, sin embargo, por su impedimento en la expresión no verbal, pueden no haber tenido una apariencia depresiva (Tantam, 1991).

El DSM-IV (APA, 1994) establece que en el Trastorno de Asperger, pueden observarse distintos síntomas y signos neurológicos no específicos y pueden retrasarse las etapas del desarrollo motor, apareciendo torpeza.

### **3.12 Epidemiología.**

Ninguno de los estudios ha sido diseñado específicamente para medir la prevalencia del síndrome de Asperger (Szatmari, 1992). El describir la epidemiología, está cargado de dificultades debido en gran parte, a la falta de acuerdo entre las definiciones y técnicas metodológicas que han sido utilizadas, lo cuál ha complicado la interpretación de los resultados de las investigaciones (Tantam, 1988a; Simblett y Wilson, 1993; Klin et al., 1995). Por lo tanto, la prevalencia exacta del trastorno de Asperger es desconocida (Kaplan, 1995) y a los factores anteriores, se agrega el hecho de que no se han realizado estudios de comunidad (Szatmari, 1996).

El síndrome parece ser considerablemente más común en niños que en niñas. Asperger originalmente creyó que estaba limitado a los hombres, sin embargo, después modificó esta opinión. Wing encontró una proporción de hombres:mujeres de 4:1 (Wing, 1981; Burgoine y Wing, 1983). En 1989 Gillberg y Gillberg también encontraron que era más común en hombres, estimando una proporción de aproximadamente 7:1 (Green, 1990). La proporción significativamente mayor de hombres también ha sido corroborada en estudios realizados por Szatmari et.al. en 1990, Wing en 1991 y Volkmar, Szatmari y Sparrow en 1993 (Klin et al., 1995). El DSM-IV (APA, 1995) también establece que a pesar de la escasa información disponible, el Trastorno de Asperger parece ser más frecuente en hombres.

Gillberg y Gillberg (1989) sugirieron porcentajes de prevalencia entre 10 y 26 por 10.000, para el síndrome de Asperger en niños sin retardo mental, en cambio, en niños con retardo mental leve, observaron proporciones mucho menores (entre 0.4 y 1.7 por 10.000) (Szatmari, 1992). Wing en 1981 y Gillberg en 1991 sugirieron porcentajes de prevalencia total, de 1 a 10 casos en 10.000 (Klin et al., 1995; Kaplan, 1995).

### **3.13 Evaluación.**

La evaluación de niños con Síndrome de Asperger necesita ser multidisciplinaria y cubrir un amplio rango de destrezas e impedimentos. El diagnóstico requiere una detallada historia del desarrollo, que se centre en el desarrollo de destrezas en la socialización, comunicación y

actividades de juego (Szatmari, 1991b). La información debe ser obtenida de varias fuentes (padres, profesores y de los mismos niños), como también a través de métodos diferentes (entrevista y observación directa) (Szatmari, 1996; Bernet y Dulcan, 1999).

Pueden haber dos etapas que llevan al diagnóstico del Síndrome de Asperger. La primera compromete a padres y/o profesores, para completar un cuestionario o una escala que puede ser utilizada para indicar a un niño que podría tener el síndrome. La segunda etapa es la evaluación diagnóstica, realizada por psicólogos con experiencia en examinar el comportamiento y las habilidades de los niños, utilizando criterios establecidos que entregan una clara descripción del síndrome. Consiste en un examen de aspectos específicos de destrezas sociales, de lenguaje, cognitivas y motoras, como también de aspectos cualitativos de los intereses del niño (Attwood, 1998).

La información histórica es muy importante para realizar el diagnóstico y el diagnóstico diferencial y debe contemplar datos sobre el embarazo, el parto y el desarrollo del niño. Es muy importante la información sobre la edad aparente de inicio (Volkmar et al., 1996a; Bernet y Dulcan, 1999), la naturaleza de la relación social en los primeros años de vida, las dificultades en el desarrollo del lenguaje, en las destrezas de comunicación, en el desarrollo motor y las respuestas inusuales al ambiente (Bernet y Dulcan, 1999). Las investigaciones indican que la edad media para un diagnóstico es 8 años, pero el rango de edad varía desde los niños muy pequeños, hasta los adultos (Attwood, 1998).

También es importante la historia médica del niño, para descartar déficit sensoriales auditivos, visuales u otros trastornos médicos. Hay que ver si existe una historia de utilización de medicamentos u otros tipos de intervenciones, para modificar el comportamiento, y es importante revisar la historia familiar, con el fin de detectar la posible presencia de otros trastornos del desarrollo o autismo, en alguno de sus miembros (Bernet y Dulcan, 1999).

El niño debe ser observado en distintos lugares y situaciones, además del lugar donde consulta, tales como el hogar o el colegio y en la interacción con los padres y hermanos. Usualmente son

necesarias varias sesiones. Es importante el nivel de desarrollo del niño, para lo cuál deben evaluarse los síntomas característicos en las áreas de interacción social, comunicación/juego, intereses y comportamientos restringidos, y cualquier característica inusual, como por ejemplo la presencia de estereotipias (Bernet y Dulcan, 1999). Hay que evaluar las habilidades cognitivas del niño, para establecer niveles de funcionamiento total. Es necesario obtener estimaciones separadas de CI verbal y manual, ya que en el síndrome de Asperger, es común que las destrezas no verbales estén más impedidas que las verbales (Volkmar et al., 1996a). También se debe evaluar el nivel de lenguaje y de destrezas de comunicación exhibido por el niño y cualquier fortaleza, debilidad o interés especial poco común. Hay que prestar mucha atención a problemas específicos de comportamiento como agresión, autoagresión o estereotipias, que pueden requerir intervenciones comportamentales o farmacológicas (Bernet y Dulcan, 1999).

Por lo tanto, las áreas que pueden requerir intervención incluyen entrenamiento en la socialización, comunicación y fantasía, en las destrezas adaptativas y en controlar el comportamiento agresivo (Szatmari, 1991b).

#### **IV METODOLOGÍA GENERAL UTILIZADA.**

Esta investigación consistió en un estudio bibliográfico, en que se revisó lo que se ha escrito sobre el diagnóstico del Síndrome de Asperger, con el fin de llegar a una síntesis de los criterios más importantes que conforman lo que hoy se considera dicho trastorno.

La metodología consistió en una revisión bibliográfica tanto de libros que han sido publicados actualmente, como de artículos que han aparecido en diferentes revistas científicas. Una extensa búsqueda a través de MEDLINE, fue llevada a cabo para identificar todos los artículos que aparecían al ingresar las palabras "Asperger Syndrome". Luego se revisaron todos los abstract obtenidos en la búsqueda y se escogieron aquellos artículos que estaban más relacionados con el diagnóstico. Después se procedió a recopilar los artículos seleccionados.

Como se trata de una revisión histórica de la evolución que ha habido en torno a este síndrome, se revisó la literatura seleccionada de acuerdo al año de publicación, comenzando por las primeras publicaciones, llegando a las actuales. Al no existir información en español, se procedió a traducir y a realizar fichas bibliográficas de los diferentes autores, en el orden cronológico antes mencionado. Una vez obtenida toda la información, se realizó una síntesis de lo que han planteado los diferentes autores y las modificaciones que se han realizado al diagnóstico a lo largo del tiempo, concluyendo en una descripción exhaustiva de las características que hoy se consideran esenciales, para realizar un buen diagnóstico psicológico del Síndrome de Asperger.



## V COMENTARIOS O REFLEXIONES FINALES.

El Síndrome de Asperger representa un trastorno interesantísimo para la psicología y psiquiatría infantil. La difícil situación de estos niños es muy conmovedora, porque tienen que luchar con un mundo que es esencialmente social. La niñez es un momento de juego y para aprender a relacionarse y comunicarse con otros, por lo tanto, los impedimentos en la socialización, comunicación y fantasía, chocan con la naturaleza de la infancia. Además, cualquier impedimento de las destrezas sociales, tiene un gran efecto sobre el desarrollo del niño como una persona total y sobre sus oportunidades para llegar a ser un adulto independiente, capaz de trabajar, casarse y construir una familia. Sólo aquellas personas socialmente impedidas, que tienen pocas o ninguna otra discapacidad y que tienen destrezas suficientes para compensar sus problemas, pueden funcionar razonablemente bien e incluso, en unos pocos casos, ser exitosos como adultos, pero la mayoría necesita ayuda y guía para toda la vida.

Hans Asperger propuso el término Psicopatía Autística, para describir un trastorno poco común, en que los niños tenían problemas marcados en la interacción social. Eran similares en muchos aspectos a los niños con autismo; sin embargo, había algunas diferencias en su presentación clínica, en especial, su lenguaje relativamente bien preservado, destrezas intelectuales generales, déficit motores y un inicio que parecía ser algo después, que el Autismo. Parece ser que Kanner tendió a describir casos más severamente afectados, mientras que Asperger describió aquellos con problemas leves, pero había un traslape entre los dos, pudiendo existir algunos casos que ambos autores podrían haber aceptado dentro de sus grupos respectivos.

Los años siguientes al trabajo de Wing, estuvieron marcados por un interés y una confusión creciente sobre el concepto diagnóstico. Hasta ahora no se ha podido determinar definitivamente si el Autismo y el Síndrome de Asperger pueden ser vistos como categorías diagnósticas distintas o si el Síndrome de Asperger debe ser considerado como una subcategoría de Autismo. Sin embargo, reconocer que estos niños tienen un tipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo, trae alguna claridad diagnóstica.

El diagnóstico de “Síndrome de Asperger” se ha hecho popular, para referirse a individuos con algunas características autistas, que no reúnen todos los criterios para el Autismo. No hay acuerdo universal sobre las características diagnósticas, sin embargo, varios de los estudios de caso que fueron revisados, muestran similitudes claras en sus descripciones clínicas. Todos los autores concuerdan con que se trata de un trastorno que se presenta desde la infancia y persiste por toda la vida, y que los elementos de la tríada de los trastornos generalizados del desarrollo, son esenciales para el diagnóstico. Estos incluyen diversos impedimentos en la interacción social, déficit en la comunicación verbal y no verbal, y un rango restringido de actividades imaginativas.

A pesar que ha sido incluido en el CIE-10 y en el DSM-IV como una entidad diagnóstica distinta, todavía no está claro cuánto difiere del autismo de alto funcionamiento. La descripción del DSM-IV, incluye criterios que son parecidos a aquellos para el trastorno autista, lo cuál podría sugerir que no hay un límite claro entre los dos trastornos. El problema es que los sujetos podrían reunir los criterios para el trastorno autista, pero el DSM-IV estipula que el trastorno de Asperger, no debe ser diagnosticado si se cumplen los criterios para el autismo.

Por otra parte, no es claro si el retardo mental es o no un criterio de exclusión, ya que algunos sostienen que es posible hacer un diagnóstico de síndrome de Asperger en personas con retardo mental leve, en cambio otros no. Tampoco se ha determinado si un diagnóstico de autismo y síndrome de Asperger, puede ser hecho en el mismo individuo a lo largo del tiempo.

Ha sido muy cuestionado si los criterios del DSM-IV y del CIE-10, describen adecuadamente al niño con Síndrome de Asperger, particularmente en el campo de la comunicación, ya que se refieren a las destrezas de lenguaje en sus criterios, pero afirman que “no hay un retraso clínicamente significativo”. Desafortunadamente, ésto puede ser interpretado como una ausencia de cualquier cualidad poco común en las destrezas del lenguaje, sin embargo, algunos resultados sugieren que puede haber un retraso o una desviación en su desarrollo, y la mayoría de los autores se han referido a problemas con destrezas específicas del lenguaje, particularmente en el área pragmática y a su cualidad pedante. En general, se puede ver que se ha diagnosticado Síndrome de Asperger, en niños que han experimentado un retraso en el lenguaje o han presentado

perturbaciones en la comunicación, pero están menos impedidos socialmente.

Los retrasos motores y la torpeza, son muy comunes en el Síndrome de Asperger, pero continúa habiendo alguna confusión sobre si debe ser un criterio diagnóstico, porque muy pocos estudios han definido y evaluado este síntoma en una manera sistemática. Quizá esta es la razón por la cuál no ha sido incluida como una característica diagnóstica esencial en el CIE-10 y el DSM-IV. Además, la torpeza motora es un problema, si se considera que el Síndrome de Asperger representa una “variante leve” de Autismo, por ser un área en que los niños con Autismo generalmente están menos afectados, y en un modelo de un continuo se podría esperar que aquellos con Síndrome de Asperger, estén menos impedidos en todos los aspectos.

Otro asunto controvertido es el hecho de que Asperger consideró los comportamientos de estos niños como malévolos o maliciosos. El problema principal, es que estos términos implican un conocimiento de los sentimientos de otras personas y una intención de influenciarlos, lo cuál se contradice mucho con las descripciones clínicas de estos niños. Ellos no tienen la intención de dañar a otros y cuando lo hacen, no se dan cuenta, porque no son capaces de percibir los sentimientos y emociones de las demás personas. Quizá el problema está básicamente en los conceptos que utilizó Asperger.

La ausencia, hasta hace poco, de definiciones “oficiales” del síndrome de Asperger, ha hecho que el concepto haya sido utilizado inconsistentemente por los psicólogos, para referirse a personas autistas con mayores niveles de inteligencia, adultos con autismo o incluso como un término más amplio para todos los niños “atípicos”, que no satisfacen los criterios para el autismo. La falta de uniformidad en el uso del término, también caracteriza las definiciones adoptadas para el propósito de investigaciones, que han utilizado diferentes criterios diagnósticos, complicando la interpretación de los resultados.

La falta de consenso en la clasificación, puede deberse al gran rango de características clínicas posibles. Quizá lo más importante es determinar si es útil distinguir y caracterizar subtipos de trastornos del espectro autista para la práctica clínica, la educación y la investigación. Como los

critérios para el Síndrome de Asperger y el Autismo están basados en síntomas, se necesitan estudios genéticos y de respuesta al tratamiento, para aclarar la relación entre estos trastornos.

El Síndrome de Asperger puede estar relacionado estrechamente al Autismo Infantil, ya que ambos tienen en su núcleo anormalidades del “contacto social”, patrones inusuales de juego e intereses y trastornos expresivos severos. Hasta el momento, las diferencias entre ambos pueden ser explicadas sobre la base del nivel de severidad de los impedimentos. El grupo con trastorno de Asperger está menos retrasado cognitivamente que el grupo con trastorno autista y es posible que las diferencias clínicas reflejen este factor. Quizá la diferencia clínica más destacada, es que en el síndrome de Asperger hay poca o ninguna evidencia de un desarrollo de lenguaje retrasado o desviado, tales como presencia de ecolalia, inversión del pronombre o uso de neologismos. Por el contrario, su modo de hablar con mayor frecuencia se caracteriza por ser pedante, repetitivo o unilateral, y el contenido es inapropiado para el contexto social.

Otra diferencia es que, aunque los sujetos con Síndrome de Asperger y los autistas tienen impedimentos sociales similares, los sujetos con Síndrome de Asperger no presentan la falta de responsividad a sus padres o cuidadores, vista en los autistas. Además, en cuanto a la evolución, pasan menos tiempo en lugares de educación especial, pero tienen más síntomas psiquiátricos asociados, que los niños autistas.

Por otro lado, es probable que el Síndrome de Asperger y el Autismo compartan una etiología común, porque ambos trastornos tienen una proporción sexual y una historia familiar similar. Por qué algunos desarrollan Síndrome de Asperger en lugar de Autismo no está claro, pero algunos autores han planteado que quizá el daño cerebral antes, durante o después del nacimiento, puede explicar este modo variable de manifestarse. Si es así, el autismo infantil resultaría cuando ocurre un daño cerebral, en un niño que podría haber tenido Síndrome de Asperger. Además, el hecho de que existan familias en que hay miembros con Síndrome de Asperger y con autismo, también apunta hacia la hipótesis de que haya una base genética para el síndrome de Asperger, y que en los casos con autismo se haya agregado un daño cerebral.

El autismo y el síndrome de Asperger, a veces no son entidades diagnósticas claramente separables, por el contrario, se ha planteado que están estrechamente relacionadas. Quizá el argumento más fuerte para esto, viene del material de casos clínicos, donde el mismo individuo fue autista en sus años tempranos pero progresó, y cuando joven presentó todas las características del Síndrome de Asperger.

Como puede observarse, la distinción entre los síndromes de Kanner y Asperger, en la práctica no es tan clara como algunos creían y, al parecer, la mayoría de los investigadores lo sitúan en el continuo autista. Sin embargo, han habido desacuerdos sobre si el Síndrome de Asperger tiene características clínicas que son lo suficientemente diferentes del autismo de alto funcionamiento, para merecer utilizar un nombre diferente o si son lo mismo. Algunos han establecido que no hay suficiente evidencia, para considerarlos como trastornos separados y en general, parece ser que las diferencias clínicas son de una magnitud suficiente, para mantener el término.

Un aspecto que hay que tener en cuenta, es que el perfil cognitivo obtenido para los individuos con síndrome de Asperger, coincide mucho con el de los trastornos del aprendizaje no verbal. Esto podría sugerir una distinción empírica respecto del autismo de alto funcionamiento, porque en los casos antes mencionados, el CI verbal es significativamente superior que el manual, en cambio hay evidencia de que en el autismo se da lo contrario. A esto se agrega, como punto de diferenciación, la presencia de torpeza motora en los casos con síndrome de Asperger, que antes fue discutida.

También se ha planteado una asociación con el Trastorno de Personalidad Esquizoide, pero se ha visto que no tiene mucha utilidad relacionarlos. Además, los autores plantean que este trastorno de personalidad está asociado con la Esquizofrenia, lo que implicaría un riesgo mayor de ésta para las personas con Síndrome de Asperger. Sin embargo, los estudios muestran claramente la baja incidencia de Esquizofrenia, en este trastorno generalizado del desarrollo.

Por lo tanto, bastantes de las investigaciones sobre el Síndrome de Asperger se han enfocado en si el síndrome descrito por Asperger, difiere de aquel descrito por Kanner. Algunos investigadores han optado por considerar el autismo y el Síndrome de Asperger a lo largo de un continuo, con

individuos con autismo representando las mayores desventajas cognitivas y aquellos con Síndrome de Asperger, las mayores capacidades. En contraste con esta perspectiva, otros autores han enfatizado las distinciones entre el síndrome de Asperger y el autismo, tendiendo a relacionarlo con el Trastorno de Personalidad Esquizoide y la Esquizofrenia.

Aquellos que han discutido en contra de la inclusión del Síndrome de Asperger en los sistemas de clasificación, han afirmado que los pacientes identificados con Síndrome de Asperger, son autistas de alto funcionamiento. Por otro lado, las diferencias entre ambos trastornos, podrían sugerir que el Síndrome de Asperger es una entidad clínica separada y no un subgrupo del Autismo. Incluso dentro del punto de vista de los subgrupos hay desacuerdos, ya que algunos plantean que es innecesario y confuso utilizar el término Síndrome de Asperger, siendo mejor hablar de Autismo de alto funcionamiento o Autismo leve, en cambio otros establecen que ambas categorías son útiles. Sin embargo, todavía no está claro dónde y sobre que bases, debe trazarse la división entre el Autismo de alto funcionamiento y el Síndrome de Asperger.

En conclusión, en la ausencia de un conocimiento preciso de la etiología, el curso, el pronóstico y la respuesta al tratamiento, no se puede establecer si el síndrome de Asperger es distinto del autismo de alto funcionamiento. Por lo tanto, hasta que no se tengan tales datos, el asunto clave es determinar si las diferencias clínicas observadas, son útiles para la práctica clínica y para la investigación, y si lo son, las distinciones deben ser conservadas.

Es necesario plantearse la pregunta si el término Síndrome de Asperger, tiene algún valor o si debería ser descartado para evitar confusión diagnóstica. A pesar de que los síndromes dentro del continuo autista no han sido diferenciados claramente, pueden haber buenas razones para la utilidad del término, en la práctica clínica. La principal, es que el diagnóstico de autismo, para muchas personas no expertas, es sinónimo de poco o ausencia total de lenguaje, aislamiento social, ningún contacto visual, agilidad y estereotipias corporales. Es decir, hay una falta de comprensión del vasto rango de severidad y de las diferentes manifestaciones de los impedimentos básicos. Por esta razón, los padres tienden a pasar por alto o a rechazar la idea de autismo, para su hijo que es socialmente torpe, ingenuo, extraño para hablar, que tiene intereses especiales, sobre los cuales

realiza monólogos y es torpe en sus movimientos. Plantearles que su niño tiene Síndrome de Asperger, puede ser mucho más fácil de aceptar para ellos, porque no tiene la connotación tan negativa del Autismo. Que esté estrechamente relacionado con éste, se les puede ir explicando gradualmente a lo largo del tiempo. Además, como la presentación típica es diferente a la del niño clásicamente autista, es útil tener un modo separado de describir sus dificultades. Otra ventaja, es que permite aislar a un subgrupo más homogéneo para las investigaciones.

Como puede verse, todavía quedan muchas preguntas sin responder y mucho por investigar, pero quizá el mejor modo para ayudar a cualquier niño socialmente impedido es reconocer el impedimento social, detectar y tratar cualquier trastorno asociado, evaluar las destrezas e impedimentos específicos y el nivel de inteligencia total, y después, utilizar esta información para planear un tratamiento individual. Es importante que la evaluación sea realizada por un equipo multidisciplinario y que se ponga mucho énfasis tanto en la historia como en el estado actual del niño.

## VI BIBLIOGRAFÍA.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición revisada*. Barcelona: MASSON.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición*. Barcelona: MASSON.
- Asperger, H. (1944). Autistic Psychopathy in Childhood. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Attwood, T. (1998). *Asperger's Syndrome: a Guide for Parents and Professionals*. Londres: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Bernet, W. y Dulcan, M. (1999). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Autism and other Pervasive Developmental Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 Supplement, 32S-54S.
- Bishop, D. (1989). Autism, Asperger's Syndrome and Semantic-Pragmatic Disorder: Where are the Boundaries?. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 107-121.
- Bowler, D. (1992). "Theory of Mind" in Asperger's Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 877-893.
- Brumback, R., Harper, C. y Weinberg, W. (1996). Nonverbal Learning Disabilities, Asperger's Syndrome, Pervasive Developmental Disorder - Should we Care?. *Journal of Child Neurology*, 11, 427-429.
- Burd, L. y Kerbeshian, J. (1987). Asperger's Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 417.
- Burgoine, E. y Wing, L. (1983). Identical Triplets with Asperger's Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 143, 261-265.
- Cox, A. D. (1991). Is Asperger's Syndrome a Useful Diagnosis?. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 259-262.
- Dewey, M. (1991). Living with Asperger's Syndrome. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Eisenmajer, R., Prior, M., Leekam, S., Wing, L., Gould, J., Welham, M. y Ong, B. (1996). Comparison of Clinical Symptoms in Autism and Asperger's Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1523-1531.
- Everall, I. P. y Lecouteur, A. (1990). Firesetting in an Adolescent Boy with Asperger's Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 157, 284-287.
- Frith, U. (1991). Asperger and his Syndrome. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L. y Ghaziuddin, N. (1992). Brief Report: A Comparison of the Diagnostic Criteria for Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 643-649.
- Ghaziuddin, M., Leininger, L. y Tsai, L. (1995a). Brief Report: Thought Disorder in Asperger Syndrome: Comparison with High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 311-317.
- Ghaziuddin, M., Shakal, J. y Tsai, L. (1995b). Obstetric Factors in Asperger Syndrome: Comparison with High-Functioning Autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 538-543.
- Gillberg, C. (1989). Asperger Syndrome in 23 Swedish Children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520-531.
- Gillberg, C. (1991a). Clinical and Neurobiological Aspects of Asperger Syndrome in Six Family Studies. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gillberg, C. (1991b). Outcome in Autism and Autistic-like Conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 375-382.
- Green, J. (1990). Is Asperger's a Syndrome?. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 743-747.
- Happé, F. (1991). The Autobiographical Writings of Three Asperger Syndrome Adults: Problems of Interpretation and Implications for Theory. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry /VI*. Baltimor: Williams & Wilkins.

- Kerbeshian, J., Burd, L. y Fisher, W. (1990). Asperger's Syndrome: To Be or Not To Be?. *British Journal of Psychiatry*, 156, 721-725.
- Klin, A., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. y Rourke, B. P. (1995). Validity and Neuropsychological Characterization of Asperger Syndrome: Convergence with Nonverbal Learning Disabilities Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1127-1140.
- Klin, A., Volkmar, F. y Sparrow, S. (2000). *Asperger Syndrome*. Nueva York: Guilford Press.
- Marriage, K., Gordon, V. y Brand, L. (1995). A Social Skills Group for Boys with Asperger's Syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 58-62.
- Nass, R. y Gutman, R. (1997). Boys with Asperger's Disorder, Exceptional Verbal Intelligence, Tics, and Clumsiness. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 691-695.
- Nordin, V. y Gillberg, C. (1998). The Long-Term Course of Autistic Disorders: Update on Follow-up Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 99-108.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento, 10ª revisión: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación Estadística Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento, 10ª revisión: Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid: Meditor.
- Ozonoff, S., Rogers, S. y Pennington, B. (1991). Asperger's Syndrome: Evidence of an Empirical Distinction from High-Functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1107-1122.
- Pomeroy, J., Friedman, C. y Stephens, L. (1991). Autism and Asperger's: Same or Different?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 152-153.
- Ryan, R. (1992). Treatment-Resistant Chronic Mental Illness: Is It Asperger's Syndrome?. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 807-811.
- Schopler, E. (1996). Are Autism and Asperger Syndrome Different Labels or Different Disabilities?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 109-110.
- Simblett, G. J. y Wilson, D. N. (1993). Asperger's Syndrome: Three Cases and a Discussion. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 85-94.

- Szatmari, P., Bartolucci, G., Finlayson, A. y Krames, L. (1986). A Vote for Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 515-517.
- Szatmari, P., Bartolucci, G. y Bremner, R. (1989a). Asperger's Syndrome and Autism: Comparison of Early History and Outcome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 709-720.
- Szatmari, P., Bremner, R. y Nagy, J. (1989b). Asperger's Syndrome: A Review of Clinical Features. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 554-560.
- Szatmari, P. (1991a). Reply to Pomeroy, Friedman and Stephens. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 153.
- Szatmari, P. (1991b). Asperger's Syndrome: Diagnosis, Treatment, and Outcome. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 81-93.
- Szatmari, P. (1992). The Validity of Autistic Spectrum Disorders: A Literature Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 583-600.
- Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S., Streiner, D. y Wilson, F. (1995). Asperger's Syndrome and Autism: Differences in Behavior, Cognition, and Adaptive Functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1662-1671.
- Szatmari, P. (1996). Asperger's Disorder and Atypical Pervasive Developmental Disorder. En F. Volkmar (Ed.), *Psychoses and PDDs in Childhood and Adolescence*. Washington: American Psychiatric Press.
- Tanguay, P. (2000). Pervasive Developmental Disorders: A 10-Year Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1079-1095.
- Tantam, D. (1988a). Asperger's Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 245-255.
- Tantam, D. (1988b). Lifelong Eccentricity and Social Isolation II: Asperger's Syndrome or Schizoid Personality Disorder?. *British Journal of Psychiatry*, 153, 783-791.
- Tantam, D. (1991). Asperger Syndrome in Adulthood. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tantam, D. (1992). Characterizing the Fundamental Social Handicap in Autism. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 83-91.

- Volkmar, F., Paul, R. y Cohen, D. (1985). The Use of "Asperger's Syndrome". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 437-439.
- Volkmar, F., Klin, A., Marans, W. y Cohen, D. (1996a). The Pervasive Developmental Disorders: Diagnosis and Assessment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 963-977.
- Volkmar, F., Klin, A., Schultz, R., Bronen, R., Marans, W., Sparrow, S. Cohen, D. (1996b). Asperger's Syndrom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 118-123.
- Volkmar, F. y Klin, A. (2000). Diagnostic Issues in Asperger Syndrome. En A. Klin, F. Volkmar y S. Sparrow (Eds.), *Asperger Syndrome*. Nueva York: Guilford Press.
- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: A Clinical Account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- Wing, L. (1986). Clarification on Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 513-515.
- Wing, L. (1991). The Relationship Between Asperger's Syndrome and Kanner's Autism. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolff, S. (1991a). Asperger's Syndrome. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 178-179.
- Wolff, S. (1991b). 'Schizoid' Personality in Childhood and Adult Life I: The Vagaries of Diagnostic Labelling. *British Journal of Psychiatry*, 159, 615-620.
- Wolff, S. (1991c). 'Schizoid' Personality in Childhood and Adult Life III: The Childhood Picture. *British Journal of Psychiatry*, 159, 629-635.

## **ANEXO I.**

### **Criterios diagnósticos de Szatmari, Bremner y Nagy (1989).**

#### **1- Solitario: 2 de:**

- (a) ningún amigo íntimo
- (b) evita a otros
- (c) ningún interés en hacer amigos
- (d) solitario.

#### **2- Interacción social impedida: 1 de:**

- (a) se aproxima a otros sólo para satisfacer sus propias necesidades
- (b) acercamiento social torpe
- (c) respuestas parciales a los pares
- (d) dificultades para percibir los sentimientos de otros
- (e) desvinculado de los sentimientos de otros.

#### **3- Comunicación no verbal impedida: 1 de:**

- (a) expresión facial limitada
- (b) incapaz de leer emociones en la expresión facial de otro
- (c) incapaz de dar mensajes con los ojos
- (d) *no mira a otros*
- (e) no utiliza las manos para expresarse a sí mismo
- (f) los gestos son torpes
- (g) se acerca extremadamente al otro.

#### **4- Habla extraña: 2 de:**

- (a) anormalidades en la entonación
- (b) habla mucho
- (c) habla muy poco
- (d) falta de cohesión en la conversación
- (e) utilización idiosincrática de las palabras
- (f) patrones repetitivos de habla.

#### **5- No reúne el criterio del DSM-III-R para: el Trastorno Autista.**

## **ANEXO II.**

### **Criterios diagnósticos de Corina y Christopher Gillberg (1989).**

- 1- Impedimento severo en la interacción social recíproca (por lo menos 2 de los siguientes)
  - (a) incapacidad para interactuar con pares
  - (b) falta de deseo para interactuar con pares
  - (c) falta de reconocimiento de las claves o señales sociales
  - (d) comportamiento social y emocionalmente inapropiado.
- 2- Un interés completamente absorbente (por lo menos 1 de los siguientes)
  - (a) exclusión de otras actividades
  - (b) adherencia repetitiva
  - (c) más memoria mecánica (repetición) que significado.
- 3- Imposición de rutinas e intereses (por lo menos 1 de los siguientes)
  - (a) sobre si mismo, en aspectos de la vida
  - (b) sobre otros.
- 4- Problemas de habla y lenguaje (por lo menos 3 de los siguientes)
  - (a) retraso del desarrollo
  - (b) lenguaje expresivo superficialmente perfecto
  - (c) lenguaje formal, pedante
  - (d) prosodia extraña, características peculiares de la voz
  - (e) impedimento de la comprensión, incluyendo interpretaciones erróneas de los significados implícitos.
- 5- Problemas en la comunicación no verbal (por lo menos 1 de los siguientes)
  - (a) uso limitado de gestos
  - (b) lenguaje corporal tosco/torpe
  - (c) expresión facial limitada
  - (d) expresión inapropiada
  - (e) Mirada peculiar, ajena.
- 6- Torpeza motora  
funcionamiento pobre en el examen del desarrollo neurológico.

## **ANEXO III.**

### **Criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995).**

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

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

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

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

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

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

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

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



## **ANEXO IV.**

### **Criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 1993).**

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo). El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos

parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anormalidades demostrables en, al menos, una de las siguientes áreas:

- a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
- b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.
- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.
- d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico, a esquizofrenia simple, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido, a trastorno anancástico de personalidad, ni a trastorno obsesivo-compulsivo.

## ANEXO V.

**Cuadro comparativo de las características clínicas propuestas por Asperger y Wing, y los criterios diagnósticos de Gillberg, Szatmari, el CIE-10 y el DSM-IV, para el Síndrome de Asperger.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Asperger (1944, 1979)	Wing (1981)	Gillberg et al. (1989)	Szatmari (1989)	CIE-10 (1993)	DSM-IV (1994)
Impedimento social	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Fracaso para desarrollar amistades	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Comunicación no verbal pobre	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Prosodia y pragmática pobre	Presente	Presente	Presente	Presente	No establecido	No establecido
Lenguaje idiosincrático	Presente	Presente	No establecido	Presente	No establecido	No establecido
Juego imaginativo empobrecido	Presente	Presente	No establecido	No establecido	No establecido	No establecido
Intereses completamente absorbentes	Presente	Presente	Presente	No establecido	Con frecuencia	Con frecuencia
Torpeza motora	Presente	Presente	Presente	Gestos torpes	Con frecuencia	Con frecuencia
Retraso/ desviación del lenguaje	Ausente	Puede estar presente	Puede estar presente	No establecido	Ausente	Ausente
Retrasos cognitivos	Ausente	Puede estar presente	No establecido	No establecido	Ausente	Ausente
Retrasos motores	Presente	A veces	No establecido	No establecido	Puede estar presente	Puede estar presente
Exclusión de Autismo	Presente (1979)	Ausente	No establecido	Presente	Presente	Presente
Retardo mental	Ausente	Puede estar presente	No establecido	No establecido	No establecido	No establecido

BIBLIOTECA ARNALDO MERBILHAA COUSTERE  
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL



3 5618 00028 2044