Universidad de La Laguna

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

SOBRE EL CONCEPTO

DE ASPERGER

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Psicología

Autor: Aarón Jesús Valeriano Salazar

Tutor: Pablo García Medina

Curso Académico

2015 - 2016

Sección de Psicología. Apartado 456. Campus de Guajara. 38200-La Laguna. Tenerife. Tel: 922317473

ÍNDICE **Páginas**

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE/ABSTRACT And KEYWORDS……..…….....3

2. INTRODUCCIÓN…….…….....…4

3. UN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA……..….....5

4. EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ASPERGER RECOGIDO EN EL DSM:
   - DSM-III-R……5 y 6
   - DSM-IV-TR……6 - 10
   - DSM-V……..…10 - 15

5. INSUFICIENCIAS DEL DSM-V…….……15 y 16

6. ALTERNATIVA DE ACHENBACH AL DSM y AL SISTEMA CATEGORIAL……..……...…17 y 18

7. DIFERENCIAS NOTABLES ENTRE ASPERGER y AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO.....18 y 19

8. POSIBLES CAUSAS DEL SÍNDROME DE ASPERGER/AAF ……19 - 21

9. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ASPERGER/AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO……..…….....21 - 24

10. CONCLUSIONES……...……...…….…….25

11. REFERENCIAS……...…26 y 27

1. RESUMEN

Este trabajo recoge una revisión teórica donde el objetivo es exponer el desarrollo y evolución del concepto del síndrome/trastorno de Asperger desde que se descubrió en 1944. En primer lugar se hace una aproximación general al trastorno en la actualidad, el cual se incluye dentro de los denominados "trastornos del espectro autista". En segundo lugar, se hace una revisión evolutiva del concepto desde el DSM-III-R hasta el DSM-V, a la que le siguen dos apartados en los que se exponen las insuficiencias de esta última y la alternativa que expone Achenbach a éste y al sistema categorial. En tercer lugar, se exponen las diferencias notables entre Asperger y Autismo de Alto Funcionamiento. A continuación se hace una relación de las posibles causas y por último se exponen los principales tratamientos para este síndrome. En las conclusiones se muestran las principales ideas de todos estos apartados y las valoraciones oportunas.

PALABRAS CLAVE: Revisión**,** Asperger, Espectro Autista, DSM, Autismo de Alto Funcionamiento.

ABSTRACT:

This work includes a theoretical review where the goal is to present the development and evolution of the concept of Asperger syndrome or disorder since it was discovered in 1944. First of all, a general approach to the disorder at present, which is included is made within of so-called "autism spectrum disorders". Secondly, an evolutionary revision of the concept is done from the DSM-III-R to DSM-V, which was followed by two sections in which the shortcomings of the latter are exposed and the alternative that exposes Achenbach to it and the categorical system. Thirdly, notable differences between Asperger and High Functioning Autism exposed. Below is a list of possible cause is made and finally the main treatments for this syndrome are discussed. In conclusion, the main ideas of all these sections and appropriate valuations shown.

KEYWORDS: Review, Asperger, Autism Spectrum, DSM, High Functioning Autism

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Asperger forma parte de un grupo de alteraciones denominadas trastornos del espectro autista, de tipo neurobiológico. Con "espectro autista" nos referimos a un grupo de trastornos del desarrollo en los que se incluyen tanto el autismo como otros de semejantes características. La expresión "trastornos del espectro" nos indica que la sintomatología puede darse en distintos planos y grados de severidad y se suelen usar expresiones de carácter general, como "autismo con bajo funcionamiento", "autismo con alto funcionamiento", "tendencias autistas" o "trastorno generalizado del desarrollo" para describir a las personas que se ubican dentro de este continuo.

Las personas con Asperger comparten bastantes síntomas con los que padecen un "autismo de alto funcionamiento". Los hombres son más proclives que las mujeres a tenerlo. Actualmente, se están detectando casos leves con más frecuencia, aumentando la incidencia. Es un síndrome difícil de diagnosticar y de tratar. Muchos niños se diagnostican después de haber cumplido 3 años y la mayoría de los afectados se diagnostican cuando tienen entre 5 y 9 años. Walter (2012).

3. UN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Hans Asperger, pediatra vienés, fue en 1944 el que describió por primera vez una serie de patrones comportamentales que había observado en pacientes, sobre todo hombres. Observó que a pesar de presentar inteligencia y desarrollo del lenguaje normales, tenían graves deficiencias en habilidades sociales, comunicación poco eficaz y problemas de coordinación.

Este síndrome se caracteriza por la presencia de interacciones sociales escasas, obsesiones, patrones del habla singulares y otras peculiaridades. A menudo, muestran pocas expresiones faciales, dificultades para leer el lenguaje corporal de los demás; llegándose a implicar en rutinas obsesivas y presentar sensibilidad inusual a estímulos sensoriales. Las personas que padecen este síndrome son capaces de funcionar adecuadamente en la vida cotidiana, pero tienden a ser inmaduras desde el punto de vista social, y son observados como personas excéntricas.

Entre las diferentes características del Asperger, se encuentran incluidos el retraso motor, la torpeza, intereses limitados y preocupaciones peculiares. Los adultos con este síndrome tienen problemas de empatía y continúan presentando dificultades en interacciones. El Asperger sigue un curso persistente durante toda la vida, aunque los síntomas pueden aparecer y desaparecer a lo largo del tiempo, siendo de gran utilidad la intervención precoz. Walter (2012).

4. EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ASPERGER RECOGIDO EN EL DSM

- DSM-III-R

En el DSM-III-R (1986), aún no se recogía información específica de este síndrome, y los criterios se incluían dentro del trastorno autista.

De los criterios para el diagnóstico del trastorno autista debían estar presentes ocho de los dieciséis ítems y dentro de los apartados A, B, C y D debía haber al menos dos, uno y uno respectivamente.

Criterio A: el deterioro cualitativo en la interacción social recíproca se manifiesta por los siguientes aspectos: 1) Se tiende a ignorar de forma persistente la existencia/sentimientos de los demás. 2) En períodos de estrés no hay búsqueda de apoyo. 3) Incapacidad imitativa. 4) Anomalías/ausencia de juegos sociales. 5) Déficit considerable en la capacidad para hacer amigos.

Criterio B: sería que debería existir un deterioro cualitativo en la comunicación verbal/no verbal, y en la actividad imaginativa como se manifiesta por la presencia de alguno de los siguientes ítems: 1) No hay ninguna forma de comunicación. 2) La comunicación no verbal es anómala en lo que concierne al contacto visual cara a cara/expresión, facial/postura, corporal/gestualidad, para iniciar/modular la interacción social (no Asperger). 3) Ausencia de actividad imaginativa/falta de interés en las historias imaginadas. 4) Anomalías graves en la producción del habla. 5) Anomalías graves en la forma/contenido del habla, incluyendo repeticiones y estereotipias (estos dos últimos no en Asperger), uso del pronombre ‘’tú’’ cuando resulta apropiado utilizar el pronombre ‘’yo’’, uso de palabras/frases peculiares, observaciones irrelevantes. 6) Deterioro importante en la capacidad para iniciar/mantener una conversación.

El criterio C sería tener un repertorio notablemente restringido de actividades e intereses, manifestado en los siguientes ítems: 1) Presencia de movimientos corporales estereotipados (no Asperger). 2) Preocupación excesiva por detalles/formas de distintos objetos. 3) Malestar importante ante cambios del entorno. 4) Insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión. 5) Restricción notable en el conjunto de intereses y preocupación excesiva por aspectos determinados. 6) Que el comienzo del trastorno se produce en la infancia/niñez, de ahí que deba darse.

- **DSM-IV-TR**

En el DSM-IV-TR (2000), se incluye el síndrome de Asperger como un trastorno específico dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

Esto lleva a que se haga un análisis profundo del síndrome. Se nombran como características esenciales; incapacidad grave y permanente para la interacción social (criterio A).

La presencia de pautas de conducta, intereses y actividades repetitivas y restringidas (criterio B). Puede causar insuficiencias clínicamente significativas en la vida social y laboral, así como en otras áreas (criterio C).

En contraste con el trastorno autista, no hay retrasos significativos ni alteraciones en la adquisición del lenguaje, aunque pueden estar afectados algunos aspectos más sutiles de la comunicación social. Por ejemplo; algunas palabras únicas sin ecolalia se usan comunicativamente hacia los dos años de edad y frases comunicativas espontáneas alrededor de los tres (criterio D). Durante los primeros tres años de vida, no existen retrasos clínicamente significativos en el desarrollo cognoscitivo (criterio E). Los criterios no se corresponden por completo con los de otro trastorno generalizado del desarrollo específico o de esquizofrenia (criterio F).

Dentro de estos criterios estarían los ítems que los compondrían los siguientes signos/síntomas; Criterio A: 1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales: contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social. 2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiadas al nivel del desarrollo del sujeto. 3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes/intereses/objetivos con otras personas. 4) Ausencia de reciprocidad social/emocional.

Criterio B: 1) Preocupación absorbente por uno/más patrones de intereses estereotipados y restrictivos que son anormales, ya sea por su intensidad/por su objetivo. 3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos. 4) Preocupación insistente por partes de objetos. El resto de criterios no contienen ítems.

En cuanto a los síntomas y trastornos asociados nos encontramos con que en el Asperger no se suele observar retraso mental, aunque se han detectado algunos casos con ligero déficit. Puede observarse alguna variabilidad en el funcionamiento cognoscitivo, siendo dotados en habilidades verbales.

También puede existir torpeza motora, que suele ser relativamente ligera; no obstante, puede contribuir al rechazo de los demás y al aislamiento social.

Son frecuentes los síntomas de hiperactividad/inatención y, muchos niños con este trastorno reciben el diagnóstico de TDAH antes que el de Asperger.

De los síntomas dependientes de la cultura/edad/sexo se puede observar que el cuadro clínico puede presentarse de modo diferente en distintas edades. La discapacidad social se hace más aparente según pasa el tiempo. Adolescentes con el síndrome, pueden aprender a usar áreas que les permitan compensar las de mayores déficits. Pueden ser victimizados por parte de los demás. Esto, sumado a los sentimientos de aislamiento social y una creciente capacidad de autoconciencia, puede contribuir al desarrollo de depresión y ansiedad en la etapa adolescente y en el inicio de la adultez. El síndrome se diagnostica frecuentemente en hombres.

El curso del Asperger es continuo y persistente a lo largo de la vida. Las buenas habilidades verbales pueden enmascarar la gravedad de la disfunción social del niño y también confundir a maestros o cuidadores, ya que observan más las buenas aptitudes verbales sin ser tan conscientes de los problemas en otras áreas. Las aptitudes verbales, que suelen ser relativamente normales en el niño pueden hacer que los profesores y los cuidadores atribuyan erróneamente sus dificultades de conducta a falta de voluntad/testarudez por su parte.

En la adolescencia, se puede ver incrementado el interés por el contacto social en la medida que aprenden a responder más adaptativamente a sus dificultades. Los individuos de mayor edad pueden mostrar interés en el establecimiento de amistades, pero no comprenden las convenciones de la interacción social y pueden establecer con más facilidad relaciones con individuos mucho mayores/menores.

El pronóstico es bueno, ya que los estudios sugieren que al llegar a la adultez, muchos individuos son capaces de obtener empleo y ser autosuficientes.

En el diagnóstico diferencial, el trastorno de Asperger debe diferenciarse de otros trastornos generalizados del desarrollo que se caracterizan por problemas en interacción social. Por definición, en el autismo aparecen anormalidades significativas en las áreas de interacción social, lenguaje y juegos, mientras que en Asperger no hay retrasos significativos precoces ni en habilidades comprensivas ni verbales.

También, en el autismo, los intereses y actividades estereotipados, repetitivos y restrictivos suelen caracterizarse por presentar manierismos de carácter motor, preocupación por las partes de los objetos, rituales y malestar frente a los cambios, mientras que en Asperger se manifiestan primariamente por la persecución de un interés hacia un tema concreto, a la recogida de información. Más adelante se especificará un apartado con las notables diferencias.

El trastorno de Rett se diferencia también del Asperger por su característica distribución ligada al sexo y el patrón de sus déficits. Sólo ha sido diagnosticado en mujeres. Se observa un patrón característico de desaceleración del crecimiento cefálico, pérdida de habilidades manuales con intenciones previamente adquiridas y aparición de movimientos deficientemente coordinados de la marcha/tronco. De igual forma, se asocia a importantes grados de retraso mental y a una grave afectación de la comunicación y lenguaje.

Asperger se diferencia del trastorno desintegrativo infantil en que presenta un patrón diferencial de regresión evolutiva tras un período de mínimo dos años de desarrollo normalizado. Los niños con este trastorno presentan importantes grados de retraso mental e insuficiencia del lenguaje. Por el contrario, en Asperger no aparece ningún patrón de regresión evolutiva y no hay retrasos significativos verbales/comprensivos.

Normalmente, la esquizofrenia de inicio infantil se presenta tras años de desarrollo completamente normal/casi normal, y en ella están presentes características típicas del trastorno, incluyendo alucinaciones, lenguaje desorganizado y delirios.

En el mutismo selectivo, el niño se acostumbra a expresar habilidades comunicativas apropiadas en ciertos contextos y sin que sufra ninguna alteración grave en interacción social, ni los patrones restringidos de comportamiento asociados al Asperger, que serían más locuaces.

En los trastornos expresivo y mixto del lenguaje receptivo-expresivo, existe alteración del lenguaje pero sin asociarse a una afectación de tipo cualitativa de la interacción social ni a patrones de comportamiento restrictivo, repetitivo y con estereotipia.

Algunas personas con Asperger pueden presentar conductas que sugieren un trastorno obsesivo-compulsivo, pero las preocupaciones y actividades dan lugar a un cierto placer/satisfacción aparente en Asperger, mientras que en TOC son causa de ansiedad. Aparte, el TOC no tiene asociación con el grado de dificultad en la interacción y comunicación social observada en Asperger.

Aún no se observa claridad en la relación Asperger y trastorno esquizoide de la personalidad. Las dificultades en el plano social presentadas en Asperger son más graves y más tempranas.

Algunas personas con Asperger pueden experimentar ansiedad excesiva e incapacitante en situaciones sociales, al igual que en la fobia social y en otros trastornos ansiosos, pero no se caracterizan por alteraciones generalizadas en el desarrollo social o los intereses ceñidos típicos del Asperger.

Se debe diferenciar de la torpeza social normal porque son bastante graves las deficiencias en las interacciones sociales y las preocupaciones resultan absorbentes, dificultando la normal adquisición de habilidades básicas, y de los entretenimientos/intereses normales propios de la edad.

- **DSM-V**

En el DSM-V (2013), el concepto de Asperger se incluye dentro del trastorno del espectro autista (TEA) como novedad, y éste a su vez pertenece a los trastornos del neurodesarrollo. Los criterios diagnósticos pasan a ser comunes entre todos los que componen el espectro autista (trastorno autista/Asperger/trastorno generalizado del desarrollo). También, como modificación respecto al DSM-IV-TR, se encuentra la inclusión dentro de cada criterio de la distinción específica del actual grado de gravedad del trastorno.

Al final de los cinco criterios establecidos se encuentra una nota aclaratoria en la que se incluye el nuevo nombramiento del TEA y donde se redacta que los pacientes con déficits notables en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de este trastorno, deben ser sometidos a evaluación para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Al pie de esta nota, se especifica si el trastorno se produce con/sin déficit intelectual acompañante, con/sin deterioro del lenguaje acompañante, asociado a una afección médica/genética, o a un factor ambiental conocido, a otro trastorno del neurodesarrollo/mental/del comportamiento o si se produce con catatonía.

En los procedimientos de registro, si se encuentra asociado a alguna de las especificaciones del pie de nota ante nombrada, se registrará el TEA como asociado al nombre de la afección.

La gravedad se registrará de acuerdo al grado de ayuda necesaria. Posteriormente, se hará constar la especificación del deterioro del lenguaje y si existe, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal. Por último, si existe catatonía, se reconocerá por separado: ‘‘catatonía asociada a TEA’’.

Los especificadores de gravedad pueden utilizarse para hacer una descripción consciente de la sintomatología actual, reconociendo que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar en el tiempo. Las categorías de gravedad descriptivas no se deberían utilizar para determinar la elección y la provisión de servicios; éstas sólo se pueden desarrollar a nivel individual y a través de discusión de lo que es prioritario y los objetivos personales.

Estos especificadores de gravedad se recogen en una tabla de 3x3, en la que varían los niveles de gravedad relacionándolos con la comunicación social y los comportamientos restringidos.

En cuanto al nivel de gravedad; el grado 1 (‘‘necesita ayuda’’), el grado 2: (‘‘necesita ayuda notable’’) y el grado 3 (‘‘necesita ayuda muy notable’’). En cuanto a la comunicación social; en el grado 1, muestra deficiencias importantes en la comunicación social sin ayuda, dificultad para comenzar interacciones sociales y respuestas atípicas/insatisfactorias a la apertura social. En el grado 2 muestra deficiencias notables en las aptitudes de comunicación verbal/no-verbal/social; problemas sociales claros aun con ayuda; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas anormales/reducidas a la hora de abrirse a otras personas. En el grado 3, las deficiencias son graves en todo lo nombrado anteriormente.

En cuanto a los comportamientos restringidos y repetitivos; en el grado 1, la inflexibilidad del comportamiento causa interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos, hay dificultad para alternar actividades y los problemas organizativos y planificativos dificultan la autonomía. En el grado 2, se observan las mismas conductas que en el 1 pero con mayor frecuencia y evidencia para el observador e interfieren en diversos contextos, y se añade que se produce ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción. En el grado 3, las conductas de los anteriores niveles interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos y hay intensidad mayor ante el cambio del foco de acción.

Las características diagnósticas se asemejan a las nombradas anteriormente. Por tanto, sólo cabe destacar una serie de características asociadas que apoyan el diagnóstico y que aparecen en esta última edición especificadas en este apartado; muchos de los pacientes con TEA también tienen un deterioro intelectual y/o del lenguaje, incluidos los que tienen una inteligencia normal/alta.

Existen deficiencias motoras: manera de caminar extraña junto a torpeza y otros signos motores que muestran anormalidad. Pueden producirse autolesiones. Algunos de ellos presentan un comportamiento motor parecido a la catatonía, pero sin alcanzar la magnitud de ésta.

La prevalencia del TEA ha llegado al 1% en EE UU y otros países, con estimación parecida en las muestras infantiles y adultas. Se desconoce si la razón de las tasas más altas radica en la expansión de los criterios diagnósticos del DSM-IV, un aumento de la conciencia del trastorno o real de la frecuencia o a las diferentes metodologías de estudio.

En el apartado desarrollo y curso, se explica que los síntomas comienzan normalmente desde el primer al segundo año de vida, pero se pueden observar antes del año si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los dos si la sintomatología es más sutil. Las características conductuales empiezan a tener evidencia en la primera infancia, presentando durante el primer año una clara falta de interés por la interacción.

Algunos de ellos, presentan paralización o regresión del desarrollo con deterioro gradual/rápido de los comportamientos sociales o uso del lenguaje durante los 2 primeros años de vida. Los primeros síntomas implican lo nombrado anteriormente sumado a patrones de juego extraños y de comunicación inusuales. Durante el segundo año, los comportamientos extraños, repetitivos y la ausencia de juego se hacen más evidentes.

Este trastorno no es degenerativo y es normal que el aprendizaje y la compensación continúen durante toda la vida.

Solo una minoría de personas con TEA vive y trabaja de forma de independiente en la edad adulta y tienen mayores capacidades a nivel lingüístico e intelectual, logrando encontrar un área que compagine sus especiales intereses y capacidades.

Algunos individuos consultan para un primer diagnóstico en la edad adulta, impulsados probablemente por el diagnóstico en un niño de la familia o un empeoramiento de las relaciones en el trabajo o en casa. En tales casos puede ser dificultosa la tarea de obtener una historia detallada del desarrollo y sería importante tener en cuenta las dificultades descritas por el propio paciente.

La observación clínica sugiere que si en la actualidad se cumplen los criterios, se puede diagnosticar el trastorno siempre que no haya pruebas de una buena capacidad social y de comunicación durante la infancia. Igualmente, la ausencia de información no sería motivo de exclusión para descartar el diagnóstico.

Las manifestaciones del deterioro a nivel social, comunicativo y los comportamientos restringidos y/o repetitivos que lo definen, son claros en el período en el que se produce el desarrollo. En etapas posteriores, la intervención y la compensación junto a los apoyos actuales, pueden enmascarar estas dificultades en algunos contextos.

Entre los factores pronósticos mejor establecidos para el resultado individual dentro del trastorno son la presencia/ausencia de una discapacidad intelectual asociada, el deterioro del lenguaje y los otros problemas de salud mental añadidos.

Por un lado, existen varios factores ambientales inespecíficos de riesgo que podrían contribuir al riesgo de presentar el trastorno. Por otro, existen factores genéticos y fisiológicos de riesgo. Más adelante se especificarán las posibles causas en otro apartado.

Entre los aspectos relacionados con la cultura se encuentra que aunque existen diferencias respecto a la normalidad de la interacción social, la comunicación no verbal y las relaciones, tienen una alteración marcadamente distinta de la normalidad dentro de su contexto natural. En relación al género, se diagnostica cuatro veces más en el sexo masculino.

Entre las consecuencias funcionales del trastorno, se puede observar que en los niños pequeños la falta de habilidades sociales y de comunicación puede impedir el aprendizaje a través de la interacción social. En casa, la insistencia en las rutinas y la aversión a los cambios, así como las sensibilidades sensoriales, pueden interferir con la acción de comer y dormir haciendo difíciles los cuidados rutinarios.

Las habilidades adaptativas están por debajo del CI medio y las dificultades extremas para planificar, organizar y enfrentarse a los cambios impactan de forma negativa en los logros académicos.

En el diagnóstico diferencial se vuelven a nombrar el Rett, mutismo selectivo y la esquizofrenia, pero aparte de éstos se añaden cuatro más: trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático), discapacidad intelectual sin TEA, trastorno de movimientos estereotipados y TDAH.

El trastorno del lenguaje específico no está asociado normalmente con una comunicación no verbal, ni con la presencia de patrones de comportamiento/intereses/actividades restringidas y repetitivas, por lo tanto, se cumplen los criterios.

El diagnóstico de discapacidad intelectual sería correcto si no hubiera discrepancia aparente entre el nivel de las capacidades sociales o comunicativas y el de las demás capacidades intelectuales.

El trastorno de movimientos estereotipados sería el diagnóstico adecuado cuando las estereotipias causan autolesiones y llegan a ser objetivo del tratamiento, aunque los dos diagnósticos podrían ser adecuados ya que las estereotipias motoras se incluyen dentro de las características del TEA.

Por último, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) debería considerarse como diagnóstico si las dificultades atencionales o la hiperactividad superan las que normalmente se observan en los individuos de edad mental comparable.

En cuanto a la comorbilidad, el TEA es asociado a deterioro intelectual y a alteraciones estructurales del lenguaje que se deberían registrar con los correspondientes especificadores en cada caso. Aproximadamente el 70% pueden tener un trastorno mental comórbido, y el 40% puede tener dos o más.

Cuando se cumplen los criterios del TDAH y del TEA, se deberían realizar los dos diagnósticos. Este principio es aplicable a los diagnósticos concurrentes del TEA: trastorno del desarrollo de la coordinación/trastorno de ansiedad/trastorno depresivo y otros diagnósticos comórbidos.

5. INSUFICIENCIAS DEL DSM-V

En el DSM-V, como en ediciones anteriores, se habla de trastornos mentales, no de enfermedades mentales. El concepto de enfermedad implica una etiología, sintomatología, curso y pronóstico, así como una determinada respuesta al tratamiento.

Sin embargo, aún no es posible definir los factores etiológicos ni los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de los cuadros clínicos.

Por esto mismo, se opta por limitarse a describir de la forma más detallada posible los criterios diagnósticos actualizados de los trastornos mentales para que puedan ser identificados por los terapeutas y ser comunicados a los profesionales con un lenguaje común.

En este sentido, el DSM-V y sus antecesores, son más un diccionario con descripciones que un manual de psicopatología. Pese a ello, el diagnóstico resultante del proceso de evaluación psicológica debe responder a qué es lo que requiere, por un lado, el análisis topográfico y el análisis funcional de la conducta. La etiquetación de los problemas del paciente es solo un paso más en el proceso.

Aun siendo el DSM el principal referente en la salud mental mundial, con los años y tras continuas revisiones, se ha empezado a cuestionar su validez, basada en un acuerdo más que en pruebas científicas. El DSM-V en el caso de los trastornos mentales presenta muchas limitaciones en la práctica clínica.

Pacientes con un mismo diagnóstico presentan perfiles sintomáticos muy variados, por lo que el establecimiento de un diagnóstico clínico no es siempre clarificador del tratamiento. La casi inexistencia de pacientes con un único diagnóstico puro (comorbilidad como norma, no como excepción), el recurso a los diagnósticos no especificados, que pueden ser los más frecuentes (entre otras áreas) en los TEA, o la falta de tratamientos específicos para muchas categorías diagnósticas revela las imprecisiones de este sistema clasificatorio (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010).

En último término, las insuficiencias del DSM-V derivan del modelo médico de enfermedad mental. El sufrimiento humano es resultado de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, implicando una evaluación y un tratamiento psicológico individualizado, fundamentado en las terapias psicológicas basadas en la evidencia (además del diagnóstico psiquiátrico). (Echeburúa et al., 2010).

6. ALTERNATIVA DE ACHENBACH AL DSM Y AL SISTEMA CATEGORIAL

Un problema de las clasificaciones del DSM que todavía se mantiene en la última edición, es que han de cumplirse una serie de criterios explícitos, pero no están especificados los procedimientos de evaluación que permiten determinar si una persona cuenta con las características para que se cumplan.

En la psicopatología infantil es difícil juzgar problemas conductuales-emocionales como presentes/ausentes, ya que varían con la edad, personas y situaciones. La evaluación suele exigir informes de personas que no son clínicos y esta información se ve afectada por situaciones en que se evalúa al niño y los distintos papeles de los informadores.

Achenbach, McConaughy y Howell (1987), realizaron un meta-análisis de estudios para determinar el nivel de coherencia entre diferentes informadores: padres, maestros, trabajadores de la salud mental, compañeros de clase, contenidos propios del evaluado y observación directa.

Los ejes de evaluación multiaxial se comprenden del I a V; donde I corresponde a informes de padres, II a informes de los maestros, III a evaluación cognitiva, IV a evaluación física y V a evaluación directa del niño. Los ejes I, II y V son relativos al funcionamiento conductual-emocional del niño.

Los informes tratan de poner de manifiesto cómo es visto el niño por cada informador. Para hacer idónea su capacidad de captar las características distintivas de cada caso, Achenbach y Edelbrock establecen que la evaluación debe adherirse a los siguientes principios psicométricos: 1, debe utilizar procedimientos estandarizados. 2, deben utilizarse múltiples ítems para analizar cada aspecto del funcionamiento. 3, los ítems deben agruparse a fin de suministrar puntuaciones cuantitativas de cada aspecto. 4, las puntuaciones deben normalizarse para indicar cómo se compara un individuo con los grupos de referencia.

5, en variables supuestamente relacionadas con el desarrollo, los grupos de referencia normativos deben constituirse según la edad u otros índices del desarrollo. 6, los procedimientos de evaluación deben ser fiables y válidos, aunque varíen los índices de fiabilidad/validez.

Esta clasificación opta por prototipos en lugar de categorías diagnósticas. Esto ayudaría a la hora de diagnosticar el Asperger/TEA con mayor fiabilidad y validez que atendiendo solo a los criterios explícitos del DSM, ya que cada caso es único y es necesario que se recojan todos los datos posibles del entorno del niño.

7. DIFERENCIAS NOTABLES ENTRE SÍNDROME DE ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO

Los especialistas en trastornos generalizados del desarrollo no han alcanzado todavía un consenso sobre la existencia de diferencias entre el Asperger y el autismo de alto funcionamiento (AAF).

Gillberg and Ehlers (1998), identificaron 4 áreas principales donde existía la controversia sobre la diferencia del diagnóstico; en el nivel del funcionamiento cognoscitivo, en destrezas motoras, en el desarrollo del lenguaje y en edad de comienzo.

En el nivel del funcionamiento cognoscitivo, la visión de que el Asperger es autismo sin ninguna incapacidad del aprendizaje adicional es bastante útil desde la visión del diagnóstico para justamente hacer una distinción en estas circunstancias.

Sin embargo, Hans Asperger señala circunstancias inusuales donde una persona puede presentar el síndrome con problemas de aprendizaje. Es ampliamente reconocido que un AAF no puede ocurrir en alguien con un CI por debajo de 65-70.

En destrezas motoras, se experimentan dificultades en la coordinación y control. Sin embargo, solo algunos con AAF también tienen dificultades en esas áreas.

En cuanto al desarrollo del Lenguaje es este área la que probablemente causa la gran controversia. Tanto CIE-10 como DSM-IV-TR, establecen que para diagnosticar el Asperger, el desarrollo del lenguaje debe ser normal. Niños con AAF pueden tener un retraso del lenguaje significativo. Pese a esto, las descripciones originales del trastorno establecen que las peculiaridades del habla y lenguaje son un rasgo principal del Asperger.

Por último, un diagnóstico de AAF y uno de trastorno de Asperger puede ser hecho en un mismo individuo en diferentes etapas de desarrollo. En ocasiones, un niño diagnosticado con un AAF en la infancia, luego ha cambiado Asperger cuando comenzó en la escuela.

8. POSIBLES CAUSAS DEL SÍNDROME DE ASPERGER/AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO

Hans Asperger sostuvo en su momento y de manera firme que el trastorno tenía una causa neurobiológica, ya que observó un amago o sombra del síndrome en los padres, proponiendo que era hereditario. Sin embargo, pronto se plantearon teorías psicológicas de su origen y muchos de los tratamientos iniciales tenían una orientación psicodinámica.

Kanner (1944, citado en García-Medina; 2015), con el innatismo, logró estimular la investigación biológica desde el momento en que se descubrió. Rimland (1964) defendió que una deficiencia de oxígeno al nacer podría ser la causa, y que una aportación vitamínica podría restaurar los daños sufridos en la formación reticular. Ferster (1967, citado en Manual de Psicopatología Evolutiva), proporcionaba una explicación totalmente ambientalista afirmando que eran fruto de la falta de refuerzo diferencial a las conductas de interacción y de comunicación.

La psicología freudiana (citado en García y Jorreto; 2005) postuló que surgía porque no se establecían lazos afectivos normales entre padres e hijos, lo que detenía el progreso psicológico. Actualmente, sabemos que su causa no guarda ninguna relación con una mala crianza del niño ni se debe a un traumatismo físico ni a trauma psicológico.

Folstein y Rutter (1977), encontraron concordancia en leves retrasos cognitivos y mermas en el desarrollo del lenguaje. Lo cual sugirió que podría ser la forma más grave de un continuo de trastornos de lenguaje y cognitivos heredados.

Rimland (1965, citado en García y Jorreto; 2005), publicó evidencias sobre un origen biológico. Desde entonces se ha seguido buscando el posible elemento desencadenante.

Muchos padres de niños con Asperger/TEA creen que existe relación entre las vacunaciones de la infancia y el origen del trastorno. Pero, una asociación temporal no implica que exista una relación. El que los síntomas aparezcan en la misma edad que se recibe esta vacuna es mera coincidencia.

Otra hipótesis planteada sobre la etiología es que podrían estar causados por un envenenamiento, por la llegada al cerebro de productos tóxicos.

Otro posible sospechoso ha sido el mercurio. Sin embargo, las características del envenenamiento tampoco coinciden con las del TEA. No se han encontrado datos que indiquen una mayor cantidad en muestras biológicas de pacientes con este trastorno.

Otros estudios han relacionado problemas de conducta con contaminación por otros metales o exposición a alcohol sin evidencias concluyentes de esta relación (causa-efecto).

Las investigaciones más recientes han establecido que se debe a una disfunción de estructuras y sistemas concretos del cerebro. El sistema de circuitos neuronales e interconexiones entre neuronas está establecido de una manera distinta, pero no es defectuoso. Han concluido que la función cerebral coincide con el perfil psicológico de las aptitudes en el razonamiento social/empatía/comunicación y cognición. Es probable que entre las causas se encuentren factores genéticos. Alrededor del 20% de los padres y 5% de las madres de un niño con síndrome de Asperger también se detecta. Casi el 50% de los familiares en primer grado de un Asperger presenta características bastante similares. Cuando se examinan los familiares en segundo y tercer grado, más de dos tercios de los que tienen el síndrome tienen un familiar con un tipo similar de aptitudes.

Lorna Wing (1981, citado en Attwood, T.; 2006), observó que algunos de sus casos tenían antecedentes de problemas prenatales, perinatales y puerperales, que podrían haber provocado una disfunción cerebral. Estudios posteriores confirmaron su observación. Se han identificado complicaciones del 31% en los niños diagnosticados, y en el período cerca o en el parto del 60%. Pese a ello, no se ha identificado de forma sistemática una complicación en concreto durante el embarazo o el parto que esté asociada con el desarrollo posterior de los signos del síndrome.

Se observa una mayor incidencia en bebés cuyo desarrollo gestacional no ha sido normal. De igual forma, se observa un mayor número de niños con el síndrome de lo que sería de esperar que nacieron prematuros/posmaduros. Es posible que los factores que afectan al desarrollo del cerebro durante el embarazo y parto puedan afectar al cerebro social, contribuyendo al desarrollo del Asperger/TEA.

Actualmente, se piensa que la causa del autismo es un proceso poligénico complejo que actúa como desencadenante. Este posible agente inductor permanece sin identificar. Por ello, no podemos afirmar con certeza su causa específica.

9. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ASPERGER/AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO.

El Asperger puede cursar con patrones de comportamiento y problemas muy diferentes, no existiendo ninguna pauta de tratamiento que sea la más común.

Según cuáles sean sus puntos fuertes y débiles (o de sus antecedentes evolutivos), los niños con Asperger se pueden beneficiar de los siguientes tratamientos: información y entrenamiento para los padres, intervención educacional especializada para el niño, entrenamiento en habilidades sociales, terapia del lenguaje, entrenamiento en integración sensorial para los niños más pequeños, psicoterapia o terapia cognitivo-conductual para los niños mayores y por último, medicación.

Los padres o cuidadores deben involucrarse en su tratamiento ya que los profesionales de la salud que atienden a los pacientes deben estar informados de lo que hacen los demás: profesores/cuidadores/otros miembros de la familia/amigos.

La psicoterapia fomentará las conversaciones-reflexiones consigo mismo. En ella, se analiza el juego del niño para examinar sus pensamientos internos. El juego natural de un niño con Asperger es una representación precisa de una escena de alguno de sus cuentos favoritos, y cuando se usan los tests proyectivos, es más probable que el niño con Asperger proporcione información sobre hechos que proyecciones de sí mismos.

Niños y adultos obtendrán beneficios, pero el tratamiento ha de basarse en particular en la capacidad de estas personas para entender y comunicar sus pensamientos/sentimientos, y el concepto del yo desde el punto de vista de su autoimagen/autoestima/autoaceptación.

El terapeuta ha de comprender el perfil lingüístico asociado, con dificultades de los aspectos pragmáticos del lenguaje, por lo que respecta a saber esperar su turno para hablar y saber cómo y cuándo interrumpir una conversación, y así mismo, entender la tendencia de estas personas a interpretar literalmente lo que se les dice.

Otra estrategia que puede proporcionar notable comprensión del mundo interior de los Asperger es el uso del dibujo o la música como medio de expresión.

Se trabaja también con el concepto del yo porque pueden ser sumamente autocríticos, pero la imagen personal negativa disminuirá practicando actividades sobre cualidades/atributos propios, en la que también se reúne a la familia de forma grupal junto al terapeuta.

El tratamiento lo ayudará a formarse un concepto de sí mismo realista y esto, junto a directrices sobre las aptitudes de la teoría de la mente, lo ayudarán a entender de un modo más objetivo las intenciones de los otros.

Se realizan actividades terapéuticas dirigidas a la identidad personal, como la búsqueda y consolidación de la misma, usar actividades que se basen en semiproyecciones, como completar frases y por último, establecer un vocabulario y una comprensión de la caracterización y la personalidad. Con adolescentes se usan juegos electrónicos para examinar los distintos tipos de personalidad, creando un personaje que muestre su propia personalidad y aptitud. Con adultos se ayudará la lectura de biografías de hombres y mujeres con el trastorno para identificarse con experiencias, pensamientos y emociones parecidas. Una opción en la psicoterapia a largo plazo es que el paciente escriba su propia autobiografía. (Attwood, 2006).

El tratamiento psicológico de la terapia cognitivo-conductual ha mostrado que es eficaz para cambiar el modo de pensar y para aprender a responder a emociones como la ansiedad, tristeza y cólera. Tiene una aplicación directa en los pacientes con este síndrome, que tienen alterada/retrasada la adquisición de las habilidades de la teoría de la mente y varias dificultades para expresar/entender/controlar las emociones.

Esta terapia tiene varios componentes o estadios:

1. Evaluación de la naturaleza y el grado de trastorno emocional mediante escalas de autoevaluación y entrevista clínica.

2. Educación afectiva para aumentar el conocimiento de las emociones, donde la persona aprende las ventajas y desventajas, así como a identificar grados de expresión en palabras y en acciones, para sí mismo y para los otros.

3. Terapia de reestructuración de conceptos distorsionados y pensamientos disfuncionales y abordaje constructivo-emocional. Se lleva a cabo con conversaciones mediante cómics, la caja de herramientas emocionales, herramientas de relajación, para pensar y relacionadas con sus aficiones especiales e instrumentos sociales.

4. Plan de actividades para practicar las nuevas habilidades cognitivas de control adquiridas de las emociones en situaciones reales.

Por último, el tratamiento farmacológico se administra para controlar las emociones. En caso de que la persona muestre signos claros de trastorno emocional, se recomienda un medicamento para controlarlo. El valor de los fármacos ha sido confirmado por la experiencia clínica en el tratamiento de la cólera/depresión y ansiedad de las personas con Asperger. Se desconocen resultados longitudinales sobre los efectos de los fármacos psicotrópicos en niños, pero se dispone de pruebas de que en dosis bajas la administración es beneficiosa.

10. CONCLUSIONES

El síndrome de Asperger ha sufrido desde que fue descubierto una serie de cambios en cuanto al concepto. No fue descrito como síndrome independiente del trastorno autista hasta que apareció en el DSM-IV-TR. Más adelante, perdería en la última versión del DSM su estatus como trastorno independiente y pasaría a formar parte del espectro autista, compartiendo criterios con el Autismo de Alto Funcionamiento.

Este cambio ha recibido duras críticas. No solo por el espectro autista sino por otras insuficiencias detectadas en el DSM-V, ya que como se observa en uno de los apartados, hay notables diferencias entre las personas con Asperger y cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo, incluido el autismo. Es por esto que se asume que el elemento clasificatorio de este manual es cambiante, con poca validez y baja fiabilidad, junto a los puntos de vista teóricos, y no por consecuencias empíricamente contrastadas.

Se propone una alternativa al sistema categorial por parte de Achenbach, en el que para el diagnóstico de este trastorno se incluirían informes de padres, maestros, evaluación cognitiva, física y directa del niño.

Se concluye también que a pesar de que existen varias hipótesis sobre las causas del síndrome, aún no hay estudios concluyentes, pero es probable que puedan intervenir muchos factores para su aparición: neurobiológicos, genéticos o poligénicos. De igual forma, es improbable que influyan déficits en los lazos afectivos de padres, o agentes tóxicos.

Por último, se acepta el tratamiento clínico psicoterapéutico y la terapia cognitivo-conductual para la regulación del síndrome. También en dosis bajas, los medicamentos antidepresivos pueden tener un efecto beneficioso sobre el paciente.

11. REFERENCIAS

Achenbach, T. M. y Edelbrock (1989). Taxonomic Issues in Child Psychopathology. En Ollendick, T. H. y Hersen, M. (Eds.), *Handbook of Child Psychopathology* (pp.75- 93).

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). *Childs/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of Cross-informant correlations for situational specificity.* Psychological Bulletin, (vol 101, 213-232).

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). *Empirically-based assesment of child and adolescent psychopathology: Practical applications.* Newbury Park, CA: Sage.

Attwood, T. (2006). *Guía del Síndrome de Asperger*. (Bibliana Lienas Massot, trad.). Barcelona: Paidós, D.L. 2009.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (3ª Ed. revisada). (DSM-III-R). Washington, D.C., American Psychiatric Association (Trad. Cast. Barcelona: Masson, 1988).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (4ª Ed. revisada). (DSM-IV-R). Washington, D.C., American Psychiatric Association (Trad. Cast. En Barcelona: Masson, 2001).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (5ª Ed.). (DSM-V). Washington, D.C., American Psychiatric Association (Trad. Cast. En Barcelona, Masson: 2013).

Creak, M. (1963). Childhood psicosis: A review of 100 cases. *British Journal of Psychiatry, 109,* 84-89.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Cruz-Saéz, M. (2014). *Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica*. Terapia psicológica (Vol. 32, nº1, pp 65-74). Sociedad Chilena de psicología clínica.

Folstein, S. y Rutter, M. (1977): "Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs", Journal of Chirld Psychology and Psychiatry, 18, 297 - 321.

García-Medina, P. (2015). *Manual de Apuntes de Psicopatología Evolutiva*. (Sin publicar). Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, La Laguna.

García Vargas, E., & Jorreto Lloves, R. (Junio, 2005). Síndrome de Asperger: un enfoque multidisciplinar. En E. García Vargas (Coord.), *Actas de la 1ª jornada científico-sanitaria sobre síndrome de Asperger*. Simposio dirigido por Asociación Asperger Andalucía, Sevilla.

Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia, autistic and shymbiotic infantile psychoses. *Pshychonalytic Study of the Child*, 7, 286-305.

Rank, B. (1955). Intensive study and treatment of preschool children who show marked personality deviations, or ‘’atypical development’’, and their parents. En G. Caplan (Ed.), *Emotional problems of early childhood.* Nueva York: Basic Books.

Rimland, B (1964). *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rutter, M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 2, 315-337.

Walter, R. S. (2012). Kidshealth. Recuperado de www.kidshealth.org/es/parents/asperger-esp.html?WT.ac=pairedLink#