

SITUACIÓN ACTUAL DEL SÍNDROME DE ASPERGER

CURRENT SITUATION OF ASPERGER SINDROME

Rebeca Alvarado Cortés

Escuela Libre Paideia

Postgrado Universitario en Psicopatología y Psicoterapia en la Infancia y la Adolescencia por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Resumen: El Síndrome de Asperger (SA) es una discapacidad social de aparición temprana. En la actualidad, no existe un consenso en cuanto a las características nucleares ni su relación con los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Esta revisión pretende exponer las características clínicas que diferencian al SA de otros trastornos, las teorías explicativas del funcionamiento psicológico y plantear las líneas de actuación. Se concluye que, además de las alteraciones cualitativas de la interacción social y de la rigidez mental y el comportamiento estereotipado, estas personas tienen un desarrollo atípico en los tres primeros años, un perfil lingüístico específico con graves alteraciones en las habilidades pragmáticas y en la comprensión, presentan alteraciones en las actividades mentalista, y que existe gran variabilidad entre los sujetos. También que los sistemas dimensionales están cobrando mayor peso. Finalmente, el proceso diagnóstico es necesario como primera parte de la intervención psicopedagógica. Las intervenciones psicoterapéuticas que mejores resultados muestran son las terapias cognitivas conductuales, las psicoterapias basadas en la teoría de los constructos personales y las psicoterapias para el desarrollo de la identidad.

Palabras clave: Síndrome de Asperger, Historia, Características, Intervención, Estatus Nosológico.

Abstract: Asperger's Syndrome (AS) is an early-onset social disability. Currently, there is no consensus on the nuclear characteristics or its relationship to Autism Spectrum Disorders (ASD). This review aims to clarify the clinical features that differentiate AS from other disorders. The explanatory theories of psychological functioning and the course of action for intervention. In addition to qualitative impairments in social interaction, mental rigidity and stereotyped behaviour; people with AS have an atypical development in the first three years of life, a specific linguistic profile with severe changes in their pragmatic skills and understanding, and changes in mental activity. It should be stated that a wide variation exists between the different states. Finally, the diagnostic process is necessary as the first stage of psychology intervention. The most favorable results of psychotherapy based on personal construct theory and psychotherapy for the development of personal identity.

Keywords: Asperger Syndrome, History, Characteristics, Intervention, nosological status

* Trabajo fin de curso del título de Postgrado Universitario en Psicopatología y Psicoterapia en la Infancia y la Adolescencia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Asperger (SA) es un trastorno generalizado del desarrollo que presenta, como rasgos nucleares, una discapacidad del aprendizaje social que afecta a las relaciones recíprocas, acompañado por rigidez mental y ausencia de flexibilidad comportamental. Se manifiesta desde la primera infancia, las manifestaciones varían mucho de un individuo a otro, permanece durante todo el curso evolutivo y el pronóstico es muy variable. Aun no existe un modelo explicativo que abarque y dé respuesta a todas las manifestaciones. No obstante, algunas teorías intentan explicar sino todo sí partes de lo que se observa.

Estas manifestaciones clínicas nucleares no son específicas del SA sino que se encuentran en otras patologías. En concreto, estas características también las manifiestan las personas con autismo, características que han planteado la duda de su estatus nosológico, y a pesar de estar incluido como categoría independiente en los manuales diagnósticos internacionales, es considerado por muchos como un trastorno del espectro autista (TEA). El esclarecimiento de este debate nosológico apunta a planteamientos dimensionales de las patologías infantiles.

Las últimas investigaciones están aclarando los perfiles específicos del síndrome, lo cual va a permitir poder realizar un diagnóstico diferencial más exacto, y a su vez, plantear líneas de intervención más ajustadas a las características del individuo.

El presente trabajo de revisión pretende desarrollar cada uno de los puntos expuestos más arriba con el fin de mostrar la actual situación del SA. Desde el reconocimiento del SA por parte de la comunidad científica internacional en 1993 hasta la fecha de hoy, los datos que arrojan las investigaciones no sustentan las definiciones de la CIE ni del DSM. Esto está provocando que no se realice un adecuado diagnóstico a estas personas y, por tanto, queden sin recibir apoyos o intervenciones ajustadas a sus características.

HISTORIA

El síndrome de Asperger fue descrito por primera vez por el doctor Hans Asperger en 1944 tras observar a niños en el hospital de Viena donde ejercía su labor clínica. El médico austriaco le dio el nombre de psicopatía autista por observar una serie de deficiencias sociales presentes en todos los casos. No obstante, este síndrome no se hace eco en la comunidad clínica y científica hasta pasados cuarenta años.

Según Martín Borreguero [1], existen una serie de factores que pueden ayudar a comprender este hecho. En primer lugar, sus escritos fueron publicados en alemán y en un país involucrado en la II Guerra Mundial. Tanto su labor como su artículo permanecieron aislados en una zona que tenía que, posteriormente, recuperarse del conflicto bélico vivido, y que quedó sumergida en una crisis económica, política y social. Y en segundo lugar, hacía pocos meses que el trabajo de Leo Kanner sobre el autismo infantil había salido a la luz en lengua inglesa

(idioma acogido por la comunidad científica) y en Estados Unidos. De esta manera, la tesis de Asperger queda a la sombra, conocida solo por unos pocos.

La psicopatía autista fue descrita por Asperger como un trastorno de personalidad de inicio infantil en torno a los 3 años, en el que existiría una limitación del contacto personal para con las cosas y las personas. Según él, las funciones más perturbadas serían aquellas que se encuentran en la base de la personalidad y en las disposiciones afectivas. Las características que presentarían serían las siguientes: Irregularidades en la mirada, afectación del tono afectivo del hablar, rostro inexpresivo, cuerpo pobre en ademanes significativos, expresión de todo aquello que tiene importancia para ellos, comportamiento motor perturbado, hipersensibilidad psicopática, incomprensión de los afectos ajenos, en ocasiones manipulaciones estereotipadas, siguen sus propios impulsos, sus características suelen provocar burlas, diferencias distintivas en la inteligencia como la originalidad, talento creador para el idioma, formación del lenguaje con gran rapidez y sorprendente perfección, intereses singulares, facultades memorísticas y adquisición del lenguaje rápidamente. En cuanto a la vida instintivo-afectiva describe disarmonía en el terreno sexual, deficiencia afectiva, egocentrismo, relaciones con los objetos anormales (o desinterés total o estrecho vínculo que lleva a su colección), ausencia de un esquema somático y falta de humor pero originalidad en la creación de chistes [2].

En los primeros escritos, tanto de Leo Kanner como de Hans Asperger se encontraron grandes coincidencias, sobre todo en lo referente al déficit comunicativo y social. Parecía que, sin conocerse, hubieran estado describiendo la misma patología. No obstante, existían diferencias notables: Kanner lo describió como un trastorno del desarrollo que se observaría antes de los 3 años y que mostraría anomalías serias en el ámbito lingüístico. Sin embargo, para Asperger, como se ha mencionado más arriba, lo define como un trastorno de la personalidad de aparición más tardía en el que las habilidades lingüísticas no estarían afectadas.

A pesar de que Asperger conocía los escritos de Kanner y hacía pública su opinión al respecto [2], no es hasta la década de los ochenta cuando la psiquiatra Lorna Wing [3] publica los resultados de un estudio que darán a conocer esta patología. En dicho estudio, no sólo revisó todo lo relacionado con la psicopatía autista sino que también describe esta patología a través del estudio de 34 casos estudiados por ella. Además, cambió el nombre del trastorno por considerar que originaba confusión el término “psicopatía”. En su lugar, elige Síndrome de Asperger por considerarlo neutro. Wing propone una triada diagnóstica (trastorno de la reciprocidad social, de la comunicación verbal y no verbal, y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa) y la noción de espectro a partir de los estudios de Kanner y Asperger; para ella, compartían la misma triada [4]. A diferencia de Asperger, no va a compartir el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Según ella, es un trastorno evolutivo en el cual el ser carece de la habilidad para entender a los seres humanos como seres especialmente

diferentes a los objetos y que, por tanto, va a afectar a su comunicación e interacción y a la comprensión, tanto verbal como no-verbal, del mundo social. A pesar de que comparta la idea de que autismo y síndrome de Asperger pertenezcan al mismo continuo, considera que pueden tener etiologías distintas y que habrá que esperar al desarrollo de otros estudios para comprobar la etiopatogenia. No obstante, aboga por mecanismos cerebrales comunes a la percepción, comprensión y elaboración del conocimiento social que pueden verse alterados, disminuidos o ausentes en las personas pertenecientes a este espectro.

Otros aspectos de los que va a diferir con respecto al síndrome son: que pueden aparecer síntomas en el primer año de vida; que pueden presentar alteraciones cognitivas en algunas áreas, sobre todo en la inteligencia práctica; que el pronóstico podía ser grave en los adultos con patologías asociadas; y que puede aparecer un relativo retraso inicial lingüístico aunque no tendría que afectar a la posterior adquisición de la lengua en su nivel formal. Las características clínicas que propone Wing dejan un margen flexible para la identificación del cuadro, según Martín Borreguero [1], porque a partir de un modelo dimensional sería compatible el diagnóstico de ambos cuadros aunque en éstos observaba características distintas.

Como consecuencia de esta publicación, se comienzan a desarrollar un gran número de investigaciones que han dado lugar a distintas descripciones clínicas de este síndrome hasta su inclusión en las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-IV, 1993 y 1994 respectivamente.

Una de las líneas de investigación es llevada a cabo por Gillberg y col. en Suecia con el fin de obtener una mayor comprensión del cuadro sintomático y de las posibles causas. Entre sus aportaciones cabe destacar el realizar una descripción detallada para poder diagnosticar el síndrome, basada en seis criterios (déficit en la interacción social, dificultades o alteraciones del lenguaje, desarrollo de un repertorio repetitivo y restrictivo de intereses y actividades, imposición de rutinas e intereses, disfunción de la comunicación no-verbal y anomalías en el desarrollo motor). Al final de sus trabajos, concluyó no encontrar datos para poder diferenciar este síndrome del autismo como patologías nosológicas diferenciadas.

En la misma época y paralelamente, se desarrollan los trabajos de Szatmari en Canadá. Este autor también propone cinco criterios para el diagnóstico (aislamiento social, trastorno en la interacción social, trastorno de la comunicación no-verbal, lenguaje idiosincrásico y excéntrico y exclusión de autismo) pero difiere sustancialmente al no incluir la existencia de autismo en su desarrollo, ni patrones restringidos del comportamiento o intereses obsesivos, ni tampoco va a hacer referencia al desarrollo motor. Por tanto, para él son entidades no sólo cuantitativamente distintas sino también lo van a ser cualitativamente, que permite el diagnóstico independiente del síndrome de Asperger.

Además de estas clasificaciones, en España, se han desarrollado otras líneas de investigación de la mano de Ángel Riviére [9], quien estableció, posteriormente, 5 criterios de diagnósticos de las personas con SA (trastorno cualitativo de la relación, inflexibilidad mental y comportamental, problemas de habla y de lenguaje, alteración de la expresión emocional y motora y capacidad normal de “inteligencia impersonal”).

Tabla 1: Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger

<p>A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">(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 <p>B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">(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 <p>C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>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).</p>

DSM IV (1994)

CLÍNICA

Según el DSM-IV, el síndrome de Asperger mostraría déficit y/o dificultades en dos grandes áreas: el área de la interacción social y en la flexibilidad comportamental y mental. Según este sistema diagnóstico, el/la niño/a con síndrome de Asperger presentaría un trastorno cualitativo de la interacción social. Estos/as niños/as no aprenderían de forma implícita lo que los/as niños/as con un desarrollo normal aprenden en las interacciones con otros. Las conductas no verbales que regulan la comunicación están alteradas o no se muestran, es decir, el contacto ocular, la expresión facial, los gestos manuales y la postura corporal que acompañan a los actos comunicacionales están alterados, bien porque no se exhiben bien porque no son acordes con el contenido verbal o con lo que quieren expresar. A su vez, tampoco son capaces de comprender estas conductas en los otros. A medida que el desarrollo tiene lugar, estas conductas se van haciendo más complejas y las atribuciones en las interacciones sociales también. Como consecuencia, se puede observar mayor discrepancia en la coordinación de estas conductas así como mayores dificultades para realizar inferencias sobre los estados emocionales, intenciones y actitudes de las demás personas. No obstante, existe una variabilidad en cuanto a la afectación de estas conductas pudiéndose encontrar afectación de todas ellas o sólo algunas.

Las personas, en general, y los/as niños/as, en particular, son seres sociales. En las interacciones aprenden las competencias sociales tales como habilidades de resolución de conflictos, autocontrol y autorregulación de su conducta. Los/as niños/as con este síndrome no serían capaces de aprender de forma implícita estas competencias. Para que tenga lugar una interacción, y, por tanto, dicho aprendizaje, lo primero que debe acontecer es un interés por el otro que llevaría a un acercamiento. Sin embargo, la mayoría de estos/as niños/as, no muestran dicho interés. No se aproximan, no los observan, no participan en actividades y juegos sociales.

Por otro lado, existe una parte de niños/as con síndrome de Asperger que sí tienen este interés, pero, al no ser capaces de aprender las reglas sociales ni poder comprender a los/as otros/as, muestran grandes dificultades a la hora de establecer lazos de amistad porque no comprenden las intenciones ni los otros puntos de vista. En los/as niños/as más afectados, según Martín Borreguero [1], los motivos que les llevan a acercarse a otras personas persiguen satisfacer sus propias necesidades personales. En los menos afectados, existe una gran motivación social pero que no está carente de problemas. Su acercamiento e interacción es diferente. Suelen tener muchos conflictos sobre todo cuando el juego depende de estar pendiente de los aspectos no verbales, o cuando las reglas son implícitas. También presentan conflictos cuando intentan imponer sus puntos de vista e ideas puesto que no entienden que existan otras, lo que les lleva a una inflexibilidad y rigidez de las normas que proponen y no aceptan las propuestas de las demás personas.

En lo referente al desarrollo emocional, sienten y expresan las emociones básicas pero tienen dificultades para reconocerlas, para interpretarlas y para saber y comprender qué es lo que las ha motivado. Saben que se encuentran “mal” o “bien” pero tienen que aprender de forma explícita si lo que experimentan es, por ejemplo, enfado o tristeza, y cuál es la causa. Esta dificultad se complica con los estados emocionales complejos, como la envidia o vergüenza, que requieren de cierta comprensión social. También tienen dificultades para la comprensión de los estados emocionales ajenos. Se ha observado que no se contagian con ellos, ni muestran, por ejemplo, la sonrisa social. A pesar de que se ha observado que en muchos/as niños/as el vínculo de apego es apropiado, no muestran conductas de compartir de forma espontánea ni sus intereses, ni sus sentimientos, ni sus emociones derivadas tanto de sus frustraciones como sus logros. Si no es capaz de comprender las emociones que experimentan las personas que le rodean, no es extraño pensar que, en consecuencia, el comportamiento derivado esté también alterado. Por ello, estos niños presentan también dificultades en la capacidad para empatizar y en la reciprocidad emocional que se debería producir en consecuencia o bien está ausente o es incongruente e inapropiada con las situaciones sociales en las que ha tenido lugar.

No obstante, y a pesar de estos déficit socioemocionales algunos/as niños/as a los que se les pregunta sobre los sentimientos y las emociones que expresan otras personas responden adecuadamente pero les cuesta actuar de forma espontánea ante dichas emociones debido a que las intelectualizan. Sus capacidades cognitivas le permiten ir aprendiendo a cerca del mundo emocional pero es como si existieran interferencias de generalización de dicho aprendizaje en situaciones reales.

En los/as niños/as con SA, este trastorno de la interacción social está asociado a un trastorno de la flexibilidad comportamental y mental, que se caracteriza por una preocupación insistente en un interés propio, el cual puede absorber una cantidad de tiempo muy grande, ser el tema de sus conversaciones y les lleve a acumular gran cantidad de información. Estos intereses obsesivos, en la primera infancia se mostrarían a través de la acumulación de objetos, como piedras o cajas, y más adelante a través de un tema como los planetas o los dinosaurios. Este trastorno, también se caracteriza por la adhesión a rutinas y rituales que no pueden ser alterados, aplicándose de forma inflexible y rígida.

Ejemplos son el ir siempre a un lugar por el mismo camino, ponerse la ropa en un orden, sentarse en una silla determinada. También se observa, aunque no en todos/as, conductas estereotipadas y repetitivas, estereotipias motoras y preocupaciones por partes de objetos. Aun no se sabe qué motivos existen para que se desarrollen estas conductas, pero algunas investigaciones lo relacionan con las sensaciones y percepciones de forma llamativa para ellos/as [1,8]. Es como si se desarrollaran esos comportamientos debido a la fascinación que les despiertan ciertos sucesos. Ejemplos de las estereotipias motoras serían el aleteo de manos,

balanceo repetitivo o movimientos complejos del cuerpo. También pueden despertar en ellos un gran interés por partes de un objeto como las ruedas de un coche o las cuerdas de un violín.

Como se ha mencionado más arriba, estas dos áreas que se ven afectadas en las personas con SA son las que aparecen en el DSM y en la CIE desde principios de los 90. En la actualidad, tras casi dos décadas de investigaciones, sus resultados han arrojado otros datos que esclarecen un poco más el conocimiento del SA y que entran en conflicto con los criterios internacionales. Estos aspectos hacen referencia al desarrollo inicial, al lenguaje y la comunicación, a la motricidad y a la cognición

Otra de las habilidades alteradas que muestran las personas con este síndrome son las concernientes a la comunicación social. Los actos comunicacionales implican no sólo el uso correcto de un lenguaje en sus aspectos estructurales, gramaticales y semánticos. También es necesario saber expresar las intenciones, saber a quien se dirige, saber interpretar los aspectos no verbales y emocionales del interlocutor y saber expresar los estados emocionales experimentados por uno/a mismo/a y acordes con el mensaje que se transmite. Estas habilidades pragmáticas suelen estar seriamente alteradas y son consecuencia del déficit cognitivo-socio-emocional que presentan las personas con SA [1]. El lenguaje es un punto conflictivo entre las distintas clasificaciones diagnósticas. El DSM establece que en el desarrollo del lenguaje no existe retraso significativo (ej. Uso de palabras sencillas a los 2 años), sin embargo, en la práctica clínica se ha observado algunas deficiencias. La crítica que se le hace a este sistema de diagnóstico apunta a que es simplista y no esclarece exactamente los aspectos alterados y/o competencias en esta área que diferencian a este síndrome.

Otras críticas apuntan a una aparente arbitrariedad, a una fiabilidad dudosa a partir de los datos aportados por los padres y un carácter aparentemente engañoso por dar por supuesto un desarrollo lingüístico normal a partir del uso de dos palabras. Otros estudios realizados con SA y autismo de alto funcionamiento (AAF) han encontrado que el desarrollo lingüístico resulta atípico [1,5]. Con respecto a la adquisición del lenguaje, el patrón que siguen es atípico. Por un lado, existen quienes presentan un primer retraso pero un desarrollo posterior rápido; por otro, están los que lo adquieren de una forma precoz. O quienes presentan problemas. Este lenguaje, a su vez, presenta una prosodia peculiar, una entonación distinta y un ritmo o rápido o lento.

En una revisión realizada por Martín Borreguero a cerca del perfil lingüístico del individuo con SA [6], la autora afirma que estas personas presentan un desarrollo característico en el cual se observan alteraciones con respecto al lenguaje y que tiene como consecuencias déficit en la comunicación social. El perfil que obtiene lo divide en cuatro grandes áreas: sintácticas y gramaticales, fonológica, semántica y pragmática. En las primeras no se

observarían déficit, incluso podría tener capacidades avanzadas para su edad cronológica. En cuanto a la segunda, podrían identificar sonidos aislados y decodificar sonidos complejos e imitarlos. Sin embargo, presentarían alteraciones en la prosodia del habla, en los patrones de entonación, en la regulación del volumen y en la velocidad del habla.

En el área semántica conseguiría un desarrollo adecuado o avanzado del léxico expresivo y receptivo con respecto a la edad cronológica, adquisición de un vocabulario sofisticado y complejo, capacidad adecuada de comprensión de conceptos concretos, desarrollo adecuado de la capacidad para la formación de categorías concretas y capacidad para identificar los atributos definitorios de una categoría concreta. Las alteraciones abarcarían déficit en la comprensión de las relaciones semánticas de temporalidad y espacialidad en el tiempo, comprensión deficitaria de conceptos abstractos, dificultades en el acceso a la memoria léxica, dificultades en el procesamiento del lenguaje figurativo y metafórico, capacidad deficitaria para realizar inferencias y dificultad en la comprensión del lenguaje complejo, metafórico, giros lingüísticos y formas verbales sarcásticas e irónicas, lo que le llevaría a interpretar de forma literal las expresiones.

Las habilidades pragmáticas serían las más alteradas debido a los aspectos sociales involucrados en esta área. Tendrían interés en la iniciación de la interacción social, una comunicación adecuada de intenciones simples e interés por transmitir información a los otros. Sin embargo, no serían capaces de expresar intenciones complejas y entender las intenciones ajenas, les costaría (o no serían capaces de) realizar inferencias sobre los deseos, sentimientos y pensamientos de los demás. Su discurso estaría caracterizado por un monólogo con excesiva verbosidad sin diferenciación de los aspectos relevantes de los irrelevantes y siempre a cerca de sus propios intereses y deseos. Sus conversaciones se caracterizan por verborrea y un habla pedante. A esto hay que unirle su incapacidad para comprender y expresar los aspectos no verbales que regulan una conversación, como las expresiones faciales y corporales, y la pobre empatía ante la incompreensión de dichas expresiones.

Por tanto, cabe diferenciar dos dimensiones del lenguaje, la social y la no social. La primera está más alterada aunque algunos/as niños/as presentan algunas alteraciones a nivel fonológico que les lleva a tener algunas dificultades disléxicas [5]. En el otro polo, están aquellos que desarrollan hiperlexia [1,5].

Otro de los problemas que presenta este síndrome son los de psicomotricidad. El DSM-IV no los contempla como criterio diagnóstico, no obstante, si hace referencia a ellos como características asociadas (presencia de torpeza motora y falta de destreza) que pueden aparecer en algunos/as niños/as. Sin embargo, en los primeros escritos de Hans Asperger si aparecían

como rasgos clínicos característicos de la psicopatía autista (problemas de equilibrio y control postural inadecuado, dificultades motoras gruesas y finas) [2,7].

Posteriormente, otros autores también lo han incorporado en sus criterios diagnósticos como Wing y Gillberg. [1]. En la actualidad, existe un consenso en cuanto a que estos/as niños/as presentan alteraciones del movimiento, pero, a su vez, existe una gran variabilidad. Las alteraciones pueden oscilar entre problemas de destreza manual, coordinación, equilibrio, prensión, tono muscular y menor velocidad.

Aunque no hay un perfil exacto, se han encontrado problemas con la preparación y la planificación mental del movimiento teniendo las vías motoras relativamente intactas, problemas propioceptivos relacionados con la capacidad de mantener el equilibrio, problemas de coordinación muscular menos metódica y una marcha inestable y dificultades en la motricidad fina como con la escritura [9]. La experiencia clínica y la observación han puesto de manifiesto que algunos desarrollan TIC. En concreto, las investigaciones señalan que entre un 20%-60% de las personas con Asperger tienen movimientos involuntarios. Los TICs pueden ser motores y/o vocálicos, desarrollando algunas de ellas el Síndrome de la Tourette. La incidencia de este trastorno al SA es mayor de lo que cabría esperar [1,5,9]. También se ha encontrado, aunque raramente, el deterioro de habilidades del movimiento a partir de los 10 años, que se parece a la catatonía y a la enfermedad de Parkinson denominado catatonía autística [9]. A pesar de estas dificultades, algunas personas desarrollan aptitudes en algunos deportes como en la natación o en la equitación.

Por otra parte, en el DSM si se contemplan estereotipias motoras. A pesar de que estas conductas se presentan en diagnósticos de autismo, asociado a discapacidad intelectual, en el SA también se han podido observar. Estos comportamientos no están presentes en todos los casos, y en los que aparecen los estudios los han relacionado con una hipersensibilidad, o sensibilidad anormal, sensorial y perceptual. Por ejemplo, ante un estímulo muy excitante como ver el vapor de agua, el/la niño/a emite una estereotipia. Se ha comprobado cómo algunos muestran una hipersensibilidad, por ejemplo, ante un sonido concreto, que llega a causarles un gran malestar [9].

A pesar de la gran variabilidad que se observa en las SA, y las diferencias en cuanto al curso que siguen, los datos procedentes de la práctica clínica y de los estudios que se han realizados en dicho ámbito, hoy existe un consenso [7] en cuanto a un patrón característico, tanto nivel evolutivo como clínico, que se caracteriza por 1) un desarrollo psicológico atípico durante los tres primeros años en los que no se adquieren ciertas conductas esperadas para la edad, 2) una adquisición del lenguaje también atípica, por su precocidad, o por su retraso inicial

pero posteriormente rápido, o por su vocabulario, entonación, prosodia o por su excesiva formalidad, 3) alteraciones cualitativas en las interacciones y en la reciprocidad social, 4) alteraciones en la comunicación, 5) intereses limitados, 6) problemas de psicomotricidad, y 7) trastornos psiquiátricos asociados, desde TDA o TEL hasta ansiedad o depresión, que, en ocasiones, hacen difícil el diagnóstico de este síndrome. Como apunta Attwood [6], algunas de estas personas llegan a la consulta con un problema de conducta o del lenguaje y, a través del proceso de evaluación se llega al diagnóstico del SA.

FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO

Para poder explicar cómo es el funcionamiento psicológico de las personas con SA se han desarrollado diferentes modelos, que si bien han hecho posible entender algunos aspectos, no explican en su totalidad dicho funcionamiento.

Teoría sobre el déficit en la “Teoría de la Mente” (TM). A partir de esta teoría se dan explicaciones sobre las alteraciones y manifestaciones que se observan en las relaciones sociales de los sujetos con SA. Según este modelo, las personas tienen la capacidad de atribuir e inferir estados mentales ajenos. En las interacciones, son capaces de inferir las intenciones, los deseos, las creencias e intereses de otras personas. Ello es posible, por un lado, gracias a la observación y al contacto con los otros, y por otro lado, a las predisposiciones psicológicas. Desde esta teoría, las personas con SA, no son capaces de aprender implícitamente en las relaciones sociales. No son capaces de ponerse totalmente en el lugar del otro, intuir su mundo mental correctamente. Las personas con este síndrome, saben que el otro piensa, que tiene un mundo mental pero no aciertan a intuirlo en las situaciones cotidianas [10].

El desarrollo adecuado de una teoría de la mente está afectado, pero el grado de disfunción es muy variable entre estos sujetos. No obstante, pueden llegar a presentar serias dificultades para: predecir conductas, darse cuenta de las intenciones de otros, entender emociones (propias y ajenas), para anticipar lo que pueden pensar de su comportamiento, para comprender las interacciones sociales [11]. Según Attwood [9], estas personas no han alcanzado una madurez en la capacidad de la TM, lo cual no implica su ausencia sino más bien una falta de reconocimiento de los estados mentales.

En esta línea, y derivado de la ambigüedad en la TM que presentan las personas con SA, Daniel Valdez [11] ha desarrollado un estudio para detectar las sutilezas de inferencias mentalistas y capacidades comunicativas. Sostienen que La valoración de la TM debe corresponderse a un continuo dimensional y no como todo/nada. Concluyen que las personas con SA tienen la capacidad pero no consiguen llegar a abstraer las sutilezas mentalistas;

tendrían una capacidad alterada. Añaden que a pesar de que pueden llegar a saber sobre los estados mentales de los otros, a partir de un aprendizaje sistemático, el conocimiento que se deriva sigue un camino diferente llegando a tener una representación psicológica superior, aunque distinta, como la desarrollen otras personas.

Teoría del déficit de la “función ejecutiva” (FE). Las funciones ejecutivas son una serie de habilidades llevadas a cabo por el lóbulo frontal que están relacionadas con la toma de decisiones, con la organización para conseguir metas, con la resolución de conflictos. Incluyen: intencionalidad, propósito, toma de decisiones, planificación, control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y de acción. Según los defensores de este modelo, las personas con SA presentan dificultades en la FE puesto que muestran pensamientos rígidos, inflexibles y repetitivos; les cuesta tomar decisiones importantes y, también, organizar y establecer pasos para solucionar problemas [5].

Otras habilidades que están incluidas en la FE son las que tienen que ver con la reflexión y el autocontrol, el control del tiempo y prioridades, comprensión de los conceptos abstractos o complejos y la utilización de nuevas estrategias. Según ha observado Attwood, en un principio tienen problemas para inhibir una respuesta (impulsividad) bajo situaciones de estrés, sin pensar en las consecuencias o valorar otras opciones antes de actuar. La memoria de trabajo es menor, lo que les dificulta manejar distintas informaciones a la vez, o presentar mayores tasas de olvido. Al mismo tiempo, también tienen dificultades para aprender de sus errores. Y según van creciendo, se van haciendo más evidentes los problemas de organización [9].

Josep Artigas-Pallarés [10] expone que este modelo da explicación a los patrones comportamentales rígidos, repetitivos, inflexibles y obsesivos, y también a las dificultades de planificación, motivación, atención y memoria de trabajo. Pero que se encuentra con varias objeciones como que estas funciones se desarrollan posteriormente a la aparición de los primeros signos del síndrome; que estas dificultades no son específicas ni del SA, en particular, ni de los TEA, en general; y tampoco puede explicar las alteraciones comunicacionales.

Teoría de la disfunción del hemisferio derecho. Los estudios llevados a cabo sobre los hemisferios cerebrales han puesto de manifiesto que el hemisferio derecho es el encargado de procesar la información emocional, información visoespacial e información relacionada con los gestos y prosodia del habla [5].

Al haber coincidencias entre los rasgos nucleares de las personas con SA y los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho, algunos autores apoyan la teoría de una disfunción de dicho hemisferio para explicar algunos rasgos observados en ellos. Estas personas presentan un estilo cognitivo particular que se caracteriza por una mayor puntuación en el CI verbal que en el CI manipulativo obtenidos a partir de los test de inteligencia. Como las disfunciones tendrían

consecuencias en la integración de la información visoespacial y en su organización, en el procesamiento de información emocional y social o dificultades para dar significado a información emocional no expresada verbalmente, se puede explicar que las personas con SA tengan problemas de coordinación, dificultades en las interacciones sociales, problemas con la comprensión y gestión emocional, adherencia a rutinas, etc. Se ha llegado a postular que en realidad se estén utilizando dos nombres para hablar del mismo trastorno [1]. Sin embargo, Belinchon y col., en una revisión publicada en el 2008 encontraron que no todas las personas con SA tienen un CI verbal mayor que el CI manipulativo [7]. En una investigación llevada a cabo por Hippler y Klicpera [9] encontraron que el 18% de los niños tenían un CI manipulativo o de razonamiento visual mayor que el verbal.

Teoría de la “coherencia central débil”. Attwood propone que las dificultades y las habilidades a nivel cognitivo, social y emocional pueden ser explicadas a través de esta teoría. Este autor recoge las aportaciones de Uta Frith y Francesca Happé sobre una forma de procesar la información de los niños con SA. Ellas observaron que estas personas se centraban en los detalles en vez de tener una percepción global.

Según Attwood, explicaría, a nivel cognitivo, que desarrollen discursos largos y llenos de detalles en vez centrarse en lo relevante con respecto a la idea a transmitir; o recordar más los detalles de los acontecimientos (que para otros parecería irrelevantes) en lugar de fijarse en las personas y sus emociones. A nivel social y emocional, mostrarían, por ejemplo, centrarse más en las normas específicas que regulan las relaciones sociales que en los aspectos más globales (intenciones) que llevan a romper dichas normas. Lo mismo ocurriría con respecto a la adhesión a patrones rígidos e inflexibles de conducta. A través de rutinas estas personas dan coherencia y predictibilidad a la vida que de otra forma les provocan incertidumbre y confusión [9]. No obstante, en la revisión de Belinchon y col. no encontraron los suficientes apoyos para confirmar que esta teoría sea el modelo para explicar el funcionamiento de las personas con SA, aunque los estudios apuntan hacia un modo de ver y percibir la realidad de forma distinta más que deficiente [7].

ESTATUS NOSOLÓGICO

A pesar de que el SA está considerado en la actualidad como una categoría independiente por el DSM y la CIE, aún no está clara su relación con el autismo. Como se ha mencionado más arriba, la inclusión de este síndrome en los manuales de clasificación diagnóstica se llevó a cabo por varios motivos.

En primer lugar, era necesario llevar a cabo investigaciones con grupos que fueran homogéneos para avanzar en el conocimiento de dicho síndrome. En segundo lugar, las distintas clasificaciones existentes estaban teniendo como consecuencia que individuos diagnosticados

con un sistema tuvieran el diagnóstico de SA mientras que con otro sistema no lo tenían, es decir, el diagnóstico dependía de las pautas diagnósticas que se usaran. En tercer lugar, no se podían realizar comparaciones entre sujetos debido a la heterogeneidad de los individuos. Y en cuarto lugar, se habían observado diferencias con el autismo, aunque aún no estaba claro si eran de tipo cuantitativo o cualitativo.

Ya en los 80, la doctora Wing consideró que el SA presentaba alteraciones comunes al autismo, que dentro de la triada del autismo en el SA también existía afectación de dicha triada pero con una sintomatología clínica observable distinta, pero que para hablar de una etiología común o diferente aún era pronto, aún no se disponían de datos suficientes, sólo de características clínicas observables comunes a ambos cuadros en distinto grado de afectación. Wing fue partidaria de mantener un diagnóstico independiente debido a las diferentes necesidades educativas de estas personas, que presentan otras capacidades intelectuales, y a las distintas necesidades familiares. Para ella, las necesidades de los familiares de niños/as con autismo eran muy distintas [3].

Los sistemas de clasificación internacionales son sistemas categoriales. Cada categoría implica que una variable discreta marca unos límites, y en donde los trastornos están considerados como algo que se sale de la normalidad. Una persona tiene o no tiene un trastorno si se parece (o no) al prototipo del trastorno con el que se compara, a la categoría natural. Sin embargo, en los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), en ocasiones los límites entre las categorías son difusos [12,13]. Los sistemas dimensionales, por el contrario, establecen un continuo entre la normalidad y lo patológico, estableciendo que las características clínicas observadas están también presentes en el resto de la población, sin que ello suponga un problema para el individuo. Este es el caso de la actual definición del autismo, considerado Trastornos del Espectro Autista (TEA) en el que existen distintos grados de afectación dependiendo de cómo esté afectada cada una de las dimensiones del espectro. Así, existen hoy dos visiones, por un lado está la visión categórica de la psiquiatría clásica y, por otro, la visión de espectro que en su día propuso Wing y que cambió la definición del trastorno autista. Actualmente, en el ámbito de la clínica se utilizan los criterios categóricos y a nivel teórico criterios dimensionales [7].

No obstante, aún no se ha llegado a un consenso sobre si el SA pertenece o no a los TEA. Por un lado, se encuentran los que defienden que el SA es una categoría independiente al autismo. Por ejemplo, Szatmari argumenta que no sólo existen diferencias cuantitativas sino cualitativas y que el déficit social singular y específico lo justifica. Otros representantes de esta visión son Frith o Klim [11].

Por otro lado, investigadores y clínicos como Wing, Gillberg o Rivière afirman que las diferencias entre ambos cuadros son de tipo cuantitativo y lo consideran como un subtipo dentro de los TEA [1,11]. A diferencia de estos profesionales, para los que el debate sobre la validez nosológica es importante argumentando su necesidad para recibir los apoyos a partir de la administración, existe otro grupo de autores que se centran más en las características individuales y las necesidades educativas específicas. Éstos son Attwood o Baron-cohen que tienen una perspectiva global y que entienden que el foco de interés son las ayudas necesarias para incrementar positivamente la calidad de vida, y no entran en la cuestión del síntoma [7].

En la revisión realizada por Belinchon y col. [7] concluyen que, desde un punto de vista nosológico, no existe evidencia para considerar al SA y a los TEA como categorías diagnósticas distintas, aunque si se encuentran apoyos cuando se emplean tareas experimentales que se basan en aspectos sutiles.

Por ello, este grupo de investigación plantea, al igual que lo están haciendo otros grupos, que los datos cuestionan la actual visión del SA dentro del espectro, que podrían ser, en realidad, condiciones nosológicas distintas sólo que el planteamiento debiera ser otro que esboce diferentes dimensiones de afectación, y, además, esto sólo será posible si cambian las metodologías empleadas hasta la fecha. Plantean que los resultados que obtienen las investigaciones están orientando cambios en el actual sistema diagnóstico hacia la incorporación de otros parámetros, como evolutivos o de personalidad, o cambios hacia otra consideración nosológica diferente del espectro autista [7].

Un planteamiento acerca de los trastornos mentales completamente distinto al actual lo propone Artigas-Pallarés [13], quien expone un modelo de psicopatología evolucionista para entender la función adaptativa que tendrían los síntomas, los cuales estarían avisando de que algo no está funcionando puesto que su aparición genera dolor físico o psicológico. Este planteamiento, según él, estaría justificado considerando los síntomas en un continuo dimensional que llegado un momento causaría un malestar clínicamente significativo, creando una alerta.

Para Artigas-Pallarés, la naturaleza se nos presenta de forma dimensional y no categórica, y afirma que cada vez más los estudios genéticos lo avalan, como por ejemplo con los factores de riesgo genético que se encuentran en común en la esquizofrenia y los trastornos bipolares, o en los trastornos de ansiedad y la depresión. Con respecto al SA, este autor, en otro artículo, afirma que las características están presentes en la población; las manifestaciones propias de los individuos con SA serían una forma exagerada que causa problemas en la vida

social. Y, por otro lado, mantiene que la comprensión del SA como una dimensión está apoyada por los modelos genéticos basados en la transmisión de rasgos cuantitativos [11].

En los últimos años, un grupo de clínicos, entre los que se encuentran T. Attwood o Baron-Cohen, han lanzado otro planteamiento. Éstos, centrando su análisis en las capacidades y habilidades que presentan, proponen que las personas con SA tienen un funcionamiento diferente no necesariamente patológico. Sería una forma distinta de percibir, entender, comprender y de relacionarse.

Este planteamiento ha dado como resultado un movimiento social llamado “Aspies”, palabra usada por las personas con SA para diferenciarse de las “neurotípicas”. Attwood, Gray y Holliday-Willey han expuesto los puntos fuertes que sirven como unos criterios para el descubrimiento de los Aspies. Al respecto, Belinchon y col, argumentan que la visión de cada autor va a determinar una concepción del síndrome y de la persona, y que ésta, bien va a ser considerada con un funcionamiento propio con unos apoyos determinados, o bien, como con un trastorno con una serie de problemas, discapacidades o limitaciones que no tendrían el resto de la población; y todo ello dependiendo del enfoque (clínico, educativo o investigador), de la posición epistemológica (nomotética v. ideográfica) o de los modelos de la discapacidad (médico v. social) [7].

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Cada vez son más los profesionales e investigadores que ponen de manifiesto la importancia de la detección temprana. A partir de ella, se puede derivar lo antes posible a equipos especializados que evalúan y plantean programas de intervención. De esta forma, Hernández y col. [14] mencionan que hoy en día somos capaces de mejorar tanto su calidad de vida como su pronóstico gracias a las intervenciones tempranas.

En el proceso diagnóstico de este síndrome Martín Borreguero [1] ha propuesto varias etapas que incluyen, por un lado, la elaboración de un historial del desarrollo del/la niño/a y la valoración de dicho desarrollo a través de entrevistas; y por otro, la evaluación psicológica de la capacidad intelectual, de las habilidades lingüísticas, comunicativas y pragmática y del juego. También incluye la observación estructurada del comportamiento y la valoración de otras habilidades como la teoría de la mente, la función ejecutiva y la competencia motora. Belinchon y col. [7] incluyen la evaluación de las habilidades morfosintácticas avanzadas, habilidades mentalistas sutiles, el temperamento y la personalidad.

La obtención de toda esta información persigue, además de obtener un juicio clínico, elaborar un perfil lo más exhaustivo posible que, a su vez, marque las líneas de actuación a seguir y, de esta forma, que el programa de intervención se adapte a las características

específicas (habilidades y dificultades). Como expresa la Guía de buena práctica para el diagnóstico de los TEA, determinar el perfil psicológico y social nos lleva a comprender y conocer las habilidades y discapacidades, además de establecer un programa de intervención y de apoyo acorde con las necesidades específicas [15].

En el SA, como ocurre con otros TGD, existe solapamiento sintomático con otros trastornos, que puede hacer difícil decidir entre un diagnóstico u otro. Además, debido a las dificultades sociales, en ocasiones desarrollan trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión. Por otro lado, y como se viene observando en la práctica clínica, en más casos de los esperados el SA se asocia con otros trastornos, verdaderos trastornos comórbidos que tienen que ser también diagnosticados para plantear una intervención más individualizada. En otras ocasiones, la sintomatología del SA es confundida con la de otros trastornos y, en consecuencia, se diagnostica de forma errónea con todos los problemas que ello conlleva.

Por todo ello, el diagnóstico diferencial también es importante en todo el proceso diagnóstico. Algunos autores están desarrollando investigaciones que diferencian pequeñas sutilezas entre las personas con SA y otros trastornos.

En el campo de las capacidades mentalistas, Valdez [11] ha encontrado cómo se aprecian diferencias significativas cuando se emplean pruebas que evalúan la interpretación del sentido figurado y las ironías y concluye que son requisitos necesarios para realizar un diagnóstico diferencial; en particular, la comprensión de las ironías que es un buen predictor del diagnóstico. En otro estudio llevado a cabo por Martín Borreguero sobre las capacidades lingüísticas, también ha elaborado un perfil sobre las competencias y los déficit semántico-pragmáticos específicos del SA que permiten diferenciarlos de otras patologías infantiles, en concreto del AAF, de los TEL y del TDA [8].

Dado que se ha constatado que el SA tiene una gran variabilidad y que cambia con respecto al curso evolutivo [16], el diagnóstico requiere no sólo una gran cantidad de información específica del individuo sino también la comprensión de su mundo interno, de cómo ve el mundo para poder realizar una intervención adaptada a sus características y a su forma de aprendizaje. Entender el SA, sus aspectos fundamentales y primarios, permiten plantear las áreas principales de intervención [11]. Las conclusiones del II congreso internacional sobre el SA realizado en Sevilla en 2009 proponen que “la comprensión psicológica del trastorno es clave para el tratamiento. Es necesario ir más allá de la conducta y captar su modo de ver y sentir el mundo” [17].

El SA es un trastorno que afecta en su núcleo a la relación social, en la que el individuo presenta una discapacidad para la comprensión de la cognición social, la reciprocidad social y emocional y dificultades para la comprensión de las reglas que regulan tanto la comunicación como las relaciones interpersonales.

Hasta la fecha, se desconoce las causas médicas que lo originan, por lo que las intervenciones que se realizan son tratamientos no curativos sino de apoyo y de mejora de la calidad de vida. Martín Borreguero mantiene que a la fecha de hoy los programas de intervención no son capaces de restituir la capacidad social ausente o disminuida en el síndrome y que esta discapacidad se mantiene a lo largo de la vida [11].

Desde el inicio de la aparición de este síndrome, Hans Asperger propuso intervenciones psicopedagógicas para favorecer el desarrollo evolutivo y la incorporación a la sociedad como un miembro más [2]. Siete décadas más tarde, los estudios están poniendo de manifiesto estas intervenciones psicopedagógicas para desarrollar al máximo sus potencialidades y para el aprendizaje de las relaciones sociales y la cognición social y emocional.

El trabajo de revisión de Belinchon y col. [7] muestra como los modelos de intervención se centran no sólo en las dificultades y déficit sino también en las capacidades, intereses, competencias, preferencias y estilo de aprendizaje propio de cada individuo. El trabajo de Martín Borreguero [1] expone con gran claridad los distintos ámbitos de intervención educativa y las bases y técnicas psicopedagógicas. A esta conclusión llegan también el grupo de estudio de los trastornos del espectro autista del Instituto de salud Carlos III (GETEA) proponiendo educación y apoyo comunitario como principales vías de tratamiento [18].

Pero, además, en muchas ocasiones, deben ir acompañados de programas clínicos de intervención para tratar tanto las patologías comórbidas como los trastornos psiquiátricos asociados puesto que estas personas se encuentran, habitualmente, sumidas en estrés y reciben pocos apoyos sociales [17].

El trabajo de revisión llevado a cabo por GETEA ha encontrado evidencia empírica para utilizar las terapias cognitivos-conductuales [18]. Y el segundo congreso internacional realizado en Sevilla concluye que estas terapias “pueden facilitar el desarrollo y la integración educativa, social y laboral de estas personas” [17].

Para Attwood, las psicoterapias que más pueden ayudar a estas personas son las terapias cognitivo-conductuales y la psicología de constructos personales. Este autor, es de la opinión de

utilizar psicoterapias debido a que éstas aportan importantes beneficios tanto para la persona con SA como para la familia. Según él, para llevar a cabo un tratamiento el terapeuta ha de conocer y comprender no solo la naturaleza del síndrome sino también a cada persona en particular (pensamientos, sentimientos, concepto del yo, imagen personal, autoestima, aceptación de sí); y tanto el rol psicoterapéutico como la psicoterapia representan perspectivas teóricas nuevas que no son las utilizadas en la práctica diaria, y que conllevan un cambio de perfil, del que está basado en el/la niño/a corriente al del/a niño/a con SA, con sus aptitudes, experiencias y mentalidad [9].

A través de la psicoterapia, el/la niño/a toma conciencia de los aspectos y rasgos positivos que posee, le ayuda a comprenderse, a formarse un concepto del yo más realista, a desarrollar la inteligencia emocional y a consolidar su identidad personal.

Por todo ello, la evaluación y la intervención son procesos, que en estos casos, van juntos, permitiendo el primero el planteamiento del segundo. Así, la intervención ya no se limita al aprendizaje de aquellos aspectos que no están presentes o que están disminuidos como las habilidades sociales, sino que integra niveles conductuales, sociales, emocionales, comunicacionales y relacionales.

Según Martín Borreguero, esta evaluación ha de tener en cuenta el contexto referencia social en el cual tendrá lugar, posteriormente la intervención, y ha de centrarse en el desarrollo de la adquisición de las habilidades pragmáticas y semánticas [8]. Y en el II congreso celebrado en Sevilla llegaron a la conclusión que “el tratamiento no puede limitarse a la enseñanza de estrategias y habilidades sociales, es necesario fomentar el desarrollo de la cognición social y afectivo-emocional, teniendo en cuenta que la meta de la educación es mejorar su autonomía y calidad de vida” [17].

CONCLUSIONES

A partir de los estudios realizados y de la práctica clínica, hoy el síndrome de Asperger es considerado como una discapacidad social permanente de aparición temprana que afecta a los aspectos comunicacionales, emocionales, sociales y relacionales.

Los estudios realizados en las dos últimas décadas ponen de manifiesto que los actuales sistemas de clasificación no se ven avalados por los resultados que se están obteniendo, lo cual implica una revisión para poder atender mejor a las necesidades de estas personas. Además, podrían realizarse protocolos de atención temprana que permitirían planteamientos psicopedagógicos adaptados y, de esta manera, intervenir en el desarrollo de esas capacidades disminuidas.

No obstante, aún faltan más investigaciones sobre el desarrollo evolutivo que permita aumentar el conocimiento de las diferencias que existen entre unas personas y otras, y, por

consiguiente, se podrían plantear actuaciones educativas encaminadas a potenciar dicho desarrollo al tiempo que se evitaría el sufrimiento psicológico que muchas de ellas padecen, en ocasiones en silencio. Otra cuestión aun no resuelta es la validez nosológica.

Hasta el momento, se han encontrado diferencias cuantitativas en relación al autismo, y en particular, con respecto al AAF. Pero no a cerca de los aspectos cualitativos. Aun no existen datos concluyentes para afirmar si pertenecen a categorías distintas o si son grados diferentes de afectación. Las teorías que intentan explicar el funcionamiento psicológico han permitido acercarnos un poco más a la comprensión del síndrome, pero todavía falta mucho hasta que consigamos un modelo explicativo el cual englobe a todas las características que se observan en el síndrome.

Las últimas líneas de investigación están poniendo de manifiesto que la solución podría encontrarse en un cambio de visión, tanto para el autismo como para el SA. Ponen en entre dicho la actual clasificación de los TEA y el SA. Los modelos dimensionales son los que más peso están cogiendo aunque todavía se sigue utilizando en la práctica clínica los modelos categoriales. Quizás un cambio que dé explicación plausible a estas lagunas conlleve la modificación de la actual comprensión de las patologías infantiles y del desarrollo, un giro de 180 grados que en los tiempos que corren no se podrían mantener. Pero una solución a estas incógnitas es necesaria.

Otra observación clínica que sigue sin explicación es la alta tasa de comorbilidad que presenta este síndrome. Las personas con SA pueden llegar a tener varios diagnósticos comórbidos. Este hecho, podría hacer que nos preguntemos si el problema estará en el actual sistema diagnóstico, si es una consecuencia de él.

En la práctica clínica, se ha puesto de manifiesto la importancia de elaborar y llevar a cabo un proceso de evaluación que explore todas las áreas, tanto las potencialidades como las dificultades, a fin de conseguir la base sobre la que intervenir. Este proceso diagnóstico consigue individualizar al máximo la intervención, y a su vez, adaptarse a las características intrínsecas del síndrome, esto es, una discapacidad dependiente del proceso evolutivo, de las características personales, ambientales, familiares y sociales que envuelven a la persona con SA. Y permite líneas de actuación que engloban no solo los síntomas clínicos individuales de otros trastornos comórbidos y/o patologías psiquiátricas asociadas sino también intervenciones familiares y ambientales, y a través de planteamientos psicopedagógicos llevados a cabo por los segundos facilitar el desarrollo evolutivo, que deben estar basados en la aceptación del síndrome, de aceptar a esa persona con sus características para que ésta se acepte y comprenda a sí misma.

Si el proceso de la toma de conciencia individual tiene lugar a través de la percepción e interacción con el/la otro/a, si el desarrollo de una identidad personal se realiza a través de la toma de conciencia de otras mentes, y si las criaturas con SA tienen limitada la capacidad de interacción recíproca, entonces cuanto antes tenga lugar la intervención antes podrán beneficiarse de la riqueza emocional que se obtiene con la experiencia social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martín Borreguero, P. (2004). *Síndrome de Asperger. ¿Discapacidad o excentricidad social?* Madrid: Alianza.

Asperger, H. (1954). *Pedagogía curativa*. www.habilidadsocial.com.ar/?page_id=186.

Wing, L. (1981). *Asperger syndrome: a clinical account*. <http://www.mugsy.org/wing2.htm>.

Rattazzi, A. *Consideraciones diagnósticas en relación al síndrome de Asperger*. www.ineco.org.ar/material/1240352230s.pdf

Freire, S., Llorente, M., González, A., Martos, J., Martínez, C., Ayuda, R., Artigas, J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Sevilla: Asociación Asperger Andalucía, Federación Asperger Andalucía. http://www.asperger.es/libro_det.php?id=1.

Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

Belinchón, M., Hernández, J., Sotolillo, M. (2008). *Personas con síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. ED.: Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE. <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/Publicaciones/Personas%20con%20Sindrome%20de%20Asperger%202008.pdf>

Martín-Borreguero, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 41(Supl 1). S115-S122. <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?i=e?ref=Sex%C3%85%C5%BEhop.Com&id=2005386>

Attwood, T. (2009). *Guía del síndrome de Asperger*. Madrid: Paidós.

Artigas-Pallarés, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de Asperger. *Revista de Neurología Clínica*, 2000; 1:34-44. <http://asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=176&cat=7>.

García, E., Jorreto, R. (eds.). (2007). *Síndrome de Asperger: un enfoque multidisciplinar. Actas de la 1ª jornada científico-sanitaria sobre síndrome de Asperger*. Sevilla: Asociación Asperger Andalucía, Junta de Andalucía, Consejería de salud, Enrique García Vargas. http://www.asperger.es/libro_det.php?id=28

Belinchón, M. (Dir.) (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Martín & Macías. http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_autmad.pdf

Artigas-Pallarés, J (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Revista de Neurología*, 52 (Supl 1): S59-S69.

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/52S01/bfS01S059.pdf>

Hernández, J.M^a, Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón, M., Canal, R., Díez-Cuervo, Á., Ferrari, M.J., Hervás, A., Idiazábal, M.A., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J.A., Tamarit, J., Valdizán, J.R. y Posada de la Paz, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista) (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41 (4), 237-245.

<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2005056>

Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J.A., Fuentes, J., Canal, R., Idiazábal, M.A., Ferrari, M.J., Mulas, F., Tamarit, J., Valdizán, J.R., Hervás, A., Artigas, J., Belinchón, M., Hernández, J., Martos, J., Palacios, S. y Posada, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista) (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41 (5), 299-310.

<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2005057>

Belinchon, M., Hernández, J.M., Sotillo, M. (2009). *Síndrome de Asperger: Una guía para los profesionales de la educación*. ED.: CPA-UAM, CAE, FESPAU, ONCE. www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/Publicaciones/publicaciones2010.

Conclusiones II Congreso Internacional sobre Síndrome de Asperger. Sevilla, 2009. <http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=1&cap=235&cat=1>

Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, y cols.; (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España) (2006) Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43 (7), 425-38.

<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=pubmed&id=2005750>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4 ed (DSM-IV). Barcelona: MANSSON S.A.; 2001.

Manuscrito recibido: 18/10/2011

Revisión recibida: 01/12/2011

Manuscrito aceptado: 05/12/2011