

UNIVERSIDAD LA SALLE
CARRERA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CENTRO DE POSTGRADO FUNDACIÓN CIDES



**DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE ASPERGER
Y AUTISMO**

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL GRADO DE POSTÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE EDUCACION ESPECIAL

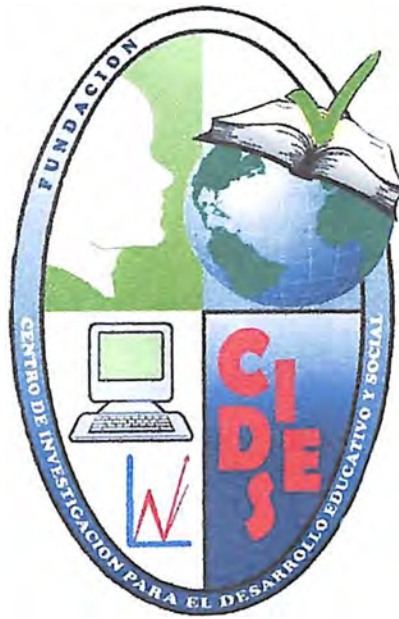
POSTULANTE: Rossio Lourdes Revilla Chalco
TUTOR : LIC: Piter Henry Escobar Callejas

LA PAZ - BOLIVIA

2010



CENTRO DE POSTGRADO FUNDACIÓN CIDES



DEDICATORIA

Dedicado a mi familia
por el apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

**Mi agradecimiento profundo a mi Señor Jesús, siempre
está a mi lado, y siempre me da fortaleza
para seguir adelante.**

PENSAMIENTO

**“Estad firmes y constantes, creciendo en la obra del
Señor siempre, sabiendo que vuestro trabajo en el Señor
no es en vano”**

(1 Corintios 15:58)

Indice

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
PENSAMIENTO	5
INTRODUCCION	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS.....	10
1 AUTISMO.....	11
1.3.2 Cognición	19
1.3.3 Memoria.....	19
1.3.4 Sistema motor.....	20
1.3.4 Sistema sensorio-perceptual	21
1.4 Neurobiología y autismo	23
2 SÍNDROME DE ASPERGER	24
2.1 Antecedentes Históricos.	24
2.2 Criterios diagnósticos según el DSM-IV (1994).	25
2.3.1 Lenguaje	26
2.3.2 Cognición	27
2.3.3 Conducta.....	27
2.4 Características asociadas	27
2.4.1 Curso	28
2.4.2 Prevalencia y patrón familiar.....	28
2.5 ¿Es el Síndrome de Asperger una variante del Autismo Infantil?	28
2.5.1 El Efecto Patoplástico de la Inteligencia	29
2.5.2 Hacia el Déficit Fundamental del Autismo.....	30
2.6 Bases Patológicas del Síndrome de Asperger.....	32

3 DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO Y SINDROME DE ASPERGER	37
3.1 Estudios por agrupación de casos.....	40
3.1.1 Áreas de desarrollo en estudios comparativos	40
3.2 Consideraciones diagnósticas del Síndrome de Asperger y Autismo	47
3.3 El autismo no es lo mismo que el síndrome de Asperger.	51
3.4 Diagnostico Diferencial	53
3.5 Tabla que diferencia al Autismo del Síndrome de Asperger.	54
Conclusiones	55

INTRODUCCION

El presente estudio da a conocer las diferencias del síndrome de Asperger y el autismo sabiendo que ambos forman parte de los trastornos generalizados del desarrollo según el DSM IV y presentan características que son similares pero no son iguales.

El objetivo fundamental que tiene esta monografía es dar a conocer las características de estos trastornos e identificar sus diferencias tanto conductuales, intelectuales y sociales.

La investigación se justifica en la necesidad de brindar información a los educadores involucrados en educación alternativa acerca de estos dos trastornos dando un aporte significativo de conocimiento.

De hecho durante muchos años ha habido gran confusión acerca de estos dos trastornos por parte de los padres, educadores ya que presentan conductas y características similares, así que es fundamental conocer y profundizar este tema para trabajar de manera individualizada.

Para una mayor comprensión el estudio describe de manera detallada primeramente el síndrome de asperger y el autismo, desde sus antecedentes, características origen patológico,etc, seguidamente se presenta la comparación entre estos trastornos denotando las diferencias

Por último presenta las conclusiones a las cuales se han llegado al estudiar este tema de investigación.

JUSTIFICACION

Muchos niños que presentan el síndrome de asperger son catalogados como autistas y son tratados como tal , pero lo que no se toma en cuenta es que el nivel intelectual de estos niños es normal e incluso más de los normal dependiendo su edad cronológica, y muchas veces son rechazados en las escuelas regulares por no poder interactuar.

Es importante estudiar este tema para así realizar una intervención adecuada identificando sus características de ambos trastornos.

Tanto los niños con síndrome de Asperger como los autistas tienen el derecho de ser tratados con respeto en cuanto a capacidades y limitaciones , no debemos tratarlos con torpeza ya que podemos frustrarlos y es por ese motivo que debemos diferenciar y conocer sus características, por más que tengan las mismas características son muy diferentes. En realidad todos somos diferentes y por tal debemos ser tratados por igual.

Hasta hace poco aun había esta confusión de estos dos trastornos ya que son comunes pero ahora se esta tratando de diferenciar para el conocimiento de educadores, pero algo elemental que diferencia a estos trastornos es el cociente intelectual que en el caso de asperger es normal y a veces mas de lo normas y en el autismo es medio bajo

El trato o la intervención que se realice con estos niños repercutirá en un futuro y he ahí la importancia del estudio de este tema.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Brindar información sobre el síndrome de Asperger y Autismo denotando sus diferencias para una mejor intervención

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Delimitar conceptos relacionados con la temática de autismo y síndrome de Asperger**
- **Analizar documentalmente las diferencias del síndrome de asperger y autismo**
- **Demostrar la necesidad social en la discriminación y diferenciación de estos trastornos**

1 AUTISMO

1.1 Antecedentes

Kanner, 1943 Como patología, el autismo es un problema muy antiguo, no se sabe exactamente desde cuando existe, pero su conocimiento con base científica data desde los primeros años de la década de los 40.

El autismo es un síndrome, es decir un conjunto de síntomas y signos y su presencia indica que hay un trastorno o un mal funcionamiento de un órgano o un sistema. En el caso del síndrome autista, la disfunción está en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro.

Se lo identifica como una devastadora alteración de aquellas funciones esencialmente humanas que se gestan en los primeros años de la vida, sigue constituyendo, en gran parte, un enigma y un reto para la comunidad científica.

El término "AUTISMO" fue introducido por Blewer en 1911, para señalar a alguien que estaba "encerrado en si mismo" y fue el médico vienes Leo Kanner quien, estudiando un grupo de niños con determinadas características, uso el diagnóstico de "autismo infantil precoz" . En 1943 a partir de la descripción que realiza Kanner se reconoce al autismo como identidad. Casi al mismo tiempo, unos meses después Asperger también identifica un grupo de 4 niños con características similares, motivo por el cual hay quienes confunden estos síndromes (autismo-asperger).

La definición de autismo ofrecida por kanner en 1943 sigue estando vigente actualmente con sus núcleos de trastornos :

(1) trastornos cualitativos de la relación, (2) alteraciones de la comunicación y lenguaje, (3) Falta de flexibilidad mental y comportamental.

La clasificación más utilizada la DSM –IV (1994) diferencia entre el trastorno autista, que equivale al síndrome de Kanner y el trastorno de Asperger, síndrome de Asperger.

Criterios Diagnósticos DSM–IV del trastorno autista:

A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse 6 o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

B.

1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

2.

a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.

c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).

d. Falta de reciprocidad social o emocional.

e. Retraso o ausencia completa del desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o la mímica).

- f. En personas con habla adecuada trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
 - g. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
 - h. Falta de juego de ficción espontáneo y variado , o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
3. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
- a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales .
 - c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos , movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.)
 - d. Preocupación persistente por parte de objetos.
4. Patrones de conductas, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
- C. Antes de los tres años , deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas : (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje, o (3) juego simbólico.
- D. El retraso no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

1.2. ¿Qué es y qué significa el concepto de espectro autista?

Desde finales de los años setenta no sólo se ha incrementado el refinamiento en la definición del autismo sino que también se ha extendido o ampliado

hacia el concepto de trastorno de espectro. Cuando Wing y Gould estudiaron la incidencia de deficiencia social severa en una población amplia, observaron que todos los niños que presentaban una deficiencia social severa también tenían los síntomas principales del autismo. El autismo nuclear tan solo estaba presente en un 4.8/10.000, mientras que en la medida en que es menor el cociente intelectual más frecuente son los rasgos del espectro autista, hasta el punto de encontrar una incidencia de 22.1/10.000, prácticamente 5 veces más que la incidencia nuclear de autismo. Por tanto, los niños que están afectados por dificultades similares en la reciprocidad social, la comunicación y presentan un patrón restrictivo de conductas aún sin ser estrictamente autistas, precisan de los mismos servicios y tratamientos que necesitan las personas con autismo. De este estudio se pueden extraer dos ideas interesantes:

1. El autismo en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas. Puede asociarse a muy distintos trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados. En el 75% de los casos el autismo de Kanner se acompaña de retraso mental.

Dimensiones alteradas en los cuadros con espectro autistas:

1. Trastornos cualitativos de la relación social.
2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjunta).
3. Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas .
4. Trastorno de las funciones comunicativas.
5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
7. Trastornos de las competencias de anticipación.
8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
9. Trastornos del sentido de la actividad propia.

2. Hay muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas sin ser propiamente cuadro de autismo. Puede ser útil considerar al autismo como un continuo que se presenta en diversos grados y en diferentes cuadros de desarrollo.

10) Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.

11) Trastornos de la imitación.

12) Trastornos de la suspensión (la capacidad de hacer significantes)

Riviere (1998) elaboró con mayor profundidad este concepto, la consideración del autismo como un continuo de diferentes dimensiones, y no como una categoría única y que en su opinión, permite reconocer a la vez de lo que hay en común entre las personas con autismo (y de éstas con otras que presentan rasgos autistas en su desarrollo) y lo que hay de diferente en ellas. Riviere señala seis factores principales de los que dependen la naturaleza y expresión concreta de las alteraciones que presentan las personas con espectro autistas en las dimensiones que siempre están alteradas:

1. La asociación o no del autismo con retraso mental más o menos severo.
2. La gravedad del trastorno que presentan
3. La edad; el momento evolutivo de la persona con autismo
4. El sexo: el trastorno autista afecta con menos frecuencia, pero con mayor grado de alteración a mujeres que a hombres.
5. La adecuación y eficiencia de los tratamientos utilizados y de las experiencia de aprendizaje.
6. El compromiso y apoyo de la familia.

Puede establecerse, por tanto, que la efectividad y naturaleza de los tratamientos va a depender de la ubicación de la persona autista en las diferentes dimensiones.

Una posible forma de entender las relaciones que se establecen entre el autismo, como trastorno nuclear y prototípico, los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos del espectro autista de la siguiente manera:

- Todo diagnóstico de autismo es también un T.G.D y un trastorno de espectro autista.
- No podemos asumir que un T.G.D (Por ej: Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la infancia) sea estrictamente un cuadro de autismo aunque sigue siendo un trastorno de espectro autista.
- Un niño con espectro autista (por ej: retraso mental severo con rasgos autistas) no puede ser entendido como un trastorno generalizado del desarrollo ni como cuadro de autismo.

1.3. Características del autismo

Kanner destaca las siguientes características, que parecían ser comunes a todos los niños que observó:

Extrema soledad autista . Los niños no se relacionaban normalmente con las personas , especialmente con otros niños y parecían felices cuando se les dejaba solos. Kanner sospechaba que esta ausencia de respuesta social empezaba muy pronto en la vida del niño.

Deseo obsesivo de invarianza ambiental. Los niños se molestaban enormemente con los cambios en su rutina o con los objetos que les rodeaban y mostraban una especial insistencia en mantener preservado lo más idéntico, sin cambios, el ambiente.

Memoria excelente. Los niños que vio Kanner demostraban una capacidad sorprendente para memorizar grandes cantidades de material sin sentido a efectos prácticos (por ejemplo, una página del índice de una enciclopedia). Esta buena memoria no se correspondía con las dificultades de aprendizaje

que presentaban en otras áreas o incluso con el retraso observado en otros aspectos.

Expresión inteligente (buen potencial cognitivo) y ausencia de rasgos físicos. Kanner creyó que la memoria y destrezas sobresaliente de algunos casos eran el reflejo de una inteligencia fuera de lo común, a pesar de que considerara que muchos niños tenían dificultades de aprendizaje. Por otro lado, la ausencia de estigmas físicos conducen también a una impresión de inteligencia. Kanner remarcó la "Fisonomía inteligente" de sus casos y otros autores han descrito a niños con autismo habitualmente muy guapos.

Hipersensibilidad a los estímulos. Kanner observó que muchos de los niños que el vio reaccionaban intensamente a ciertos ruidos y a algunos objetos. Algunos también manifestaban problema con la alimentación. La cuestión de si la hipersensibilidad es una de las características centrales del autismo o si más bien es consecuencia de una dificultad para analizar y percibir la información con sentido, es una cuestión abierta y objeto de debate entre algunas de las teorías psicológicas del autismo.

Mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real. Se incluyen aquí no solo los niños sin habla sino también los niños que solo usaban ecolalia, a Kanner le llamó especialmente la atención el fenómeno de la ecolalia. Los niños repetían fragmentos lingüísticos que habían oídos pero eran incapaces de utilizar el lenguaje para dar a entender algo más que sus necesidades inmediatas.

Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea. Kanner observó el contraste entre la buena manipulación de objetos que demostraban los niños y el uso que hacían de estos objetos. Las acciones que aplicaban a los objetos informaban de una buena destreza manual aunque las actividades se

caracterizaban por la realización de conductas de giro o la realización rígida de un conjunto de rutinas pero no el uso social de los objetos.

El juego. La observación de un niño que juega con objetos representacionales es el modo más eficiente de acceder a su status mental. Las características conductuales de un niño autista en el preescolar se ven claramente reflejadas en el empobrecimiento de su juego. Por lo general, manipulan los juguetes en vez de jugar con ellos; si son capaces de realizar algún juego imaginativo, este suele ser la repetición de un escenario aprendido reiteradamente.

Pueden acumular o elegir juguetes, y se sienten bien jugando solos ya que tienen una notoria incapacidad de incorporar a otro niño en su juego.

1.3.1 Atención

Significativos trastornos de la atención. Pueden ser extremadamente perturbables y manipular un objeto sin jugar con ellos, pero algunos de esos niños puede durante un lapso prolongado mantener la atención en sus actividades favoritas, jugar con una computadora , estudiar horarios o calendarios, etc.

Frecuentemente son prominentes la perseverancia por la capacidad de no aburrirse.

Las marcas centrales de estos niños son la rigidez, la insistencia a la repetición y una marcada dificultad para cambiar la actividad, se desconoce si estas manifestaciones de ansiedad o de atención focalizada. Se propuso que los déficit en la atención selectiva o la incapacidad de cambiar con rapidez el objeto de atención desempeñaría un rol clave en la sintomatología autista.

1.3.2 Cognición

Una marca del contraste del autismo es la habilidad irregular respecto de las capacidades cognitivas. Esta irregularidad disminuye enormemente el valor informativo de los puntajes resumidos del cociente intelectual (CI). Las habilidades de los niños autistas varían desde una deficiencia mental profunda hasta capacidades superiores, pero incluso una habilidad total superior está asociada con áreas de menos competencia. En algunas personas autistas la irregularidad está marcada que un talento excepcional puede llegar a coexistir con una incompetencia mental total, produciéndose el llamado Síndrome Savat, por convención, el término Savat no se refiere a niños autistas inteligentes (o no autistas) con un talento excepcional. Una especial capacidad para la música, el dibujo, los cálculos, la memoria mecánica, las habilidades espacio- visuales, lo que produce genios de la música y artistas, calculadores de calendarios, memoristas y adivinadores de acertijos.

La mayoría de los niños autistas, quizá un 70%, tienen deficiencia mental con CI de escala completa menor que 70 y no serán adultos independientes.

1.3.3 Memoria

Muchos niños autistas tienen una memoria verbal y/o visoespacial superior. La ecolalia retardada, la repetición de comerciales de televisión y la habilidad precoz para recitar el alfabeto y decir historias palabras por palabras son testimonios de una memoria verbal superior, pero no de la habilidad del niño de comprender lo que está diciendo. La inusual capacidad de recordar caminos o el trazo de lugares visitados es testimonio de una excelente

memoria espacial; así mismo, la limitada habilidad de estos niños para retener lo que los educadores tratan de enseñarles pueden reflejar sus limitaciones cognitivas, pero también manifiestan la disociabilidad de las capacidades mnémicas especializadas.

1.3.4 Sistema motor

Con la posible excepción de estereotipias y quizá de hipotonía, los déficit motores no son síntomas centrales de autismo, ya que no están invariablemente presentes y difieren de niño a niño de forma considerable. La estereotipia es una marca de autismo casi universalmente presente en todas las edades. Estas personas pueden mecerse en la cama mientras concilian el sueño, aletear con las manos o tensionar los músculos cuando se excitan, patear, balancearse de un pie a otro, aplaudir, entrecruzar los dedos, manipular una mecha de cabello pedazos de tela. También es frecuente que giren o corran en círculos. Una explicación de estas de estas actividades es que cumplen la función de autoestimulación.

Algunos niños autistas no tienen otra característica de tipo motor además de estas estereotipias, poseen buena coordinación , caminan tempranamente, trepan con agilidad y tienen capacidad de colocar bien las piezas de un rompecabezas. Otros son torpes, y algunos sufren una apraxia tan severa que no tienen idea de cómo imitar gestos , golpear sus pies, saltar o tomar un lápiz.

La apraxia es considerada causa del deterioro de la habilidad de algunos niños autistas que pueden aprender a expresarse en forma escrita usando un teclado.

Un grupo significativo de niños autistas son hipotónicos. Algunos caminan en punta de pie, lo que sugiere la existencia de una diplegia espástica moderada con hiperreflexia, que por lo general no es encontrada. Algunos niños pequeños gatean con las manos y los pies enroscados. En contrastes con estos déficit motores leves, los déficit motores severos son pocos frecuentes si no existe una patología cerebral demostrable.

1.3.4 Sistema sensorio-perceptual

Con frecuencia, los niños autistas presentan anomalías significativas en respuestas a una variedad de estímulos sensoriales. Estas anomalías reflejan déficit perceptuales más que sensoriales primarios (Esta afirmación no niega la existencia de niños autistas sordos, o ciegos). Las anomalías pueden ser secundarias a los defectos de atención, cognitivos o de motivación. Sus grados y sus características son muy variables, lo que sugiere que los déficit sensoriales no son marcas centrales definitorias del síndrome, aunque la respuesta anormal pueda serlo.

Por lo general, los niños autistas emplean mejor la modalidad visual que la auditiva. La memoria visual de caminos y lugares puede ser excelente; algunos de estos niños pueden ser extremadamente observadores y focalizan blancos invisibles, se fascinan con ventiladores o ruedas giratorias, y son capaces de aprender el lenguaje a través de la vista cuando no pueden hacerlo por medio del oído.

Muchos niños autistas responden tan pobremente al sonido que pueden sugerir la existencia de un deterioro auditivo. Sin embargo, estos mismos niños, como muchos otros, pueden ser intolerantes a los sonidos fuertes y

taparse los oídos para apaciguarlos. También pueden hacer lo mismo cuando se les habla ; no está claro si a causa del sonido en sí o por la incapacidad de manejar los estímulos breves en secuencia rápida que codifica la fonología. La agnosia auditivo-verbal puede ser, en su esencia, un déficit severo de la percepción auditiva.

Se llama defensa táctil a la reacción que consiste en arquear la espalda y empujar cuando alguien trata de abrazarlos o acariciarlos. Este tipo de respuestas, que es poco común en otras personas, frecuentemente se atribuye al defecto del niño autista para sociabilizar. Otros niños autistas, en cambio, adoran que les hagan cosquillas y caricias y que los alcen de un lugar a otro, y también les gustan los juegos bruscos: a veces rompen objetos para conocer su textura.

Una anomalía notoria en algunos niños autistas, especialmente en los no verbales severamente retardados, es el comportamiento autodestructivo que consiste en morderse la mano o el brazo, aplaudir tan fuerte y rápidamente como para producir callosidades en las palmas, sacudir la cabeza o golpearla hasta producir una hinchazón en la sien, o pellizcarse hasta hacerse sangrar. Este comportamiento puede ser tan frecuente que se requieren ciertas restricciones para evitar heridas permanentes. En algunos casos estas conductas son manifestaciones de frustración o intento de manipular a los padres o cuidadores.

Los niños autistas también pueden dar respuestas atípicas a los olores y al gusto: algunos huelen regularmente la comida, pero también objetos y personas; algunos chupan indiscriminadamente la comida y objetos no

comestibles; algunos sólo comen una variedad limitada de alimentos. La razón de este comportamiento no se conoce.

1.4 Neurobiología y autismo

Las interpretaciones sobre la génesis del autismo pasaron desde la inconsistente y dañina culpabilización a los padres hasta las actualmente aceptadas bases neurobiológica y neuropsicológicas.

Aspectos Neurobiológicos: Hoy el autismo es considerado un síndrome conductual de base biológica y puede estar asociada a diversas enfermedades o síndromes. Afecta aproximadamente a 1 de cada 1000 niños con una clara predominancia en varones con una relación de 4 a 1.

No obstante hay algunos aspectos interesante respecto al sexo, ya que si bien el número de mujeres que lo padecen es estadísticamente menor, las afectadas tienen formas en general muy severas. Geschwind y Galaburda explican la impactante preponderancia de estos desordenes en el varón con una ingeniosa pero aún no validada teoría referente a los efectos de la testosterona en la maduración del cerebro y el desarrollo intrauterino del sistema inmunológico.

2 SÍNDROME DE ASPERGER

2.1 Antecedentes Históricos.

Asperger fue un psiquiatra infantil vienés, quien a través de su trabajo con el Movimiento de la Juventud Alemana, se interesó en la capacidad de algunos niños para formar grupos (Asperger, 1979).

Más adelante tomará contacto con “niños altamente inteligentes con peculiaridades interesantes, con conductas tan difíciles que era imposible mantenerlos en la escuela o en sus familias”. Su trastorno constituía un ejemplo de la falta de capacidad de algunos niños de formar grupos, “el disturbio no es tanto intelectual, sino que más bien se muestra en la relación del niño con otros seres humanos, en su falta de contacto”. Su descripción original de estos niños con “autistischen psychopaten” enfatizaba la dificultad de estos niños para comprender la expresión emocional, y la naturaleza oscura e ininterpretable de sus propias emociones.

Desde el reporte de Asperger, los términos de psicopatía autística y Síndrome de Asperger (SA), han sido utilizados de forma indistinta, aunque el primero connota algún tipo de conducta antisocial o violencia, el segundo, más neutral parece preferible.

Este síndrome ha atraído la atención recientemente, con muchos casos reportados. El término está lejos de ser aceptado a nivel mundial, ya que permanece en la controversia. Sin embargo, existe un alto nivel de acuerdo en cuanto al síndrome de Asperger, y el hecho que comparte muchas de las características del autismo infantil, particularmente el déficit a nivel social, el

cual se constituye su principal característica, y que el niño con un síndrome Asperger típico es inteligente, con un uso fluido del lenguaje pero con una utilización muy original del mismo, torpe motoramente, un seguidor persistente de intereses inusuales e idiosincráticos y aislado de otros por una forma extraña de comportarse que le impide situaciones de carácter social.

2.2 Criterios diagnósticos según el DSM-IV (1994).

A.- Deterioro cualitativo de la Interacción social, manifestada en por lo menos dos de los siguientes:

- 1) Marcado deterioro en el uso de las conductas no verbales como contacto visual, expresión facial, posturas corporales y gestos, que regulan la interacción social.
- 2) Falla en desarrollar relaciones apropiadas con pares para el nivel de desarrollo,.
- 3) Falta de espontaneidad en buscar compartir placeres, intereses o logros con otras personas.
- 4) Falta de reciprocidad social y emocional.

B.- Patrones restringidos y estereotipados de conducta, intereses y actividades manifestada en por lo menos una de las siguientes:

- 1) Preocupación excesiva por un patrón de intereses estereotipado y restringido, el cual es anormal tanto en intensidad como en foco.
- 2) Adherencia aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
Manierismos motores repetitivos y estereotipados.

3) Preocupación persistente por partes de objetos (incluye fascinación por el movimiento).

C.- El disturbo causa un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional y en otras áreas importantes del funcionamiento.

D.- No hay un retardo clínicamente significativo del lenguaje.

E.- No hay evidencia de un retardo clínicamente significativo en el desarrollo cognitivo o en el desarrollo de conductas de auto-ayuda, conductas adaptativas y curiosidad por el medio ambiente que rodea al niño.

F.- No cumple con otros criterios para otros Trastornos Profundos del desarrollo o Esquizofrenia.

2.3 Criterios Diagnósticos según S. Edelson (Center for the Study of Autism).

2.3.1 Lenguaje

- Habla normal antes de los 4 años; sintaxis y vocabulario usualmente son buenos
- El habla es a veces repetitiva.
- La voz tiende a ser poco emotiva y sin entonación.
- La conversación gira en torno a sí mismo.

2.3.2 Cognición

- Obsesionado con tópicos complejos como el clima, la música, historia, etc.
- Descrito a menudo como excéntrico.
- CI puede presentarse en cualquier punto del espectro, pero la mayoría se muestran en el rango normal en habilidad verbal y en el rango promedio bajo en habilidades de ejecución.
- Un porcentaje importante muestra dislexia, problemas para escribir y dificultades para las matemáticas.
- Fallas en el sentido común.
- Pensamiento concreto (vs. abstracto)

2.3.3 Conducta

- Movimientos torpes.
- Conductas extrañas de autoestimulación
- Los problemas sensoriales no parecen ser tan dramáticos como en las otras formas de su autismo.
- Muestran conciencia social pero desarrollan interacciones recíprocas inapropiadas

2.4 Características asociadas

- Signos neurológicos inespecíficos.
- Retardo en el desarrollo motor, torpeza motora frecuente.

2.4.1 Curso

Aparece más tarde que el autismo. La torpeza motora se hace notoria en el período preescolar. Las dificultades a nivel de la interacción social se notan a nivel escolar, y es durante este período que los intereses estereotipados e idiosincráticos tienden a aparecer. Como adultos, la mayoría de estos individuos tienen problemas en cuanto a la modulación de la interacción social y la empatía. Este desorden sigue aparentemente un curso continuo y su duración es de por vida.

2.4.2 Prevalencia y patrón familiar

La información sobre la prevalencia es limitada, pero aparece más comúnmente en los varones. En cuanto al patrón familiar la información también es reducida, pero sin embargo hay un aumento de la frecuencia de aparición de este síndrome entre familiares que lo muestran.

2.5 ¿Es el Síndrome de Asperger una variante del Autismo Infantil?

Asperger, independientemente de Kanner, describió un cuadro con déficits sociales como aspecto central, sin embargo, ambos usaron el término de autismo.

Las diferencias entre el síndrome de Asperger y el autismo, según Asperger son grandes. El niño con Asperger:

- 1. No muestra tanta alteración como un niño autista.**
- 2. Es muy inteligente.**

3. Posee habilidades especiales.
4. Muestra una aparición de los síntomas durante el tercer año de vida.
5. Desarrollo un habla altamente "gramática" de forma temprana, menciona además el uso novedoso de frases como "neologismos" y reversión pronominal, las cuales son típicas también en el autismo infantil.

Asperger no consideraba estar describiendo una psicosis, quizás aceptaría el término actual de Trastorno Profundo del Desarrollo, usado por el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, Cuarta Edición).

Claramente, el Síndrome de Asperger es una patología distinguible del autismo infantil, pero ¿es una variante de esta patología?. Esta pregunta presupone otras: ¿puede la inteligencia en estos niños dar cuenta de la diferencia entre autismo y SA?, ¿Son similares en tipo pero diferentes es severidad?, ¿Mostrarán la misma patología subyacente?.

2.5.1 El Efecto Patoplástico de la Inteligencia

La mayoría de los individuos autistas muestra una inteligencia por debajo de lo normal, pero Asperger especificó que una alta inteligencia era una característica de Síndrome de Asperger. ¿Puede la inteligencia dar cuenta de las diferencias sintomáticas?. La inteligencia es un importante predictor para el pronóstico del autismo. Los niños autistas con mayor inteligencia muestran respuestas menos bizarras a su ambiente, patrones más normales de juego, e intereses más altamente desarrollados, y en algunos estudios una edad de aparición aparentemente más tardía.

Estas últimas características son las mismas descritas por Asperger, entonces, ¿estaba este autor describiendo autistas de "buen pronóstico" o de "alto nivel de funcionamiento" como se ha comenzado a sugerir últimamente?.

La descripción de Asperger parece aplicar a los individuos autistas más inteligentes, pero no son aplicables a estos de forma exclusiva. Aunque Asperger no consideraba que los tests psicológicos eran válidos para estos niños, reportó un caso en 1944 (Ernest K.) el cual mostraba un bajo nivel de lecto-escritura, cálculo y quien había sido referido de la escuela por problemas de aprendizaje. Otros casos de niños con SA y una inteligencia por debajo de lo normal han sido descritos por otros autores familiarizados con el diagnóstico.

2.5.2 Hacia el Déficit Fundamental del Autismo

El pronóstico del SA es bueno según varios autores. Esto contrasta con el 5-19% de los niños con el síndrome de Kanner (autismo infantil) que muestran un buen pronóstico y sugiere una diferencia en severidad entre los dos síndromes. El patrón sintomático reflejan una diferencia en severidad que diferencia al SA del Síndrome de Kanner. Pero, si es la severidad lo que diferencia a estos cuadros, ¿qué síntomas deberían ser considerados?. Colocándolo de otra forma, hay un síntoma fundamentalmente autista el cual puede ser hallado tanto en el SA como en el Síndrome de Kanner, y que este síntoma se presentara de forma más severa en este último?.

Varios autores concluyen que el marco referencial para el autismo y el SA es el déficit social. Otros autores han discutido sobre que los síntomas sociales son primarios para el autismo, y Wing (1981) que la tríada de déficits sociales, del lenguaje es común a todas las alteraciones infantiles que se discuten incluyendo al Autismo Infantil y al SA.

Si los déficits sociales son los déficits primarios, como parece demostrarlo el creciente cuerpo de evidencias, ¿es el nivel de severidad de este déficit lo que diferencia el Autismo del SA?

El estudio de Wing y Gould (1979), demuestra que existe un grupo dentro de los trastornos de aparición temprana que muestran un déficit social que se acercaba a las características de SA: aislados, pasivos y sociables pero extraños. En la descripción de este último grupo se reportó también que los niños mostraban torpeza motora, pero mostraban un buen vocabulario.

Los estudios de seguimiento de niños autistas han mostrado una buena evolución encajan en la caracterización del SA.

No existe una característica inmutable que diferencie a estos dos síndromes, por lo menos no en todos los casos.

El hecho que el déficit social en el autismo persista en la adultez, aún cuando el lenguaje e interés en otras conductas aparece como normal, es de considerable importancia ya que se suma a la idea que este constituye el déficit fundamental.

2.6 Bases Patológicas del Síndrome de Asperger

Existen pocos estudios del SA para encontrar asociaciones patológicas específicas, pero se han reportado asociaciones con desordenes neurológicos y amino-aciduria.

La investigación en cuanto a la patología subyacente al SA, es mayormente teórica y se desprenden de la similitud entre el síndrome y algunas consecuencias de lesiones adquiridas en regiones del hemisferio derecho.

Los pacientes con lesiones de este hemisferio podrían perder sus habilidades para usar expresiones verbales aunque mantengan un lenguaje proposicional normal (esta también es una característica del autismo infantil).

Esta "aprosodia" podría estar asociada con un uso reducido de gestos espontáneos. Las mismas anormalidades, junto con otros disturbios expresivos asociados al autismo como poco contacto visual, también han sido reportados en niños con signos neurológicos o evidencia de alteración neurológica en el EEG o TAC del hemisferio dereccion

Mayor evidencia para esta hipótesis proviene de experimentos en auge sugieren que los individuos con SA, muestran un sentido de interpretación de las emociones como muchas personas con lesiones adquiridas del hemisferio derecho. Los niños con autismo infantil también muestran dificultad para interpretar las emociones. Otra evidencia indica

que su hemisferio izquierdo está más afectado que el derecho en algunos casos. Estos resultados son paradójicos solo aparentemente:

Si un niño como aquellos descritos por Kanner poseen una mezcla de dificultades sociales tipo autista y disfasia (impedimento del lenguaje proposicional), los niños descritos como SA sólo presentan el déficit social típico del autismo infantil, y Si los déficits sociales tipo autista son atribuibles a una anomalía de hemisferio cerebral derecho.

Otro aspecto importante es la relación recíproca entre el grado de deterioro del lenguaje en el autismo y el grado de torpeza motora (De Myer, 1975). Tanto la torpeza motora como la anomalía en la comunicación no verbal son características del SA. Los tipos específicos de déficit motor, por ejemplo no verbales y de conducta imitativa diferencian claramente a los niños autistas de los no autistas y son ambos déficits candidatos a mostrar relación con el hemisferio derecho y el autismo.

Si en realidad existe una anomalía esencial en el hemisferio derecho del autismo, esta debe ser microscópica. Las lesiones no han sido demostradas en estudios con TAC en niños autistas sin síndromes orgánicos añadidos.

Parece claro que en la actualidad el estudio de las lesiones adquiridas del hemisferio derecho podría ser importante para diferenciar los distintos síndromes que hemos discutido, pero podría ser prematuro asumir que la similitud entre el SA y las disfunciones de este hemisferio impliquen patologías similares.

¿Es el SA una expresión infantil de los Desórdenes Esquizotípicos o Esquizoides de la Personalidad ?

Esta sugerencia ha sido hecha en una serie de publicaciones por Wolff y cols. (1979, 1980, 1986) donde enfatizan la relación del SA con la esquizofrenia. La evidencia es escasa (sólo un caso) y existe otro tipo de información muy bien documentada como la asociación entre las psicosis afectivas y el SA que le hace contrapeso (Gillberg, 1985; Wing, 1981; Tantam, 1986).

Nagy y Szatmari (1986) condujeron un estudio de casos de 20 niños con desorden de la personalidad esquizoide (muy similar al desorden Edinburgh esquizoide de la personalidad) y encontraron que 18 de 20 pacientes estudiados cumplía con los criterios diagnósticos para un trastorno profundo del desarrollo de aparición en la infancia. Este estudio muestra, y se corresponde con la experiencia de la autora, que los rasgos esquizoides de la personalidad son más comunes en las personas con desordenes expresivos tipo autista, pero no son exclusivos de estos últimos.

Uso sugerido y justificación para el término Síndrome de Asperger.

En un estudio reciente sobre los adultos autistas de mejor nivel identificados a través de la Sociedad Nacional de Autismo. Newson y Cols. (1982) encontraron que el 75% tuvo una historia de autismo típico, y más de un 90% habían sido previamente diagnosticados como autistas. En un estudio de la autora (Tantam, 1986) sólo un 33% de aquellos sujetos con una adecuada historia del desarrollo cumplían con los criterios de Rutter para

autismo infantil, todos habían sido atendidos por un psiquiatra, pero sólo un 20% habían sido diagnosticados como autistas. Estas estadísticas sugieren que el autismo atípico es menos probable de ser diagnosticado que el autismo infantil, de hecho el 57% de los sujetos en el estudio de la autora asistían a la escuela regular, pero sólo un 8% de aquellos estudiados por Newson y Cols, asistían a la escuela regular, sin embargo la evolución social de estos sujetos en el estudio de la autora, fue en todo caso peor que el del estudio de Nottingham.

La ventaja de un diagnóstico dado es que recibe reconocimiento oficial. Un diagnóstico podría tranquilizar a los padres.

No todos los niños con autismo atípico son, usando la tipología de Wing, "aislado e indiferentes", algunos son "activos pero extraños" y algunos "pasivos". Los dos últimos grupos tienden a mostrar intereses extraños altamente desarrollados como en el SA. Un reciente reporte de casos sobre el SA ha usado el término uniformemente en niños y adultos los cuales están interesados en tener relaciones sociales pero son incapaces de llevarlas a cabo. Ellos los describieron como interesados en estar con otros y hablar, pero incapaces de hacerlo por un marcado deterioro de la expresión no verbal, y marcadamente torpes motoramente. Su conversación es descrita como parca, con muestras de desorden del pensamiento o centrada en intereses idiosincráticos.

Los niños y adultos con SA parecen no mostrar dificultades con el lenguaje proposicional, pero si muestran un deterioro de la pragmática.

Un diagnóstico de SA enfatiza la presencia de una personalidad desarrollada, y podrían ser altamente inteligentes. Su ajuste podría ser más dificultoso en la adolescencia, ya que están conscientes de sus déficits sociales y esta conciencia es dolorosa.

Las características clínicas descritas por Wing en 1983 fueron las siguientes:

- Ausencia de empatía
- Ser ingenuos, inapropiados y mantener una interacción unilateral (en una dirección) con los demás
- Poca o ninguna habilidad para hacer amigos
- Presentar un discurso extravagante, pedante y repetitivo
- Pobre comunicación no verbal
- Abstraídos en un fuerte interés por determinados temas
- Presentación de movimientos descoordinados, torpeza motora y posturas extrañas

Gillberg & Gillberg (1989) también plantearon 6 criterios diagnósticos similares:

- Impedimentos sociales
- Intereses restringidos
- Rutinas repetitivas
- Peculiaridades en el habla y el lenguaje
- Problemas en la comunicación no verbal
- Torpeza motora

3 DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO Y SINDROME DE ASPERGER

Dentro de los Trastornos generalizados del desarrollo se describen diferentes subtipos, algunos de los cuales no son considerados como autismo (SA y el TGD-NE/PDD-NOS). Sin embargo, en la actualidad existe gran controversia de si se trata de categorías diferenciadas o de cuadros dentro de un mismo continuo. Mientras algunos se atreven a decir que el SA es un autismo con mejor desempeño y reputación ("El síndrome de Einstein" de Thomas Sowell), otros investigadores (ej.: Mesibov et al., 2001; Schopler, Mesibov & Kunce, 1998) plantean la posibilidad de que el SA represente un desorden diferenciado del autismo de alto funcionamiento.

Esto lleva a cuestionar los enfoques que fundamentan los criterios de diagnóstico. ¿Además del enfoque de diagnóstico por categorías, que busca clasificar de acuerdo a similitudes y diferencias en los comportamientos, se podría considerar un enfoque dimensional que enfatice en un continuo que va de mayor a menor grado de severidad del síndrome y que distinga los trastornos por su grado de desviación de las características típicas del autismo? Este último enfoque no se contrapondría al de categorías y sería muy útil para afrontar los cambios en el desarrollo.

A pesar de que existen muchas escalas (ej.: CARS) y listas de chequeo (ej.: CHAT) que tratan de medir la dimensión o continuo del autismo, aun subsisten una serie de críticas a la metodología de medición y a la imposibilidad de usar estos instrumentos con muestras de temprana edad.

Lo que si es claro es que los desórdenes del desarrollo no son enfermedades que uno tiene o no tiene; son dimensiones de rasgos definidos comporta

mentalmente en un continuo con límites difusos y en un amplio rango de severidad. En la práctica muchos especialistas de diferentes disciplinas (pediatras, psicólogos, educadores, psiquiatras, neurólogos y foniatras) podrán observar que muchos niños con autismo pueden no presentar todos los criterios diagnósticos (p.ej.: ser afectuosos con sus padres o tener un buen sentido del humor), lo que confunden los límites y las precisiones en el diagnóstico. Si es verdad que muchos niños con autismo pueden ser afectuosos pero en sus propios términos. La confusión en los límites es aun más evidente en los casos de AAF, Asperger y TGD-NE. Debido a que el desarrollo incluye muchas facetas de comportamientos, no nos debe sorprender que muchos rasgos y características que se han usado para describir los trastornos generalizados del desarrollo a los cuales les hemos asignado nombres específicos en función de acuerdos de expertos sobre una dimensión en particular, puedan superponerse o compartirse generando confusión en el diagnóstico.

La clasificación por categorías existente del DSM-IV ha sido objeto de múltiples críticas. La principal insatisfacción se refiere a la ausencia de claridad de los criterios en los cuadros considerados como no autistas. El TGD-NE se diferencia del autismo en el número de criterios (menor # de criterios), sin embargo no se especifica cuántos criterios ni el tipo de criterio que se debe tener en cuenta para hacer ese diagnóstico. Así mismo, SA ha sido claramente diferenciado del autismo de acuerdo con el nivel de funcionamiento (ausencia de retraso en el lenguaje y en las funciones cognitivas), sin embargo, no se aclara cuál es la diferencia con el AAF. Entonces, ¿es el Síndrome de Asperger un desorden diferenciado del espectro autista? Si es así, ¿cómo se diferencia del autismo de alto funcionamiento (AAF)?

Por otro lado, el enfoque dimensional basado en el grado de severidad también ha sido objeto de muchas críticas. En primer lugar, se ha mencionado la falta de claridad en la definición del criterio usado para detectar el alto y bajo funcionamiento, en este sentido, ¿qué criterio se debería utilizar para ello, el CI o la Comprensión del lenguaje? En segundo lugar, no hay estudios que permitan demostrar la estabilidad en el tiempo. En tercer lugar, no existe claridad de si el grado de severidad se refiere a los síntomas o a los niveles de funcionamiento (en áreas específicas). Szatmari (1995) sugiere considerar los subtipos de trastornos generalizados del desarrollo dentro de un continuo pero como diferentes trayectorias de desarrollo.

¿Por qué preocuparse de este asunto? ¿vale la pena hacer una distinción entre el AAF y el SA? La principal justificación es que el público en general y muchos profesionales están confundidos acerca de TGD, TGD-NE y autismo. Muchas investigaciones que se vienen realizando para contestar a estas preguntas justifican que es importante esclarecer este dilema diagnóstico y comprobar la validez de los sistemas de clasificación actuales para poder promover la detección temprana y así evitar otros problemas o tomar medidas preventivas; además es esencial identificar las diferentes necesidades específicas en términos de intervención, así como los pronósticos en cada caso; por otro lado, sería relevante conocer sobre la etiología y saber si se puede aprovechar la información acumulada a través de los años sobre el manejo del autismo.

Para responder a la pregunta de la diferencias entre SA y AAF se han llevado a cabo múltiples investigaciones que se dividen en dos grandes grupos:

- Aquellas que han realizado un análisis “cluster” o de conglomerados para saber cómo se agrupan los casos con desorden generalizado del desarrollo según ciertas características de comportamiento.
- Aquellas que han comparado diversas áreas de comportamiento para detectar las diferencias y similitudes entre las categorías diagnósticas del espectro autista.

3.1 Estudios por agrupación de casos

El método utilizado en estos estudios consistió en la evaluación de diferentes áreas de funcionamiento en un muestra de niños diagnosticados con TGD. La solución de dos grupos identificó claramente a los que corresponderían al AAF y el SA. La solución de tres grupos detectó un grupo “mixto” que se parecía al autismo en los impedimentos del lenguaje e imaginación y al SA en las dificultades de socialización. Los resultados favorecen la sugerencia de un espectro de desórdenes autistas (Szatmari, Bartolucci et al., 1989). El estudio de Prior (1998) también encuentra tres grupos diferenciados por la severidad de los síntomas más que por perfiles, lo que permite concluir en la sugerencia de un continuo. Sin embargo, existen críticas a estos estudios en cuanto a la muestra utilizada y a los criterios para determinar si el diagnóstico de TGD era correcto.

3.1.1 Áreas de desarrollo en estudios comparativos

Muchos estudios se han llevado a cabo comparando diferentes características entre grupos de casos con AAF y con SA. Las áreas estudiadas corresponden a: lenguaje y comunicación, perfiles cognitivos y neuropsicológicos, destrezas motoras, comportamientos, rituales e intereses

y comportamiento social, así como, etiología, factores biológicos y epidemiología que los desarrollará el Dr. Filomena en unos minutos.

Lenguaje y comunicación: De acuerdo con los criterios de clasificación del DSM-IV (APA, 1994) y del ICD 10 (OMS, 1993), el síndrome de autismo se distingue del SA sobre la base del desarrollo del lenguaje. De acuerdo con estos criterios, se afirma que el retraso y las anomalías en las funciones del lenguaje deben ser evidentes en el desorden autista, mientras que en el SA no existe un retraso en el lenguaje que sea clínicamente significativo. Sin embargo, los resultados de varios estudios indican que niños con síntomas consistentes con el diagnóstico de SA han experimentado dificultades significativas en el desarrollo del lenguaje (Eisenmajer et al., 1996; Manjiviona & Prior, 1999; Prior et al., 1998). Así mismo, a pesar de que la mayoría de los niños con autismo presentan retrasos severos en el lenguaje, esto no es una característica universal del trastorno (Eisenmajer et al., 1996; Miller & Ozonoff, 2000). Estos resultados cuestionan la validez de los sistemas de clasificación y la capacidad de distinguir entre los dos síndromes sobre la base del desarrollo del lenguaje.

Muchos estudios se han concentrado en el aspecto de las dificultades de la pragmática del lenguaje. Los estudios de Fine, Bartolucci, Ginsberg & Szatmari (1991, 1994), Gillberg (1989) y Klin, Volkmar, Sparrow, Cicchetti & Rourke (1995) encontraron que en los casos diagnosticados con AAF eran más notorios aspectos del lenguaje que se referían a una manera de hablar sin entonación apropiada a la conversación, con un tono extraño de voz, ecolalia y mayores anomalías en el uso de gestos convencionales; mientras que los de SA presentaban una manera de conversar peculiar que se caracterizaba por hablar de corrido casi sin respirar y más pedantemente, usando un vocabulario más sofisticado (palabras idiosincrásicas), aunque también con un tono de voz extraño y poca entonación. Esto también fue

encontrado en un estudio doble ciego en donde los jueces que analizaron los discursos no sabían sobre el diagnóstico de los participantes. Gillberg (1989) encuentra que ambos los del grupo con AAF y con SA presentan problemas de comunicación verbal y no verbal.

Por otro lado, basado en reportes de los padres, no se encontraron diferencias entre ambos síndromes en cuanto a la frecuencia de iniciar una conversación, el uso de lenguaje repetitivo y la producción así como comprensión de la comunicación no verbal. Escolares tanto con AAF como con SA no se diferenciaron en las funciones del lenguaje receptivo. Los de SA, a pesar de tener un vocabulario más sofisticado, no se diferenciaron en el desempeño de la pragmática, comprensión del lenguaje y prosodia, ni tampoco en los rituales verbales, repeticiones estereotipadas y preguntas inapropiadas.

Los resultados indican que el grado de diferenciación en los impedimentos del lenguaje y comunicación entre ambos grupos varían de acuerdo con la edad cronológica de los individuos; en edad preescolar las diferencias son más notorias, en donde los del grupo con AAF presentan severas disfunciones en la comunicación; estos adquieren sus primeras palabras más tardíamente que los de SA; a más edad, menor diferencia entre ambos síndromes. En la juventud y adultez los impedimentos en la comunicación son evidentes en ambos grupos. Una diferencia notoria es que los diagnosticados con SA presentan un desempeño significativamente mayor en el lenguaje expresivo.

En general los estudios en esta área son criticados porque la definición de los grupos de la muestra se ha determinado según criterios que incluye diferencias en el tema de la comunicación (efecto tautológico). Además,

porque se han basado en reportes retrospectivos de los padres que resultan ser poco confiables.

Una segunda área de comparación se concentró en los perfiles cognitivos y neuropsicológicos abarcando diversas funciones como las funciones intelectuales, ejecutivas, de procesamiento y de cognición social :

Funcionamiento intelectual: Los estudio en esta área demuestran que el grupo de SA presenta mayor CI global así como en la escala verbal, mientras que en el grupo de AAF, el desempeño era mayor en la escala de ejecución. El grupo de SA presenta a diferencia del AAF dificultades en: Integración viso/motora, percepción viso/espacial, memoria visual, destrezas motoras finas y gruesa y formación de conceptos no verbales. Mientras que el grupo de AAF a diferencia del grupo de SA presenta déficit en la memoria verbal, percepción auditiva, articulación del habla, desempeño verbal y vocabulario.

En cuanto a las funciones cognitivas específicas no se encuentra un perfil de habilidades característico para cada desorden. Ambos grupos demuestran patrones mezclados de habilidades intelectuales.

Las críticas en estos estudios también se refieren a la confusión con los criterios diagnósticos en cuanto a que la dimensión de lenguaje y comunicación podría estar contribuyendo a un mejor desempeño. Esto sugiere que podría deberse a un mismo continuo con diferente grado de severidad

Funciones ejecutivas: estas funciones mentales son las que se requieren para realizar actividades complejas, como son, la organización de conductas, la regulación de impulsos, el planeamiento, la solución de problemas y la flexibilidad mental. Los estudios no encuentran diferencias en entre grupos

de AAF y SA en las funciones ejecutivas. Sin embargo, si se encontraron déficits en por lo menos algunas de las funciones ejecutivas en comparación con grupos que no tenían TGD.

Para el estudio del Procesamiento de estímulos globales y focales: para estudiar esta área se diseñó una tarea experimental que consistía en aparear de manera congruente secuencias de números grandes compuesta por números pequeños. No se encontraron diferencias entre los dos grupos AAF y SA en el número de errores asociado con la interferencia de detalles pequeños sobre el procesamiento global. Esto confirma la sugerencia de que ambos trastornos podrían pertenecer a un mismo continuo de autismo.

Otro aspecto estudiado dentro de la habilidades cognitivas se refiere a las Habilidades de cognición social: Para ello se utilizó el experimento clásico para evaluar esta función consistió en la experiencia de Sally y Anne, la cual permite identificar si el niño ha desarrollado su teoría de la mente. Los resultados sobre la teoría de la mente demuestran deficiencias en ambos grupos de AAF y de SA, aunque el desempeño fue ligeramente mejor en el caso de SA. La aparente mejor capacidad de teoría de la mente en SA podría reflejar un mayor nivel en las habilidades verbales.

Otros estudios utilizaron cuentos con imágenes sobre situaciones sociales en las que los participantes tenía que explicar las acciones de personajes basado en señales del contexto. Los resultados demostraron que los AAF y SA dieron explicaciones menos precisas que los participantes con un desarrollo normal. No se encontraron diferencias entre los dos grupos AAF y SA dado que ambos mostraron poca habilidad para usar la información del contexto para entender la mente del personaje. El experimento de Klin (2000) fue similar usando un vídeo de varias figuras geométricas que se movían e

interactuaban como si fuesen humanos. Los participantes tampoco pudieron identificar las señales del contexto social importantes en comparación con el grupo de control (desarrollo normal), lo que explica por qué pueden tener tantas dificultades sociales en contextos reales. Estos resultados también sugieren que autismo y SA pertenecen a un mismo espectro o continuo.

Otra área de comparación se refiere a las destrezas motoras

Destrezas motoras: un grupo de estudios en esta área se basó en reportes de los padres sobre la historia de desarrollo de habilidades motoras (p.ej.: edad para sentarse, gatear, caminar, etc.) y conductas de autocuidado (p.ej. vestirse, amarrarse zapatos, comer con cubiertos, etc.). Los niños con AAF y SA no se diferenciaron en la adquisición y desempeño de estas tareas, pero ambos sí mostraron un retraso en comparación con el grupo de control que no tenía problemas de desarrollo. En cuanto a la edad de aparición de las habilidades motoras específicas, solo se encontró diferencias en la edad de caminar solos. Los AAF se demoraron un poco más en caminar.

Gillberg midió el desarrollo motor utilizando una escala estandarizada y encontró que en el grupo de SA había una mayor prevalencia de torpeza y descoordinación motora. Klin (1995) comprueba que existe mayor historia de dificultades motoras gruesas y finas en el grupo de SA.

Los estudios son contradictorios porque algunos no encuentran diferencias entre AAF y SA en destrezas de uso de pelota, balance y destreza manual.

En este caso la edad parece marcar las diferencias; a más temprana edad más notoria la diferencia siendo el SA el de mayor torpeza motora gruesa y fina.

Las críticas a estos estudios se refieren a la carencia de una definición clara sobre "torpeza motora" y a la ausencia de medidas estandarizadas sobre las habilidades motoras.

Otros aspectos estudiados fueron los Rituales, comportamientos e intereses restringidos y estereotipados: sobre la base de reportes de los padres acerca de la observación de preocupaciones bizarras, insistencia en preservar lo mismo y el juego imaginario o simbólico durante los años de preescolaridad, niñez y adolescencia, se encontró un mayor porcentaje de AAF que de SA en cuanto a la tasa alta de preocupaciones bizarras. AAF también tendían a mostrar menor juego imaginativo y mayor resistencia al cambio así como mayor presencia de rituales y comportamientos compulsivos. En cambio, la predilección por intereses particulares parece ser una tendencia en el grupo de SA.

Una última característica investigada se refiere a la Comportamiento social: a pesar de que el impedimento social es una característica medular en los síndromes del autismo y del SA, algunos estudios demuestran que durante los primeros años de edad, los niños con SA reportan ser más sensible para responder a sus cuidadores y otros adultos, compartir intereses con los padres, ser más afectuosos y demostrar más interés en pares. En general, ambos AAF y SA demuestran déficits en la competencia social y comunicativa, aunque los SA presentan destrezas de interacción social superiores. Más niños con SA demuestran intenciones sociales, afectos, reciprocidad social, búsqueda de comodidad, comportamientos de saludo y, placer o exaltación en la interacciones sociales. También obtienen puntuaciones más altas en la escala de Adaptación Social de Vineland.

Sin embargo, no se encuentran diferencias en aspectos de la interacción social que se refieren a participación en conversaciones, rituales verbales

gestos, imitación, uso de expresiones vocales, gestos anticipatorios y el uso apropiado de expresiones faciales. Tampoco se encuentran diferencias en la existencia de amistades, uso de comportamientos de consuelo, involucrarse en actividades compartidas, el grado de incorporación en el juego social y la ansiedad de separación. El SA puede estar asociado con un deseo más fuerte de amistades y una mayor habilidad para comprometerse en comportamientos prosociales pero no necesariamente con una capacidad superior para hacer y mantener amistades. Esto se manifiesta en la adolescencia.

Esta área es también sensible a la edad. A más temprana edad se observan diferencias que favorecen al grupo con SA en cuanto a un mayor desarrollo social, pero estas diferencias no permanecen a través del avance en edad. Eso demuestra que ambos trastornos se vuelven similares con el tiempo. Además se ha observado manifestaciones de ansiedad y depresión asociadas a dificultades sociales.

3.2 Consideraciones diagnósticas del Síndrome de Asperger y Autismo

La definición original del autismo planteada por Kanner en el año 1943, la cual señalaba que los niños con autismo nacían sin la predisposición a ser sociales, ha ido evolucionando a través del tiempo.

Kanner enfatizó en dos características centrales: el autismo o falta de contacto afectivo y un conjunto de comportamientos inusuales que los denominó "insistencia en lo mismo" o "resistencia al cambio". Esto último incluía movimientos y ademanes extraños y repetitivos, así como dificultad para enfrentar las situaciones nuevas.

Luego de haber pasado a través de los años por muchas concepciones, que van desde los problemas de vínculo primario hasta la psicosis infantil, recién en los '80, el autismo fue oficialmente reconocido e incluido en el eje de desórdenes clínicos de la niñez y la adolescencia, como una nueva categoría de trastorno denominado Trastorno generalizado del desarrollo (Pervasive developmental disorder -PDD). El término TGD (PDD) es una etiqueta genérica que se introdujo para referirse a las diferentes expresiones de autismo, síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El autismo como un trastorno generalizado del desarrollo se caracteriza por la aparición de impedimentos cualitativos en la interacción social y en la comunicación, así como, en la presentación de patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas. Existen alrededor de 30 estudios epidemiológicos que por lo general sugieren una tasa de autismo que va entre 1/1000 ó 2 a 5/10,000 casos. Este rango tan amplio podría deberse a la variación en la precisión de los criterios diagnósticos, al uso de estos criterios en los procesos de diagnóstico y al mayor estado de alerta que presentan los profesionales en la actualidad. También, se puede mencionar que existe una proporción por género de 4 a 5 hombres por una mujer.

Luego de habérsela reconocido oficialmente en los manuales de diagnóstico, otro gran cambio en la concepción del autismo se refiere a la edad de aparición de los indicadores del síndrome. Si bien la edad en que la mayoría de los casos son evaluados es alrededor de los tres años, los estudios retrospectivos basados en los reportes de los padres así como en los análisis de videos de los primeros meses y años de vida de los chicos diagnosticados con autismo confirman la aparición de diferencias tempranas en una serie gestos y comportamientos que servirían para detectar el problema a mu

y

temprana edad, mucho antes de la aparición del lenguaje que evidencia más claramente el problemas.

Estas investigaciones demuestran que los niños con autismo ya en los primeros meses de edad manifiestan ser menos propensos a la imitación motora y vocal, a presentar problemas en el grado de activación o estado de alerta y, a exhibir respuestas sensoriales extrañas.

También, se diferencian de niños normales en comportamientos sociales tempranos, como demostrar menor intención de alcanzar a personas conocidas, menor interés en otros niños y en involucrarse en juegos sociales simples o exploración de objetos, menor atención visual a estímulos sociales, menos frecuencia de sonrisas y vocalizaciones, entre otros (Maestro et al. 2002; Dawson et al., 2000; Osterling & Dawson et al, 1994; Osterling et al., 2002). Otros estudios (Werner et al., 2000; Osterling & Dawson, 1994) hallaron que los infantes con autismo eran menos tendientes a responder a su propio nombre. Sin embargo, no se encuentran diferencias en los comportamientos repetitivos.

La cantidad y variedad de investigaciones incrementa tremendamente en edades de 3 a 6 años, probablemente porque esta es la edad en que los padres y otros (maestros de educación inicial) se percatan del problema y acuden a una evaluación, en especial del desarrollo en las funciones del lenguaje. Aparecen más notoriamente las señales de retraso en el desarrollo (ej.: problema para hablar), de comportamientos extraños, como ademanes motores estereotipados (ej.: movimiento de manos y del cuerpo) o el uso particular de materiales (ej.: girar objetos). A los 30 meses de edad las diferencias con niños normales y con niños con retardo en el desarrollo son evidentes, en especial, en los comportamientos de relación persona a persona (posturas anticipatorias, tomar tumos, intensidad del contacto ojo a

ojo, etc.) y los comportamientos en los cuales un objeto es el foco de interés conjunto (ej.: prestar atención conjunta cuando se señalan materiales, seguir a la persona cuando alcanza un objeto, etc.). Además, la falta de compromiso afectivo así como respuestas sensoriales inusuales son evidentes.

Así mismo, existen evidencias de cambios notorios entre el segundo y tercer año de vida. A los 3 años, son más notorios los comportamientos autistas ("abandono o ausentarse de la realidad"). La ausencia de comportamientos de dirección de la atención y atención a la voz está presente en el 82% de los casos. Además, se añaden como criterios, los ademanes con la mano, desatención a la voz, apuntar o señalar con el dedo a intereses indicados y uso del cuerpo de otras persona como herramienta.

Otro aspecto discutido en relación con las características de síndrome de autismo, se refiere a la capacidad intelectual. Kanner inicialmente pensaba que los niños con autismo tenían una inteligencia normal, pero en la actualidad a pesar de observarse perfiles de capacidades muy variados, se sabe que entre el 75 al 80% de los casos diagnosticados con autismo tienen habilidades intelectuales están por debajo de un C. I de 70, mientras que el 20 al 25% restante es considerado como autismo de alto funcionamiento.

Desde 1981, a partir de un artículo publicado por Lorna Wing, ha aparecido el interés por un fenómeno que ella denominó "Síndrome de Asperger", haciendo alusión a los casos descritos por Hans Asperger en su tesis doctoral en 1944.

Este síndrome se distingue del autismo principalmente por carecer tanto de retraso específico del lenguaje como de retraso en las funciones intelectuales.

3.3 El autismo no es lo mismo que el síndrome de Asperger.

En el primero, todas las alteraciones son muy evidentes en los tres primeros años de vida. En los aspergerianos no existe evidencia de retraso cognitivo y en su gran mayoría tienen una capacidad intelectual por encima de lo normal.

Los autistas presentan retraso en el lenguaje en cambio los segundos tienen un vocabulario sorprendente porque es 'pedante' o demasiado culto, además está muy relacionado con el tema por el que estén interesados.

En cambio, no todas las limitaciones son para los autistas ya que la torpeza de movimientos parece ser característica sólo en el síndrome de Asperger, aunque no hay un consenso de los expertos sobre este rasgo y además la variabilidad de las alteraciones entre los afectados es muy alta.

Los aspergerianos suelen presentar una buena memoria de repetición, sobre todo de aquello que más les motiva, sea especies de dinosaurios, tipo de aviones, etc. Aunque son muy capaces para el almacenamiento de muchos detalles, el principal problema viene para integrar esa información.

El diagnóstico del síndrome de Asperger es difícil y en muchas ocasiones se realiza en la adolescencia o más tarde, aunque muchos padres empiezan a detectar que su hijo es diferente cuando tiene entre dos y siete años. Las principales características son un desarrollo social anormal (tienen muy pocos amigos o ninguno), un uso del lenguaje extraño (inventan palabras, repiten frases o aprenden a leer por sí mismos} y la presencia de rutinas y rituales (comer siempre en un mismo plato o interesarse por un tema de forma desorbitada).

Según M^a Jesús Mardomingo, jefa del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Gregario Marañón de Madrid, «todavía no se conocen las causas exactas que originan este trastorno». No obstante, sí se sabe algo de los factores implicados en el autismo, que son similares en el síndrome de Asperger, y que abarcan las alteraciones genéticas (es cuatro veces más frecuente en el sexo masculino), los factores intrauterinos y los del parto como la anoxia –falta de oxígeno– que da lugar a un desarrollo neurológico anormal. Las estructuras cerebrales dañadas, según esta psiquiatra, son la corteza, la amígdala y el hipocampo, son áreas muy importantes para el aprendizaje y las emociones.

«Es evidente que hay una base neurobiológica», afirma Mercedes Belinchón, profesora de psicología de la UAM, que explica que estas causas pueden ser de naturaleza muy distinta, y en muchos casos no hay un origen identificado. Lo que sí está demostrado es que su origen no es sociológico. Las infecciones durante el embarazo podrían producir estos trastornos, pero esta psicóloga insiste que «no hay una sola causa, sino muchas».

No hay estudios claros sobre la incidencia de estos trastornos, en unos se dice que el número de afectados por autismo es de uno por cada 15.000 sujetos, aunque cuando se habla del 'espectro autista', alteraciones menos graves, la frecuencia aumenta a uno por cada 1.000 individuos y disminuye a uno de cada 100 cuando se habla de las formas leves de autismo.

En cuanto al síndrome de Asperger, del que hay menos investigaciones, parece que suele darse en uno de cada 300 y que es por lo menos entre dos y tres veces más común que el autismo infantil, aunque los expertos no lo afirman rotundamente debido a la variedad de los datos

No hay estudios claros sobre la incidencia de estos trastornos, en unos se dice que el número de afectados por autismo es de uno por cada 15.000 sujetos, aunque cuando se habla del 'espectro autista', alteraciones menos graves, la frecuencia aumenta a uno por cada 1.000 individuos y disminuye a uno de cada 100 cuando se habla de las formas leves de autismo. En cuanto al síndrome de Asperger, del que hay menos investigaciones, parece que suele darse en uno de cada 300 y que es por lo menos entre dos y tres veces más común que el autismo infantil, aunque los expertos no lo afirman rotundamente debido a la variedad de los datos

3.4 Diagnostico Diferencial

Trastornos	Presentación/ Curso	Retraso	Gravedad	Dominios Afectados
Autismo	Antes de los 3 años	Puede o no estar asociado con retraso general	Excede los umbrales del número de características	Social, comunicación y conductas repetitivas
Síndrome de Asperger	Puede ser antes o después de 3 años	No hay retraso ni en lenguaje o cognición	Puede exceder el umbral en el área social	Social e intereses restringidos

3.5 Tabla que diferencia al Autismo del Síndrome de Asperger.

SINDROME DE ASPERGER	AUTISMO
Coeficiente intelectual generalmente por encima de lo normal.	Coeficiente intelectual generalmente por debajo de lo normal.
Diagnóstico general después de los tres años.	Diagnóstico general antes de los tres años.
Aparición del lenguaje en tiempo normal.	Retraso en la aparición del lenguaje.
Gramática y vocabulario por encima del promedio.	Gramática y vocabulario limitados.
Interés general en las relaciones sociales.	Desinterés general en las relaciones sociales.
Torpeza general.	Desarrollo físico normal.
Intereses obsesivos de alto nivel.	Ningún interés obsesivo de alto nivel.
Padres detectan problemas alrededor de los 2,5 años de edad.	Padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad.
El diagnóstico se hace a una edad media de 11,3 años.	El diagnóstico se hace a una edad media de 5,5 años.
Las quejas de los padres son problemas de lenguaje o en socialización o conducta.	Las quejas de los padres son los retardos del lenguaje.

Conclusiones

Con el estudio realizado queda claro las diferencias y la relación estrecha entre el SA y el autismo infantil, ya que ambos posee un núcleo sintomático de anomalías en el contacto social, patrones inusuales de juego e intereses, y desordenes expresivos severos (Wing, 1981). También parece estar en asociación a rasgos de personalidad esquizoide, aunque esto podría ser contingente más que esencial, y no conducir siempre a este trastorno, así como que este trastorno de personalidad se manifiesta en personas no autistas.

Muchos desórdenes tipo-autista salen fuera de la descripción del Síndrome de Kanner o del SA, así que es preferible reservar este último a niños que:

Usan el lenguaje de manera fácil, pero fallan al ajustarse a diferentes entornos sociales o a las necesidades de diferentes escuchas

Desean ser sociables pero fallan al relacionarse con pares.

Son torpes motoramente. Desarrollan intereses idiosincráticos.

Muestran un deterioro marcado la expresión no verbal, afectando al tono de voz, expresión facial, gestos, posturas y contacto visual.

Asperger describió niños quienes mostraban un deterioro menos importante y mayor inteligencia que los descritos por Kanner.

Parece ser que SA y Autismo pertenecen a un mismo trastorno. Los estudios demuestran que hay diferencias concluyentes que permitan considerar al SA como un síndrome único y separado del Autismo.

Las diferencias más bien reflejan variaciones en el grado de severidad de los impedimentos y son más pronunciadas en los primeros años de vida que posteriormente en la niñez, adolescencia o en adelante.

Los estudios comparativos demuestran que los criterios del DSM-IV y el ICD-10 están cuestionados y se requeriría una sustentación empírica más amplia que esclarezca los criterios.

Se podrían concluir que se están dando dos diferentes trayectorias que luego convergen en el tiempo. En este sentido, la precisión de los criterios diagnósticos se complica en tanto que podría existir muchos posibles combinatorias de síntomas y comportamientos que además no son fijos ni estáticos en el tiempo.

Finalmente, es importante mencionar cualquier intervención no se debe centrar en el diagnóstico, que muchas veces estigmatiza a las personas, sino más bien en tratar de identificar y potenciar las fortalezas de las personas con estas diferencias en el desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- TANTAM, D. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol 29, Nº 3, p 245-255. 1988.
- EDELSON, S. Asperger's Syndrome. Center of the Study of Autism. 1995.
- BARBERO Aldo J.. Psicólogo Clínico. Fundación Nuevo D.I.A. Caracas, Venezuela. Octubre de 2001
- GUTIÉRREZ. Luisa M. "Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación"
- Alonso, M. Lora, R y Pérez, (2006) Incidencia del autismo en la clínica Infantil
- MARCHESI, A.; COLL, C. Y PALACIOS, J. (1999): Desarrollo Psicológico y Educación III. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales. Madrid: Alianza Editorial.
- VERDUGO; M.A. (1995): Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI
- RIVIÈRE, A. (1981): "Psicología Cognitiva y Educación". En Infancia y Aprendizaje, 12, 5-24.
- F:\Asperger Autismo\¿Autismo o Asperger « Pequeña Ración Individual de Personalidad.htm
- F:\Asperger Autismo\Sindrome de Asperger y el Autismo.