

B. Martínez  
M. D. Domínguez  
R. Mateos  
M. J. Alonso

## El Síndrome de Asperger, una variante del espectro autista

### *Asperger's syndrome, a variant of the autistic spectrum*

**Correspondencia:**

B. Martínez Alonso  
Hospital Provincial de Pontevedra (Servicio de Psiquiatría).  
C/ Dr. Loureiro Crespo, 2  
36001 Pontevedra

#### RESUMEN

En los últimos años parece afianzarse más la hipótesis de que el Síndrome de Asperger y el Autismo Infantil representan condiciones clínicas de un mismo desorden y formando parte ambos trastornos de una condición más amplia que sería el Espectro Autista. En este estudio se ha pretendido desde la actividad clínica y a través de la comparación de dos grupos de niños con ambos trastornos, aproximarnos a aquellos rasgos clínicos que los unifican y a aquellos que podrían constituir la diferenciación.

#### PALABRAS CLAVE

Síndrome de Asperger; Autismo; Espectro Autista.

#### ABSTRACT

*In the last years, the hypothesis that the Asperger's syndrome and the Childhood Autism represent clinical conditions of the same disorder, being both included in a wider condition: the Autistic Spectrum, has greatly developed. We have tried with this study, by means of the clinical activity and the comparison of two groups of children with both disorders, to approach to those clinical*

*features that unite them and also to those which may reveal their differences..*

#### KEY WORDS

*Asperger's Syndrome; Autism; Autistic Spectrum*

#### INTRODUCCIÓN

A pesar de la actual inclusión del Síndrome de Asperger (SA), en las clasificaciones diagnósticas (CIE-10, DSM-IV), no se trata de un trastorno reciente. Hans Asperger fue quien describió el cuadro clínico al que denominó Psicopatía Autística, en Viena en 1944<sup>1</sup>. Al intentar abordar el Síndrome de Asperger, ya desde sus orígenes, nos encontramos con el Autismo (A), descrito un año antes en 1943 por Leo Kanner, en su publicación sobre el Autismo Infantil Precoz. Ambos trabajos contenían detalladas descripciones de casos y constituían las primeras referencias del trastorno<sup>2</sup>.

Probablemente Kanner y Asperger desconocieron sus trabajos respectivos<sup>3</sup>. Ellos describieron casos de niños que tenían en común algunas características, esencialmente eran incapaces de mantener relaciones afectivas normales y a diferencia de la esquizofrenia de Bleuler, el

214 trastorno parecía producirse desde el principio de la vida. Tanto Kanner como Asperger pensaban que, desde el nacimiento se producía un trastorno fundamental que daría lugar a una constelación de problemas muy característicos. Desde este comienzo prácticamente unitario, el Autismo y el Síndrome de Asperger, parecen haber seguido caminos distintos. Como señala Uta Frith<sup>1,2</sup>, se desarrolló la idea de que Asperger describió niños de un tipo completamente distintos, que no podían confundirse con los descritos por Kanner. Lo anterior pierde fundamento cuando se comprueban los artículos originales; la definición de lo que llamó Asperger "psicopatía autística", era mucho más amplia que el "autismo" de Kanner. Asperger incluía en su trabajo niños con un grado de afectación variable, desde casos con unas severas lesiones orgánicas a otros en que la afectación era mucho menor. Ambos señalaron la peculiaridades de la comunicación y la dificultades de adaptación de los niños autistas, la presencia de movimientos estereotipados y la existencia de parcelas intelectuales con una alta capacidad.

Como hacíamos referencia, el artículo de Asperger ha permanecido en un segundo plano, frente al de su contemporáneo Kanner y es en las recientes clasificaciones donde se le concedió reconocimiento oficial. En la CIE-10<sup>4</sup>, el síndrome de Asperger es descrito como:

"Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de deterioro de la interacción social que tipifica el autismo, junto con un repertorio de actividades e intereses restringidos, estereotipados y repetitivos". Difiere del Autismo primario en el hecho de que no hay un retardo en el desarrollo cognitivo o en el lenguaje. La mayor parte de los individuos son de inteligencia general normal, pero es común en ellos ser marcadamente torpes. Este trastorno sucede predominantemente en varones (8:1). La CIE-10 cuestiona la diferencia con formas leves de Autismo, señalando que parece probable que algunos casos representen variedades moderadas de autismo". En el DSM-IV se registra como Trastorno de Asperger con unos criterios similares a la ICD-10.

En la actualidad tiende a utilizarse el término Síndrome de Asperger, para designar aquellos trastornos autistas más leves, con un buen desarrollo del lenguaje y buenas capacidades intelectuales, considerándolo como una variante suave del autismo<sup>1,2,5,6,7,8</sup>. El trastorno autista/autismo infantil se emplearía en aquellos niños que presentan la constelación de rasgos que describió Kanner en 1943.

A pesar que las similitudes y diferencias entre ambos trastornos todavía no están claramente estable-

cidas comparados con las personas autistas, los individuos con SA pueden mantener una relación social en cierto modo mejor y serían aparentemente más verbales. Ambos compartirían los mismos déficits tanto en percepción y expresión emocional como en el funcionamiento ejecutivo (planing, memoria de trabajo y flexividad cognitiva). Se han realizado distintos estudios<sup>7,9,10,11</sup> comparativos entre el SA y lo que se ha conceptualizado como autismo de alto funcionamiento (high-functioning Autism), no encontrándose diferencias sólidas entre ambos cuadros.

El debate sobre la continuidad del síndrome de Asperger con el Autismo Infantil sigue planteándose, incluso dentro de ese continuo se han apuntado áreas de contacto entre el Autismo y otro tipo de trastornos que formarían parte de lo que se ha denominado el Espectro Autista<sup>12</sup>. El concepto de Espectro Autista incluiría un conjunto de trastornos que abarcaría desde el autismo clásico con un mayor grado de afectación a otros trastornos generalizados del desarrollo como los cuadros considerados como condiciones autísticas-like o variantes leves entre las que se encontraría el Síndrome de Asperger, e incluso a otros grupos en los que el desarrollo estuviese afectado por diversas causas pero que presentasen los rasgos del espectro.

Lorna Wing<sup>12,13,14</sup>, ha diferenciado cuatro dimensiones principales de afectación del espectro Autista (trastornos de las capacidades de reconocimiento/interacción social, trastornos en las capacidades de comunicación social, trastornos en las destrezas de imaginación y comprensión social y patrones repetitivos de actividad).

Diversos trabajos<sup>15,16,17,18,19</sup> en relación a los posibles subgrupos que pueden establecerse en el Autismo, han señalado la dificultad de establecer una clasificación del autismo de Kanner y las otras variantes incluyendo algunos de los casos del Síndrome de Asperger. Al respecto se ha indicado<sup>13</sup> que el propósito no debería ser agrandar la clasificación, sino separar subgrupos de la categoría más amplia, para así incrementar la fiabilidad diagnóstica.

En el presente trabajo, hemos tomado como base de nuestras cuestiones los artículos aportados por Wing<sup>12,13,14</sup>, en estos se realiza una revisión y descripción clínica precisa del trastorno, que coincidía con la sintomatología encontrada por nosotros en los niños que fueron diagnosticados como Síndrome de Asperger. Wing utiliza el término "inapropiado" con frecuencia a lo largo de la descripción sintomatológica y de forma especial en el apartado que hace referencia al diagnóstico diferencial con el Autismo Infantil. Para él, "las variaciones existen-

tes entre ambos trastornos podrían explicarse en base a la severidad de los daños" y así "el niño autista, al menos de joven es reservado e indiferente hacia los otros, mientras que el niño con el Síndrome de Asperger es pasivo o realiza acercamientos unilaterales inapropiados. El primero es mudo o tiene un lenguaje retrasado o anormal, mientras que el último aprende a hablar con buena gramática y vocabulario..., pero el contenido de su habla es inapropiado para el contexto social y tiene problemas para comprender significados complejos...En el Autismo, en los primeros años podría no haber el uso de los gestos para la comunicación. En el Síndrome de Asperger tiende a haber un uso inapropiado de los gestos que acompañan al habla...". Parece extraerse de sus descripciones y en un afán de una mayor precisión diagnóstica que "lo anormal, la ausencia, el retraso" sería más propio del Autismo Infantil y que "lo inadecuado, lo inapropiado, lo peculiar" primaría en el Síndrome de Asperger. Wing a su vez, también se sitúa en el marco teórico del Espectro Autista, al plantear la hipótesis de que los niños que presentaban la tríada de alteraciones (deterioro de la interacción social, de la comunicación y de la imaginación), formasen parte de un continuo, y compartan entre ellos una misma añormalidad subyacente.

Partiendo de la revisión realizada y teniendo en cuenta la sintomatología de ambos trastornos (SA y A), hemos intentado aproximarnos desde la actividad clínica, a los rasgos que los unifican y a aquellos que podrían constituir la diferenciación, dentro del campo teórico que supone el Espectro Autista del que ambos cuadros formarían parte con distintos grados de afectación. El diagnóstico en ambos casos se basa en la conducta y de lo que de ella se infiere, por lo que será a través de la observación y análisis de esta, en lo que basaremos la obtención de los distintos grados de afectación de ambas condiciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En lo referente a la evaluación del Autismo y esencialmente en cuanto al SA, nos hemos encontrado con serias dificultades, desde la falta de orientaciones o recomendaciones que gocen del consenso general respecto a qué se entiende por Autismo y SA, su naturaleza clínica, la descripción de la sintomatología, hasta los criterios de inclusión/exclusión para formalizar la evaluación y establecer un diagnóstico certero. Añadiendo a lo anterior, la escasez de instrumentos de medición<sup>20,21,22</sup> hemos elaborado un instrumento que nos permitiese una valoración de ambos trastornos y poder llevar a cabo el presente estudio.

## Material

La muestra estará constituida por dos grupos de niños (5 niños en cada uno), en edad escolar (edades comprendidas entre 5 y 16 años), que presentan Trastornos Generalizados del Desarrollo (CIE-10, F80-89) en dos de sus apartados: Autismo Infantil (F84.0) y de de Asperger (F84.2).

Justificado por el tema que se sometía a investigación, se seleccionó del conjunto de niños Autistas, aquellos que presentaban un mayor nivel de funcionamiento, considerando áreas como: Capacidad intelectual (retraso mental leve o moderado), Comunicación e Interacción Social.

## Método: Observación, Entrevista Semiestructurada/Propuesta de Escala.

Se realizó una observación, recogida de datos y evaluación ligadas a la entrevista que se mantuvo con todos los niños que formaron parte del trabajo. En la revisión realizada sobre los instrumentos escalares y observacionales utilizados para la valoración del autismo infantil, no encontramos dentro de nuestra revisión ningún instrumento de valoración para el Sde de Asperger, salvo el cuestionario de screening utilizado por Gillberg<sup>20</sup>. La necesidad de disponer de un instrumento de valoración, nos llevó a la elección de la Propuesta de Escala Integrada de Valoración del Autismo Infantil-EIVA<sup>23</sup>, en ella se ha pretendido integrar las escalas precedentes más utilizadas internacionalmente (BSE y CARS<sup>21,22</sup>) y los criterios diagnósticos de Autismo Infantil de la clasificación CIE-10. El objetivo ha sido disponer de una escala, que abarcara la edad escolar, así como basada en la CIE-10 que es la clasificación usada oficialmente en los servicios de la red pública de nuestro país y por lo tanto en nuestro medio. Dado que el objetivo de nuestro estudio no era el Autismo Infantil sino la entidad clínica diagnóstica recientemente incluida en las clasificaciones como Sde de Asperger hemos modificado la EIVA, añadiendo a la misma items presentes en este síndrome. Algunos de ellos incluidos en base a la clasificación diagnóstica actual CIE-10 y otros recogidos a partir de las descripciones que los diversos autores<sup>1,8,12-14</sup> han realizado sobre el Síndrome de Asperger. Se han excluido de la EIVA aquellos items claramente considerados tanto por las clasificaciones diagnósticas como por la literatura propios del Autismo Infantil y su mayor gravedad y no representativos en el Sde de Asperger, así como aquellos

216 que estaban justificados en un estudio detallado del Autismo Infantil (en este caso hemos unificado algunos de los ítems). Hemos intentado obtener un conjunto de ítems que permitieran ofrecer un perfil del Sde de Asperger frente al Autismo Infantil, teniendo en cuenta dos factores:

- Parte de los ítems estarían en ambos trastornos aunque en base a la puntuación utilizada, nos permitiría una medición más precisa de los trastornos y nos ofrecerían niveles de gravedad entre ambos grupos.

- Un grupo de ítems, no están recogidos en la clasificación diagnóstica CIE-10 formando parte de algunas de las categorías presentes en el Sde de Asperger, aunque como señalamos en la introducción, pensamos que sí deben ser considerados en el diagnóstico.

Utilizamos una entrevista semiestructurada que permitiera la observación y recogida de forma detallada de información sobre los signos y síntomas que presentan ambos trastornos y agrupándolos en tres áreas:

**a) Interacción, Comportamiento y Psicomotricidad:**

Este área incluye la sintomatología relativa a conductas de interacción social, estilos de comportamiento ante personas, objetos y situaciones, tanto conocidas como nuevas, atención y conductas de imitación, nivel de actividad, inquietud y agitación, comportamiento postural, la marcha y estereotipias motoras.

**b) Lenguaje, Comunicación y Funcionamiento Sensorial:**

Este área incluye la sintomatología referente a lenguaje formal, motivación y uso social del habla; estímulos de comunicación paraverbal y verbal, actividad sensorial propioceptiva y con el entorno.

**c) Afectividad:**

Este área incluye la sintomatología relativa a auto y heteroagresividad, psicopatología de la afectividad, trastornos alimentarios y funcionamiento intelectual.

La entrevista será realizada por dos profesionales, uno de ellos, el que atiende cotidianamente al niño será el que realiza la exploración de las diversas áreas y el que proponga las situaciones estímulo; otro registrará sus respuestas y conducta. El primer profesional revisará una vez finalizadas las puntuaciones anotadas y cumplimentará los apartados de "Impresión general" y "observaciones". La observación estará establecida por la exploración de las distintas áreas recogidas en los ítems que forman parte de la escala y se desarrollará a lo largo de cua-

tro sesiones. En algún caso los ítems dado el marco de la observación, podrán ser complementados por la información suministrada por los familiares y/o cuidadores.

**PROPUESTA DE LA ESCALA**

*Integración, Comportamiento y Psicomotricidad.*

- 1.- Busca el aislamiento.
- 2.- Ignora a los otros.
- 3.- Interacción social pobre.
- 4.- Interacción social inapropiada.
- 5.- Relación inapropiada con los objetos inanimados/juego.
- 6.- Atención anómala.
- 7.- Intolerancia al cambio y a la frustración.
- 8.- Actividad estereotipada
- 9.- Mímica, postura y marcha extrañas.

*Lenguaje, Comunicación y Funcionamiento Sensorial.*

- 10.- No intenta comunicarse voz y/o la palabra.
- 11.- Uso inadecuado de la expresión verbal.
- 12.- Dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual.
- 13.- Inadecuada expresión facial y gestual.
- 14.- Dificultad de comprensión verbal/no verbal.
- 15.- Estereotipias verbales; ecolalia.
- 16.- Prosodia inadecuada.
- 17.- Mirada inadecuada.
- 18.- Expresión/interpretación inadecuada de las emociones.
- 19.- Respuestas anómalas a estímulos auditivos o proximales.

*Afectividad.*

- 20.- Autoagresividad.
- 21.- Heteroagresividad.
- 22.- Pequeños signos de angustia.
- 23.- Perturbaciones del humor.
- 24.- Funcionamiento intelectual disarmónico.

Impresión general: Se considerarán aquí el conjunto de informaciones recogidas de otras fuentes como son la Historia clínica, padres, educadores, etc. Se hará referencia al funcionamiento intelectual en base a las capacidades de autonomía, comportamiento adaptativo y curiosidad por el entorno y en relación con la edad.

Observaciones: Se considerarán aquellos datos de interés durante la el pase de la escala que no se incluyen en ninguno de los apartados anteriores.

Puntuación de los ítems: La EIVA, toma el criterio de puntuación de la BSE, este parte de un comportamiento específico que puede darse de "nunca" a "siempre", y no de una conducta general, cuya manifestación puede ser de "normal" a "severamente anormal". Como señalan los



autores<sup>27</sup> esto permitirá una medición más precisa de los trastornos, se aportarán puntuaciones del comportamiento que posibilitan realizar inferencias de niveles de gravedad en ambos grupos. En nuestro trabajo los valores de las puntuaciones son:

*Nunca*: 1; *Algunas veces*: 2 (sólo ocasionalmente se constata). En menos de 2 sesiones; *A menudo/Siempre*: 3. Durante la observación es habitual constatarlo. En más de 2 sesiones.

Descripción de los ítems: De los 23 ítems incluidos en la escala EIVA, hemos seleccionado en base a lo anteriormente expuesto 20 ítems de los cuales tres de ellos han sido unificados (ítems 16, 17 y 22 de la EIVA en el 19 de nuestra escala). Hemos incluido 6 nuevos ítems (4;11;13;14;16;18), recogidos de las descripciones clínicas del Sde de Asperger con el calificativo *inadecuado o inapropiado*. El resultado final lo constituyen por tanto 24 ítems, divididos en las tres áreas de afectación.

## RESULTADOS

El grupo con Síndrome de Asperger, lo constituyen 5 niños con una edad comprendida entre los 9 y los 14 años, sexo: 4:1. Escolarizados en distintos centros (ninguno de educación especial), sin presentar retraso escolar y con un nivel intelectual dentro de la normalidad. El inicio de la sintomatología, referida por los padres se sitúa en los cinco primeros años. En todos los casos, la consulta en la Unidad de Salud Mental Infantil, se realiza después de acudir a otros dispositivos y profesionales (neurólogos, foniatras...); en algunos de los casos se han realizado reiteradas pruebas y exploraciones neurológicas y genéticas que han resultado normales. Entre los diagnósticos previos al de Síndrome de Asperger figuran, el de Autismo, Trastorno Esquizoide y Trastorno Bipolar. En el motivo de la consulta, se reflejan problemas de relación (generalmente con otros niños), expresados de diversas formas: "la rechazan", "se aísla", "introvertido", "es raro", "llama la atención", "no lo entienden y él tampoco los entiende", etc.

El grupo con Autismo, lo constituyen 5 niños con una edad comprendida entre 8 y 15 años, 2 varones y 3 niñas. Alumnos de un centro de Educación especial, presentan un nivel intelectual dentro del Retraso mental moderado. El inicio de la sintomatología se sitúa en los tres primeros años. También en este grupo, se han realizado previamente diversas consultas y pruebas médicas (TAC, genéticas, hormonales, E.E.G...), aunque el número y diversidad de las mismas es mayor que en el grupo anterior. Señalar que todas las pruebas que se realizan son normales salvo en

uno de los casos en el que se diagnostica Epilepsia. Entre los diagnósticos previos al de Autismo infantil, solo es reflejado el de sospecha de Trastorno Generalizado del Desarrollo, sin especificar Autismo. El motivo de asistencia al centro de educación especial, se centra en la presencia de sintomatología diversa mayor/psicosis.

**Tabla 1 Descripción de los grupos.**

	<i>S. Asperger</i>	<i>Autismo</i>
<i>n</i>	5	5
<i>Edad</i>	9-14 años.	8-15 años.
<i>Escolarización</i>	E.G.B./B.U.P.	Educación Especial
<i>Nivel intelectual</i>	Normal.	R.M. moderado.
<i>Inicio sintomat.</i>	1-5 años.	1-3 años.
<i>Dx previos</i>	Autismo. T.Esquizoide. T.Bipolar.	Trastorno Generalizado del Desarrollo.
<i>Motivo de C.</i>	Alteración en las relaciones sociales.	Sintomatología mayor (Psicosis).

### -Resultados de la evaluación:

Tras la administración de la Escala las puntuaciones obtenidas en ambos grupos, se han valorado de la siguiente manera:

#### a) Puntuaciones globales

Señalando que el rango de puntuación de la escala se encontraría entre 24 y 72 (puntuación mínima y máxima respectivamente). Las puntuaciones globales en el grupo de Autismo (A) fueron superiores a las obtenidas en el grupo de Síndrome de Asperger (S.A).

**Tabla 2 Puntuaciones Globales**

	<i>S. Asperger</i>	<i>Autismo</i>
1	43	61
2	43	56
3	51	62
4	51	57
5	53	63

#### b) Puntuaciones en las tres Subescalas

**1.- Interacción, comportamiento y psicomotricidad:** En esta Subescala las puntuaciones obtenidas en el grupo A se mantienen por encima de las del grupo S.A. En este

218 grupo el item con mayor puntuación fue el 4(interacción social inapropiada) y el de menor puntuación fue el 2(Ignoa a los otros). En ambos casos la varianza fue 0.

En el grupo A., el item con mayor puntuación fue el 1(busca el aislamiento), el 3(interacción social pobre) y el 6(atención anómala). Los items con menor puntuación en este grupo fueron el 4(interacción social inapropiada), aunque hay que considerar en este caso el balance que se realiza en la puntuación respecto al ítem 3(interacción social pobre). La varianza en este grupo fue 0 para los ítems 1, 3, 4 y 6.

**Tabla 3 Interacción, comportamiento y psicomotricidad**

	<i>S Asperger</i>					<i>Autismo</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 busca aislamiento	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
2 ignora a los otros	1	1	1	1	2	3	2	3	2	3
3 interacción pobre	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3
4 interacción inaprop.	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
5 relación con objetos	1	3	3	3	2	3	2	2	2	2
6 atención anómala	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3
7 intolerancia	1	1	1	3	3	3	2	3	3	3
8 activ. estereotipada	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
9 mímica/marcha extr.	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>25</b>

## 2.- Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial

En esta Subescala las puntuaciones globales obtenidas en el grupo A., son superiores a las obtenidas por el grupo S.A. En este último grupo la mayor puntuación, correspondió al ítem 11 (uso inadecuado de la expresión verbal), 13 (inadecuada expresión facial y gestual) y al 18 (expresión/interpretación inadecuada de las emociones). El ítem con menor puntuación correspondió al 10 (no intenta comunicarse con la voz y/o la palabra) y al 12 (dificultad en comunicar por la expresión facial y gestual). La varianza 0 corresponde a los ítems 10, 11, 12, 13 y 18.

En el grupo A., el ítem con mayor puntuación correspondió al 12 y al 14 (dificultad de comprensión verbal/no verbal) y la menor puntuación a los ítems 11, 13 y 19. La varianza 0 fue para los ítems 11, 12, 13, 14 y 19. (Tabla 4)

## 3.- Afectividad

También en esta Subescala las mayores puntuaciones globales correspondieron al grupo de A. En el grupo S.A. la mayor puntuación, correspondió al ítem 23 (perturbaciones del humor) y la menor al ítem 20 (autoagresividad).

**Tabla 4 Lenguaje, comunicación y funcionamiento sensorial**

	<i>S. Asperger</i>					<i>Autismo</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10 no intenta comuni.	1	1	1	1	1	3	2	3	2	3
11 uso inadecuado.	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
12 dificultad comuni.	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3
13 inadec. expre.	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
14 dificultad compre.	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15 esteritipias.	1	2	1	2	2	2	3	3	3	3
16 prosodia inadec.	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2
17 mirada inadec.	1	1	3	1	2	3	2	2	2	2
18 emociones.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19 respuestas anóm.	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

dad). La varianza 0 correspondió al ítem 24 (funcionamiento intelectual disarmónico).

El grupo A, obtuvo mayor puntuación en el ítem 21 y 22, correspondiendo la menor puntuación a los ítems 20 y 24. En ningún ítem la varianza fue 0. (Tabla 5)

**Tabla 5 Afectividad**

	<i>S Asperger</i>					<i>Autismo</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20 autoagresividad	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2
21 heteroagresivid.	1	1	2	2	2	3	2	3	2	3
22 signos angustia	2	2	2	1	2	3	2	3	2	3
23 perturb. Humor	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3
24 fun. Intelec. Dis.	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>13</b>

c) Puntuaciones medias obtenidas en ambos grupos/  
Perfil Clínico:

En base a las puntuaciones medias obtenidas en las distintas Subescalas (Tabla 6), obtuvimos un perfil clínico del grupo S.A. frente al A. (Figura 1).

d) Puntuaciones en los ítems inapropiado/inadecuado frente a los ítems pobre/dificultad: Estos ítems son el 4, 11, 13 y 3, 10, 12 respectivamente. (Tabla 7) (Figura 2).

## DISCUSIÓN

Desde su inclusión en los sistemas clasificatorios actuales (CIE-10 y DSM-IV), el Síndrome de Asperger

**Tabla 6** Puntuaciones medias obtenidas en ambos grupos

	I	II	III	TOTAL
S.A	18'6	18'8	8'8	46'2
A.	24'2	25	9'16	58'16

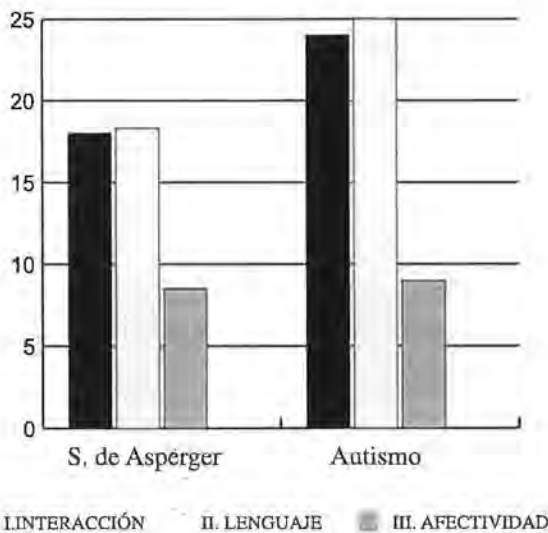
parece haber recibido una mayor atención. A pesar de la agrupación dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, no se le considera como una entidad nosológica definitivamente concluida y todavía son muchos los aspectos que se están sometiendo a estudio, desde el establecimiento de criterios diagnósticos más operativos<sup>8,15-18</sup>,

tividad e intereses...). Las diferencias se enmarcarían frente a la ausencia/ falta que presenta el autismo y la peculiaridad/inadecuado del Síndrome de Asperger. La ausencia de retraso en la adquisición del lenguaje y en el desarrollo cognoscitivo, así como una mayor inteligencia frente al autismo, no impiden la presencia en el Síndrome

**Tabla 7** Puntuaciones medias de los ítems inapropiado/inadecuado frente a los ítems pobre/dificultad

	3	4	10	11	12	13
S.A	1.6	3	1	3	1	3
A	3	2	2.6	2	3	2

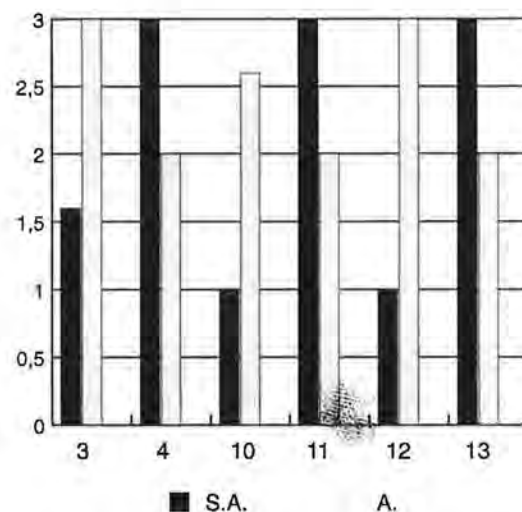
de Asperger de una alteración cualitativa en la comunicación, en las habilidades de lenguaje y cognitivas. Así, aunque el niño comienza a hablar a la edad acostumbrada, el contenido del habla es anormal, tendiendo a ser pedante y a menudo sobre sus temas favoritos, centrándose en los que sólo les interesan a ellos. Hablan con una inflexión y una variación del tono anormal, en ocasiones ésta se muestra monótona y monocorde (impresiona como mecánica), en otras de forma exagerada, forzada. A veces una palabra o una frase son repetidas de un modo estereotipado, o el niño interroga de forma repetitiva al interlocutor.



**Figura 1.** Perfil clínico del grupo de S. de Asperger al grupo Autismo en las tres subescalas

la determinación de su prevalencia<sup>20</sup>, hasta la relación con otras entidades<sup>1,16-19</sup>. En los últimos años parece afianzarse más la hipótesis de que entre el Síndrome de Asperger y el Autismo Infantil se establece una continuidad, representando condiciones clínicas distintas de un mismo desorden<sup>1,2,5-8 12-16</sup> y formando parte de una condición más amplia que sería el Espectro Autista.

La evaluación clínica de los grupos sometidos a estudio, otorga al autismo infantil un mayor grado de afectación respecto al Síndrome de Asperger. El perfil clínico, a pesar del diferente grado, se mantiene de forma similar entre ambos, en las distintas áreas evaluadas (interacción social, psicomotricidad, Lenguaje y comunicación, afectación



**Figura 2.** En todos los ítems inapropiado/inadecuado (4,11,13) se obtiene una mayor puntuación en el SA frente al A, por el contrario este gradiente se invierte al contrastar los ítems pobre/dificultad entre ambos grupos

220

Los aspectos no verbales de la comunicación también se ven afectados, los gestos pueden ser torpes, limitados, en ocasiones se constituyen a modo de mueca, en otras la gesticulación semeja la de un robot. La coordinación motriz se muestra en la misma línea: los movimientos suelen ser torpes y mal coordinados, la postura y la marcha parecen extrañas.

Quizás una de las características más importante es la alteración de las relaciones sociales; en el S.A. a diferencia del Autismo no se trata de que ignore o que para él, el otro no existe sino más bien que no comprende al otro. Continuamente malinterpreta los sentimientos, y los afectos parecen ser para él un enigma. Las coordinadas que permiten el establecimiento de una relación (comunicación verbal/no verbal, emociones/afectos, y otros aspectos del comportamiento) parecen mantenerse en un código particular. Todo lo que constituye los puntos de referencia, el contexto relacional, se encuentra fuera de su alcance, mostrando una falta de capacidad para comprender y usar las reglas que gobiernan el comportamiento social. Pueden llegar a ser conscientes de estas dificultades e incluso intentar esforzarse en superarlas, aunque generalmente de forma inapropiada y con evidente falta de éxito. A menudo el aislamiento llega en las dos vías, por una parte el rechazo de los otros, que no logran entender su comportamiento y, en el otro lado, él mismo, incapaz de encajar y adaptarse a las necesidades y personalidades que le rodean.

Por ello en la evaluación de los items que representan falta/defecto el autista obtiene una alta puntuación; en el caso del S.A la mayor puntuación no reside en que la interacción social sea pobre y no intente comunicarse mediante la expresión verbal o gestual sino en que ambas son visiblemente inapropiadas y peculiares.

La descripción clínica del grupo con S.A obtenida en este trabajo, es similar a la que Wing en 1981, expuso en su trabajo<sup>13</sup> basado en las descripciones de Asperger y en 34 casos examinados por el autor. En nuestro estudio, el inicio de la sintomatología se encuentra entre el primer y el quinto año. Asperger al referirse al Trastorno creía que nunca era reconocido en la primera infancia y no antes del tercer año. Respecto a esto Wing señaló que "durante el primer año de vida puede haber una falta de interés y del placer de la compañía humana que debería estar presente desde el nacimiento"<sup>13</sup>. Este hecho acerca al S.A y al Autismo, en cuanto al trastorno que subyace en ambos, y sería compatible con la hipótesis de que el núcleo patogenético (todavía sin aclarar) del S.A, lo compartiría con el Autismo infantil con el que establece un continuum<sup>12,13,12-16</sup>. La mayor variabilidad diagnóstica hallada en el S.A., se explicaría en base a que en esa continuidad el Autismo se encontraría en el lugar de mayor afectación (extremo handicap) y el S.A. en una zona de menor afectación probablemente limítrofe con otros trastornos o en el que el solapamiento de sintomatología dificulte el diagnóstico. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, y sin poder plantear una afirmación, el Síndrome de Asperger parece configurarse como una variante clínica dentro del espectro Autístico, con un menor grado de afectación que el Trastorno Autista pero compartiendo con él la alteración de las distintas áreas que lo configuran.

La falta de consenso actual respecto al Síndrome de Asperger, los instrumentos de medición y la escasa muestra sometida a estudio, imposibilitan obtener un análisis definitivo de los datos y unas conclusiones consistentes que permitan hacer inferencias acerca de la población a estudio. Pero todo ello añade la necesidad de disponer en futuros trabajos de una mayor muestra y perfeccionar el método de evaluación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frith U. Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
2. Frith U. Autismo. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
3. Mendiguchía F. J. El Síndrome de Asperger (Avatares de un concepto). Rev. Psiq. Inf. 1992; N° 1: 2-6.
4. CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En F.84.0 Autismo infantil y F.84.5 Síndrome de Asperger. Madrid: Meditor, 1994; 189-96.
5. Gilberg C. Asperger syndrome in 23 Swedish children. Dev Med Child Neurol 1989; 31: 520-31.
6. Rapin I. Autistic children: diagnosis and clinical features. Pediatrics 1991; 87 (suppl): 751-60.
7. Ghaziuddin M, Leininger I, Tsai L. Brief Report: Thought disorder in Asperger Syndrome: Comparison with High-Functioning Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders 1995; 25(3): 311-17.
8. Tamtam D. Asperger's syndrome. J. Child Psychol Psychiat 1988; 29(a): 245-55.



9. Ghaziuddin M. et al. Is clumsiness a marker for Asperger Syndrome: comparison with high-functioning autism. *J. Intellect. Disabil. Res.* 1995; 39(6): 538-43
10. Manjiviona J., Prior M. Comparison of Asperger Syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. *J. Autism. Dev. Disord.* 1995; 25(1): 23-39.
11. Wing L. The autistic spectrum. *The Lancet.* 1997; 350(13) 1761-66.
12. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine* 1981; 11; 115-129.
13. Wing L. the relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. En Frith U.: *Autism and Asperger syndrome.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991; 93-121.
14. Gillberg C., Gillberg IC. Asperger syndrome-some epidemiological considerations: a research note. *J. Child Psychol Psychiat* 1989; 30: 631-38.
15. Gillberg C. Autism and autistic-like conditions: Subclasses among Disorders of empathy. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1991; 33(5): 813-42.
16. Gillberg C. Clinical and neurobiological aspects of Aspergers syndrome in six family studies. En: Frith U, *Autism and Asperger syndrome.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991; 122-46.
17. Eaves et al. Subtypes of autism by cluster analysis. *J. Autism Dev. Disord.* 1994; 24(1): 3-22.
18. Szatmari P et al. Asperger's syndrome: a review of clinical features. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989; 34: 783-91.
19. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1993; 34: 1327-50.
20. García D.A., Polaino-Lorente A. Evaluación del autismo infantil: Una revisión de los instrumentos escalares y observacionales. *Acta Pediátrica Española* 1992; 50 (extra junio): 383-88.
21. Trias M et al. Propuesta de escala integrada de valoración del autismo infantil EIVA. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994; 2: 170-24.