

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. CAMPUS DE TERUEL.

Trastorno de Asperger : comorbilidad y diagnóstico diferencial

Trabajo Fin de Grado. Psicología

Isabel Maza Molinero

Teruel, 2012

ÍNDICE

Introducción

1. Qué es el Trastorno de Asperger

- ❖ 1.1 Principales áreas afectadas
- ❖ 1.2. Características comunes
- ❖ 1.3. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR

2. Comorbilidad

- ❖ 2.1. Infancia
- ❖ 2.2. Adolescencia
- ❖ 2.3. Adulthood

3. Diagnóstico diferencial

- ❖ 3.1. Autismo de Alto Funcionamiento
- ❖ 3.2. Diagnóstico diferencial según DSM-IV-TR

4. Líneas futuras

5. Cambios en el DSM-V

6. Conclusiones

Referencias bibliográficas

INTRODUCCIÓN

Desde que Leo Kanner comenzase en 1938 a observar e interesarse por el autismo, son muchas los autores que se han interesado por este tipo de trastornos. A pesar de que el pediatra vienés Hans Asperger ya había comenzado a investigar el Trastorno de Asperger (TA), no fue hasta 1981 cuando se mencionó este trastorno en la literatura científica de la mano de Lorna Wing. Desde entonces muchos profesionales han investigado acerca de este trastorno y sus características y peculiaridades.

Son muchas las personas con TA que, debido a que es un trastorno reconocido relativamente hace poco tiempo, no fueron diagnosticados en la edad infantil o el diagnóstico estaba equivocado. Además, son varias las dificultades que se plantean a la hora de realizar el diagnóstico de este trastorno, ya que es comórbido con varios trastornos y el diagnóstico diferencial conlleva dificultades. Un aspecto de especial relevancia es realizar un diagnóstico temprano, para poder planificar un tratamiento clínico adecuado, sin olvidarnos del apoyo a las familias.

Por ello, este trabajo pretende reunir diferentes investigaciones y artículos de la literatura científica sobre el TA, ya que se hace necesario seguir investigando las causas, características, criterios diagnósticos, etc. La detección precoz es posible si existen unos criterios claros y definidos para su diagnóstico y, por tanto, criterios para realizar el diagnóstico diferencial correctamente. Que los profesionales de la psicología clínica tengan este conocimiento es de vital importancia para la detección precoz y la rápida intervención.

1. QUÉ ES EL TRASTORNO DE ASPERGER

En 1943 Leo Kanner publicó sus observaciones sobre once niños en el artículo “*Autistic Disrturbances of Affective Contact*” (*Alteraciones autistas del contacto afectivo*). Kanner observó que todos ellos mostraban déficits en la comunicación, un potencial cognitivo bueno pero atípico y problemas de comportamiento como obsesiones, acciones repetitivas y actividades de juego poco imaginativas. Kanner resaltó como alteración fundamental la incapacidad de relacionarse con personas y situaciones desde que eran pequeños; Kanner denominó *autista*, que significa absorción en sí

mismo o actividad mental subjetiva, a esta alteración del contacto con otras personas (Wicks-Nelson y Israel, 1997).

En 1944 Hans Asperger publicó *“Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter”* (*Psicopatía autística en la infancia*) donde describe cuatro casos de niños que muestran algunas características comunes:

Falta de contacto con las personas que los rodean, encierro en un mundo propio y con intereses específicos, necesidad de que todo esté en un cierto orden o se haga de una determinada manera, una manera de hablar “adulta” con un uso original de las palabras, mirada perdida, ausencia de contacto visual al conversar, habilidades de cálculo de manera diferente a la que se les enseña, inhabilidad práctica para llevar a cabo lo que conocen teóricamente (Cererols, 2010).

Fue en 1981 cuando se mencionaba por primera vez en la literatura científica el término Síndrome de Asperger. Lorna Wing publicó en la revista *Psychological Medicine* el artículo “Asperger’s Syndrome: a clinical account”. Este artículo trataba de los trabajos de Hans Asperger, los cuales estaban escritos en alemán y en ese momento no tuvieron la repercusión que merecían.

En el eje I del DSM-IV-TR (APA, 2000) se clasifican los *Trastornos en los cuales no está identificada una causa específica*, aunque se da una importante base genética. Estos trastornos engloban los trastornos de la comunicación, del aprendizaje, de déficit de atención/hiperactividad y los del espectro autista (Artigas-Pallarés, 2011).

Actualmente, el TA está incluido dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y es considerado un Trastorno del Espectro Autista (TEA). Está considerado un trastorno del desarrollo de base neurobiológica, que afecta a las relaciones sociales y al conjunto de actividades e intereses (Artigas-Pallarés, 2006). Este trastorno comienza en los primeros años de vida y es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (5:1). Los datos en cuanto a la prevalencia no son claros, según la Asociación Asperger y TGD’s de Aragón (2011) ésta es de 1/300. Otros estudios realizados afirman que el TA

es considerablemente más frecuente que el trastorno autista, ya que este último tiene una prevalencia de 4/10.000 y las estimaciones del TA muestran un valor de 20-25/10.000 (Bauer, 1996). En un estudio epidemiológico de Gillberg (1991) se llegó a la conclusión de que casi el 0,7% de los niños presentaban un cuadro clínico que sugería TA (Caballero, R.; Rodríguez Sacristán, J. y Torres, A., 2001).

Desde entonces, han sido muchos los autores que se han interesado por este trastorno, aunque aún queda mucho por conocer y profundizar, ya que es un trastorno con alta comorbilidad con otros trastornos y en muchos aspectos difiere levemente, por lo que el diagnóstico es complicado y, en muchas ocasiones, equivocado.

1.1. PRINCIPALES ÁREAS AFECTADAS

Lorna Wing identificó tres grandes áreas afectadas en el autismo, lo que se denomina “Triada de Wing”. Estas tres áreas son: alteración del desarrollo de la interacción social recíproca, alteración de la comunicación verbal y no verbal y repertorio restringido de intereses y comportamientos.



Esta triada define las áreas afectadas de cualquier TEA, situándose el TA en el nivel de mejor pronóstico y funcionamiento. La alteración del desarrollo de la interacción social recíproca se puede ver de maneras diferentes, algunas personas son pasivas en cuanto a la interacción con los demás, mientras que otras son activas para establecer interacciones sociales pero no lo hacen de una manera correcta. En cuanto a la alteración de la comunicación verbal y no verbal, ésta se ve manifestada en que es habitual que tanto la forma como el contenido de su lenguaje sean diferentes, también se ve manifestado en las dificultades que tienen para identificar y comprender las

emociones de los demás. El repertorio restringido de intereses y comportamientos provoca que tengan dificultades para anticipar lo que pueda suceder, para entender las intenciones de los demás o que sus rituales y patrones de conducta sean demasiado rígidos.

1.2. CARACTERÍSTICAS COMUNES

Ángel Rivière (1997) señala los rasgos fundamentales del TA agrupándolos en cuatro áreas: trastornos cualitativos de la relación, como por ejemplo la dificultad para comprender las intenciones de los demás; la inflexibilidad mental y comportamental, como un interés excesivo por algunos aspectos o temas; problemas del habla y del lenguaje, como dificultades para interpretar enunciados con doble sentido; y en aspectos restringidos, habilidades especiales (Ballabriga, Ballespí y Domènech-Llaberia, 2006).

1.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

No fue hasta 1996 cuando se introdujo el término Trastorno de Asperger en el DSM, en su cuarta edición (APA, 1996). Actualmente, el DSM-IV-TR (APA, 2000) recoge los siguientes criterios:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO DE ASPERGER SEGÚN DSM-IV-TR

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - 1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - 2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 - 3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
 - 4. Ausencia de reciprocidad social o emocional
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
 - 1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 - 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - 3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - 4. Preocupación persistente por partes de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Actualmente, el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) contempla cinco cuadros clínicos según el DSM-IV-TR: Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Todos ellos comparten, como características esenciales, dificultad en las relaciones sociales, en la comunicación, por lo que se incluye dificultad en la expresión y comprensión del lenguaje, y dificultad en la diversidad de intereses. Con las investigaciones y estudios que se han llevado a cabo, son muchos los profesionales que comparten la opinión de que las diferencias entre estos trastornos se hallan en la gravedad de las manifestaciones más que en características concretas, por lo que en la nueva edición del DSM, el DSM-V, parece que se contemplarán los TGD como un continuo que incluya Trastorno Autista, TA y TGD, denominado Trastornos del Espectro Autista, eliminando el criterio del trastorno autista: trastornos cualitativos de la comunicación y contemplando como criterios diagnósticos déficit sociales y de comunicación e intereses restringidos y conductas repetitivas (Artigas-Pallarés, 2011).

2. COMORBILIDAD

La mayoría de casos de TA presentan una alta comorbilidad con otros síntomas, sobre todo cognitivos y conductuales, aunque también puede ser comórbido con otros trastornos afectivos, psicóticos, obsesivos, atencionales y ansiosos (Caballero, 2008). Dependiendo de la etapa vital en la que se encuentre el afectado, estos síntomas o trastornos variarán. A continuación se exponen los más comunes, dividiéndose en infancia, adolescencia y adultez.

2.1. INFANCIA

Uno de los trastornos más comórbidos que empieza durante la infancia, aunque en muchos casos continúa en la adolescencia y en la edad adulta, es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). En opinión de Ruiz Lázaro (2007), este trastorno parece ser el diagnóstico comórbido más probable en la infancia. El TDAH interfiere con el aprendizaje, por lo que las personas con TA muestran dificultades en el rendimiento y conductas y reacciones emocionales problemáticas, lo que provoca que a pesar de tener un buen potencial cognitivo, tengan dificultades para aplicarlo y adaptarse a la vida.

Algunos autores como Gillbert (Caballero, 2003) definen el Déficit de Atención, Control motor y Atención (DAMP) como un subtipo de TDAH, ya que incluye déficit de atención, problemas de control motor y problemas perceptivos. El TA comparte determinados síntomas con el DAMP como estereotipias motoras, preocupación excesiva por ciertos temas u objetos, lenguaje peculiar, anomalías en la pronunciación, problemas de interacción social o comunicación no verbal pobre (Artigas-Pallarés, 2007; Ballabriga; Ballespí y Domènech-Llaberia, 2006). Puesto que el DAMP contempla los problemas motrices, algunos autores consideran que éste es más próximo conceptualmente al TA que el TDAH.

Los trastornos de ansiedad tienen una comorbilidad con TA significativamente más alta que con otros trastornos, incluso algunos autores defienden que los trastornos de ansiedad se han considerado los trastornos más frecuentes en la edad infantil (Artigas-Pallarés, 2007). Muchas personas con TA sienten una gran ansiedad cuando no pueden predecir o controlar una situación social, cuando se da una situación novedosa o cuando se modifica su “rutina”, en cualquiera de los casos, no se les debe atribuir intencionalidad, ya que lo que ellos pretenden es escapar de esa situación que les genera ansiedad. Los niños con TA sin diagnóstico de ansiedad presentan síntomas de ansiedad por encima de la media de la población normal, aunque con un perfil diferente de la población con diagnóstico de ansiedad, ya que, entre otros, muestran más síntomas obsesivo-compulsivos y miedo a recibir daños físicos (Ruiz-Lázaro, 2007).

El Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (TDC), cuya característica esencial es una alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria, también es comórbido con el TA. No hay un acuerdo unánime con respecto a este aspecto como criterio diagnóstico. Ya en las descripciones iniciales de Asperger, sintetizadas por Wing, destacaban la pobre coordinación motriz y la organización del movimiento. Gillberg y Gillberg en 1991 publicaron sus propios criterios diagnósticos para el TA, siendo también uno de ellos la torpeza motora, en cuanto a retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo. En 1996 Ángel Rivièrre estableció cinco criterios diagnósticos para el TA, siendo la alteración de la expresión emocional y motora uno de ellos (Equipo Deletrea, 2007).

Las disomnias, trastornos primarios del inicio o mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva y las parasomnias, trastornos caracterizados o fenómenos fisiológicos anormales que se dan durante el sueño, son más prevalentes en los niños con TA que en los que tienen autismo (Ruiz-Lázaro, 2009).

En cuanto al lenguaje de las personas con TA hay mucha diversidad de opiniones. El DSM-IV-TR (APA, 2000) considera criterio diagnóstico diferencial del TA con el trastorno autista la ausencia de retraso del desarrollo del lenguaje. En opinión de Cobo y Morán (2011) la adquisición del habla suele ser normal, pero con algunas anomalías o particularidades en el proceso, como conversación unidireccional hacia sus temas de interés, interpretación literal, con dificultades para interpretar metáforas, dobles sentidos o bromas, alteraciones en la prosodia y grandes dificultades pragmáticas. Tanto Wing como Gillberg establecieron como criterio diagnóstico para el TA peculiaridades del lenguaje. Son varios los expertos que comparten la opinión de que en el TA suele haber retraso en la adquisición del lenguaje o, al menos, se adquiere de una manera peculiar. Rivièrre (1996) establece como criterio diagnóstico problemas de habla y de lenguaje, en cuanto a retraso en la adquisición del lenguaje con anomalías en la forma de adquirirlo, lenguaje pedante, excesivamente formal, alteraciones prosódicas, dificultad para interpretar frases con doble sentido, etc. Otro aspecto que comparten varios autores es que las personas con TA presentan, en cuanto a fonología, morfosintaxis y léxico, un nivel normal, las dificultades se presentan a la

hora de utilizar normas convencionales de conversaciones o interpretar señales no verbales. Con respecto al lenguaje, son tres los trastornos comórbidos con el TA: el Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), cuyos síntomas comunes con el TA son la comprensión, tanto verbal como lectora pobre; el trastorno semántico-pragmático, el cual además de una comprensión verbal y lectora pobre, se caracteriza por dificultades en el uso social del lenguaje; y el Trastorno del aprendizaje no verbal (TANV), compartiendo torpeza motriz, coordinación motora pobre y dificultad para comprender expresiones faciales y gestos y tonos de voz con el TA (Ballabriga et al., 2006).

2.2. ADOLESCENCIA

En muchos casos de TA, la depresión, la ansiedad y las obsesiones incrementan con la edad, sobre todo en la adolescencia. El aislamiento social y el desarrollo de la capacidad de autoconciencia, pueden provocar sentimientos que aumenten la probabilidad de ansiedad y depresión (APA, 2000).

Otro aspecto a tener en cuenta es que desde el periodo preadolescente, se dan problemas de conducta derivados de la dificultad para comunicarse con los demás expresando sus frustraciones, emociones o sentimientos.

Al igual que en la etapa infantil, las situaciones novedosas o los cambios, pueden provocar a los jóvenes con TA una gran ansiedad, que en opinión de algunos autores, puede llegar a desembocar en una psicosis esquizofreniforme (Martín Borreguero, 2005).

Ruiz-Lázaro (2009) afirma que el diagnóstico comórbido más probable tanto en la adolescencia como en la adultez es la depresión. Algunos de los síntomas depresivos que suelen mostrar los adolescentes con TA son la falta de autoestima, falta de energía, estado de ánimo irritable, somatizaciones y problemas del sueño (Artigas-Pallarés, 2007). Tantam señalaba que los adolescentes con TA tienen una probabilidad del 15% más alta, en comparación con población normal y con otros TEA, de presentar episodios depresivos (Attwood, 2002).

Kanner, en las primeras descripciones del autismo, ya observó y describió síntomas relacionados con el estado de ánimo. Sugirió que características como los comportamientos repetitivos y obsesivos podrían conducir a síntomas depresivos y ansiosos (Martos-Pérez, 2009).

Un trastorno con el que comparte síntomas el TA es el Trastorno de la Tourette, cuyas características esenciales son tics motores múltiples y uno o más tics vocales (APA, 2000). Algunos de los síntomas que comparten son la ecolalia, estereotipias, conductas obsesivo-compulsivas y conductas motoras anormales. Según un estudio de Kadesjö y Gillberg la comorbilidad entre estos dos trastornos es frecuente (Hervás, 2007).

En la adolescencia se da un aumento de las obsesiones y rituales de pensamiento. Algunos autores asocian este aumento de obsesiones y en ocasiones, compulsiones, con niveles elevados de distrés (Ruiz-Lázaro, 2009). Los rituales simples de conducta y el interés obsesivo hacia algunos temas concretos que tienen en la infancia, se convierten en obsesiones y rituales de pensamiento, por lo que muchos adolescentes son diagnosticados también de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) durante esta etapa.

Los adolescentes con TA tienen las mayores dificultades en las relaciones sociales, la comunicación, la flexibilidad y la coordinación motora. Muchos muestran inmadurez emocional e intereses inmaduros; también muestran una mayor conciencia de diferencia, soledad e incomprensión, por lo que se da una mayor vulnerabilidad a alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad y estrés (Equipo Deletrea, 2004).

2.3. ADULTEZ

Muchos casos de depresión, ansiedad y trastornos obsesivos en la edad adulta de las personas con TA son consecuencia de la ausencia de intervención temprana. Pueden ser muchas las situaciones de la vida cotidiana que les generen una gran ansiedad, como dificultades a la hora de tomar decisiones, dificultad para relacionarse con los demás y tener amigos, presencia de rituales o estereotipias, dificultades para comprender y expresar sentimientos o problemas para trabajar en equipo (Equipo Deletrea, 2004).

En la etapa adulta, ya sea desde la infancia, desde la adolescencia o en esta etapa, el TA es muy comórbido con los trastornos del humor, tanto cuadros depresivos como trastorno bipolar. En un estudio de Tove Lugnegård (2012) con jóvenes adultos de 27 años de media con TA, alrededor del 70% afirmaron haber pasado al menos un episodio de depresión y más del 50% más de un episodio. En cuanto a los trastornos de ansiedad, se observaron en el 50% de los casos.

Los trastornos de la personalidad, como el trastorno esquizotípico y el esquizoide muestran comorbilidad con el TA, incluso algunos autores consideran estos trastornos como una forma adulta de TA (Arranz; Ramírez; Ruedas; San y Sintés, 2011). Gillberg y Gillberg (1989) afirmaron, con la realización de un estudio que el 17% de los sujetos con TA también padecían trastorno bipolar (Caballero et al., 2001)

Un trastorno con el que se da una gran comorbilidad es el Trastorno obsesivo-compulsivo, cuya característica esencial es “la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general” (APA, 2000). En opinión de algunos autores, se puede contemplar como un subtipo especial de TOC más grave y resistente al tratamiento, como un diagnóstico dual: TOC-TA (Ruiz-Lázaro, 2009).

A continuación se expone un cuadro resumen de los diferentes trastornos comórbidos en cada una de las etapas, así como los estudios e investigaciones que lo corroboran.

Infancia

- TDAH -> el más probable en esta etapa (Ruiz-Lázaro, 2007)
- DAMP -> como subtipo de TDAH (Gillberg, en Caballero, 2003)
- Ansiedad -> el más frecuente en esta etapa (Artigas-Pallarés, 2007)
 - con TA síntomas de ansiedad por encima de la media (Ruiz-Lázaro, 2007)
- TDC -> dificultades en la coordinación como criterio diagnóstico para Asperger y Wing; Gillberg y Gillberg (1991) y Ángel Rivière (1996)
- Disomnias y parasomnias -> Ruiz-Lázaro (2009)
- Problemas de habla y lenguaje -> Wing y Gillberg; peculiaridades; Cobo y Morán (2011); particularidades en el proceso, alteraciones en la prosodia, etc.; Rivière (1996): como criterio diagnóstico.
- Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno Semántico-Pragmático y Trastorno del Aprendizaje No Verbal (Ballabriga et al., 2006)

Adolescencia

Depresión, ansiedad y obsesiones aumentan

- Ansiedad -> puede desembocar en psicosis esquizofreniforme (Martín Borreguero, 2005)
- Depresión -> el más probable en esta etapa (Ruiz-Lázaro, 2009)
 - Síntomas depresivos: falta de autoestima y de energía, estado de ánimo irritable, problemas de sueño, etc. (Artigas-Pallarés, 2007)
 - Probabilidad 15% más alta de presentar episodios depresivos, comparados con otros TEA y población normal (Attwood, 2002)
- Kanner en descripciones iniciales -> comportamientos repetitivos y obsesivos pueden conducir a síntomas depresivos y ansiosos
- Trastorno de la Tourette -> estudio de Kadesjö y Gillberg: comorbilidad frecuente
- TOC -> como consecuencia del aumento de obsesiones y rituales causados por elevados niveles de estrés (Ruiz-Lázaro, 2009)

Adulthood

- Trastornos del humor: cuadros depresivos y trastorno bipolar-> estudio de Gillberg y Gillberg: 17% también tenían Trastorno bipolar (en Caballero et al., 2009)
- Estudio Tove Lugnegård-> 70% al menos un episodio de depresión, 50% más de un episodio de depresión; 50% ansiedad.
- Trastornos de la personalidad: esquizotípico y esquizoide-> como forma adulta de TA (Arranz, Ramírez, Ruedas, San y Sintet, 2011)
- TOC-> subtipo especial: diagnóstico dual-> TOC-TA (Ruiz-Lázaro, 2009)

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

3.1. AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO

Un trastorno que cobra especial relevancia a la hora de realizar el diagnóstico diferencial es el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF). No hay una opinión unánime con respecto a las diferencias entre estos dos trastornos. En 1998 Gillberg y Ehlers, identificaron cuatro áreas en las que se dan diferencias: Nivel de funcionamiento cognoscitivo, destrezas motoras, desarrollo del lenguaje y edad de comienzo (Caballero et al., 2001).

	Trastorno de Asperger	Autismo de Alto Funcionamiento
Nivel de funcionamiento cognoscitivo	Problemas de aprendizaje	C.I. > 65-70
Destrezas motoras	Dificultades motrices	No dificultades motrices
Desarrollo del lenguaje	Peculiaridades del habla y lenguaje	No peculiaridades del habla y lenguaje
Edad de comienzo	Edad escolar	> 3 años. En edad escolar el diagnóstico puede cambiar a TA.

Con respecto a la primera, nivel de funcionamiento cognoscitivo, Asperger afirmaba que podría darse el caso de que una persona con TA presentara problemas de aprendizaje; para diagnosticar AAF, el C.I. debe ser superior a 65-70. En cuanto a las destrezas motoras, la mayoría de personas con TA tienen dificultades con la motricidad tanto fina como gruesa, aunque algunas personas con AAF también muestran dificultades en este aspecto. La tercera área, el desarrollo del lenguaje, es en la que más diversas opiniones se dan, ya que el DSM-IV-TR (APA, 2000) establece como

criterio diagnóstico para el TA que no haya retraso general del lenguaje clínicamente significativo, sin embargo, en las descripciones iniciales del TA varios autores afirmaron que un rasgo principal de este trastorno eran las peculiaridades del habla y del lenguaje; niños con AAF pueden mostrar retraso del lenguaje clínicamente significativo. Por último, con respecto a la edad de comienzo, son varios los profesionales que opinan que para realizar un diagnóstico de TA el niño tiene que estar en edad escolar, ya que hay déficits que no se hacen aparentes hasta que la persona se desenvuelve en un ambiente social; se ha dado el caso de que una persona sea diagnosticada de niño de AAF y más tarde, cuando comienza el colegio, se haya cambiado el diagnóstico a TA (Caballero, 2008).

En opinión de Arranz et al. (2011) la diferencia entre AAF y TA es que en el primero, las habilidades en comunicación no verbal suelen ser superiores a las habilidades verbales. Eisenmeyer (1996) y Mayes (2001) establecían cinco diferencias que se daban en el AAF con respecto al TA: no existencia de problemas adaptativos, no existencia de dificultades en el lenguaje, no existencia de dificultades cognitivas, menor imaginación y menor imitación. Otros autores como Eisenmeyer, Leekan y Ozonof compartían la opinión de que ambos trastornos tienen los mismos síntomas fundamentales pero difieren en su severidad (Caballero, 2008).

3.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN EL DSM-IV-TR

Basándonos en el DSM-IV-TR, el diagnóstico diferencial del TA debe realizarse con algunos trastornos del Eje I y del Eje II. En cuanto a los primeros, trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, debe realizarse con otros TGD (trastorno autista, trastorno de Rett y trastorno desintegrativo infantil), con trastornos de la comunicación (trastorno del lenguaje expresivo y trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo) con mutismo selectivo, con esquizofrenia y con trastornos de ansiedad (ansiedad, fobia social y TOC). El **trastorno autista** muestra anomalías significativas en la interacción social, lenguaje y juegos; mientras que en el TA no hay retrasos significativos ni en las habilidades cognitivas ni en las verbales. Ambos trastornos comparten intereses y actividades repetitivos y estereotipados, en este sentido, difieren en que en el trastorno autista éstos suelen

presentarse con manierismos motores, preocupación por partes de los objetos, rituales y se produce malestar ante los cambios, sin embargo en el TA, se presentan con la absorbente persecución de un interés limitado a un tema concreto, dedicando grandes cantidades de tiempo a obtener información sobre éste. Por último, en el trastorno autista se da un autoaislamiento y unas relaciones sociales muy rígidas, mientras que en el TA puede haber motivación para las relaciones sociales, aunque no lo lleven a cabo de la manera adecuada. Con respecto al diagnóstico diferencial con el **trastorno de Rett**, la característica más notable es su prevalencia ligada al sexo, ya que éste sólo ha sido diagnosticado en mujeres y en cambio el TA es mucho más frecuente en hombres. Otras características diferenciales son que el trastorno de Rett muestra un patrón de desaceleración del crecimiento cefálico, una pérdida de habilidades, previamente adquiridas, manuales, y movimientos del tronco deficientemente coordinados. Además en este trastorno se dan grandes dificultades en el lenguaje y la comunicación y es común que se muestren importantes grados de retraso mental. El **trastorno desintegrativo infantil** muestra un patrón de regresión evolutiva tras un periodo, de mínimo dos años, de desarrollo normal. Además es común que haya retraso mental e insuficiencia del lenguaje. En el **trastorno expresivo del lenguaje** y el **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo**, se da una alteración del lenguaje, pero no se asocia a una alteración cualitativa de la interacción social ni a patrones de comportamiento repetitivo y restrictivo. En el **mutismo selectivo** se observan habilidades comunicativas apropiadas en determinados contextos y ausencia de alteraciones graves en la interacción social y patrones restringidos de comportamiento, en cambio en el TA se puede observar un lenguaje locuaz. Aunque se muestre un desarrollo normal (o casi normal), la **esquizofrenia** de inicio infantil puede darse estando presentes las características típicas del trastorno, incluyendo alucinaciones, delirios y lenguaje desorganizado. Las personas con TA pueden experimentar una **ansiedad** excesiva e incapacitante en situaciones sociales, como ocurre en la **fobia social** y otros trastornos de ansiedad, pero estos no muestran alteraciones generalizadas en el desarrollo social ni intereses restringidos y estereotipados. El **trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)** y el TA comparten, en cierta manera, algunas características, por lo que hay que realizar un diagnóstico diferencial preciso para que éste no sea incorrecto. Hay que diferenciar entre las preocupaciones

y actividades del TA, que producen cierto placer o satisfacción y las obsesiones y compulsiones del TOC, que producen ansiedad. Además en este último no hay dificultades en la interacción y comunicación social.

En cuanto a los trastornos codificados en el Eje II, trastornos de la personalidad y retraso mental, se debe realizar el diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoide y esquizotípico de la personalidad y con el trastorno de personalidad por evitación. La relación entre el TA y el **trastorno esquizoide de la personalidad** no está muy definida. A nivel general, las dificultades sociales del TA son más graves y se presentan antes.

Por último, el TA debe distinguirse de la torpeza social normal y de los entretenimientos e intereses normales propios de la edad, ya que en el TA los déficits sociales son más acusados y las preocupaciones son absorbentes y dificultan la adquisición de habilidades básicas (APA, 2000).

4. LÍNEAS FUTURAS

El diagnóstico del TA suele hacerse a los seis años de edad, aunque según un estudio de Howlin y Moore, la edad media se sitúa en los once años (Hernández Rodríguez, 2003) siendo también frecuente que se diagnostique en la edad adulta. El cuadro clínico del TA puede variar en función de la edad. En la etapa adolescente, se pueden compensar las áreas en las que muestran más dificultades con otras áreas en las que destacan. En ocasiones, se hace necesario esperar a que el niño se desarrolle, ya que es la propia evolución la que finalmente permite emitir un diagnóstico u otro (González Carbajal, s.f.)

Las herramientas estandarizadas, como la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada (ADI-R) o la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS) sólo resultan eficaces si se combinan con la opinión clínica del profesional. El diagnóstico puede hacerse necesario en un momento determinado, cuando la vida del usuario es difícil y necesita un tratamiento. En el TA, cuando más necesario se hace el diagnóstico es en la adolescencia, ya que los afectados tienen que interactuar con sus iguales en el colegio o instituto y eso conlleva una gran presión social. En la etapa adulta, las personas con TA pueden haber encontrado un ambiente en el que no sólo

se sienten cómodos, sino que destacan por sus habilidades y ya no necesitan el tratamiento, ya que sus rasgos autistas no interfieren en su vida cotidiana (Baron-Cohen, 2008).

Los TEA tienen una causa biológica, aunque no específica, por lo que se presupone que hay algún factor medioambiental que influye en los genes de riesgo. En el TA no se dispone de marcadores biológicos suficientes para emitir un diagnóstico fiable, y aunque son varias las investigaciones que apoyan que se da un desarrollo pre y posnatal atípico del cerebro, la observación de la conducta es un aspecto imprescindible para elaborar el diagnóstico. Si se contara con marcadores biológicos, adquiridos por análisis de sangre o el estudio de tejidos y células, esto sería de gran utilidad para el diagnóstico prenatal o pruebas prenatales; pero en este aspecto hay un gran debate ético, ya que los padres tendrían que tomar la decisión de seguir o no con el embarazo (Baron-Cohen, 2008).

Por lo expuesto anteriormente, es evidente que se hace necesario seguir investigando la biología de los TEA. Son varias las investigaciones y teorías que arrojan datos hacia desigualdades del cerebro, tanto de tamaño de algunas zonas como de volumen total, así como diferencias en el funcionamiento del cerebro, a nivel de neurotransmisores o electrofisiológicas (Baron-Cohen, 2008). Por ello, se hace evidente que los TEA tienen alguna base biológica, pero queda un largo camino que recorrer para comprender el funcionamiento del cerebro de estas personas y mejorar tanto las herramientas para el diagnóstico como las intervenciones y tratamientos.

En opinión de González Carbajal (s.f.) el objetivo principal del diagnóstico debe ser “facilitar la comprensión del funcionamiento de la persona afectada”. Además de describir las características del TA, hay que explicarlas, así como ser conscientes no sólo de las debilidades, sino también de las fortalezas y las necesidades concretas que puede tener cada persona afectada por este trastorno.

El primer paso para realizar un diagnóstico adecuado es recoger datos de la historia clínica para elaborar la anamnesis, incluyendo aspectos como datos familiares, el periodo pre y perinatal, el historial médico, la situación familiar y educativa (o laboral), datos del desarrollo evolutivo y alteraciones en el sueño o la alimentación. El siguiente

paso será realizar una evaluación cualitativa, mediante la observación directa del individuo. En esta fase se deberá prestar especial atención al diagnóstico diferencial con otros trastornos, así como a los criterios diagnósticos del TA. Por último, se deberá realizar una evaluación cuantitativa, mediante el empleo de herramientas estandarizadas, como la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger, el Cuestionario de exploración del espectro del autismo de alto funcionamiento (ASSQ), la Escala de Inteligencia Wechsler o Lectura de emociones en los ojos. Con estas herramientas, entre otras, se obtendrán datos sobre el desarrollo social, cognitivo, del lenguaje y la comunicación, emocional y conducta y valores psicométricos del sujeto (González Carbajal, s.f.)

5. CAMBIOS EN EL DSM-V

Actualmente, hay un gran debate acerca de los cambios que se van a realizar en el DSM-V, que se prevé será publicado en mayo de 2013. La categoría diagnóstica de Trastornos Generalizados del Desarrollo pasaría a llamarse Trastornos del Espectro Autista e incluiría el trastorno autista, el TA, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, por lo que éstos dejarían de ser entidades independientes y el trastorno de Rett quedaría excluido. Este cambio pretende mostrar la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y las dificultades que surgen a la hora de establecer límites entre estos trastornos, por lo que se debería considerar la severidad de los síntomas prestando atención al funcionamiento verbal actual y a la competencia intelectual (Equipo Iridia, 2010).

Francesca Happé, responsable del grupo de trabajo sobre autismo defiende que los criterios para autismo del DSM-IV-TR eran adecuados para diagnosticar a niños de edad media, pero no era eficaz en el diagnóstico de personas menores y mayores que éstos, por lo que se pretende que en el DSM-V sea eficaz en todo el desarrollo.

Son tres los principales cambios que se pretender realizar en cuanto a los criterios diagnósticos: la Triada, alteraciones en lenguaje, alteraciones en el ámbito social y los intereses restringidos, pasaría a ser una díada, alteraciones del lenguaje y sociales (se

unifican) e intereses restringidos; se definirían los síntomas en los que cada uno de los criterios se puede manifestar, incluyendo ejemplos de diferentes niveles de afectación; y se incorporarían grados de severidad, cada criterio diagnóstico mostraría tres niveles diferentes (Fuentes, 2012).

Como se ha comentado, actualmente hay un gran debate acerca de este tema, entre las opiniones a favor de estas modificaciones se valora positivamente la inclusión de grados de severidad, ya que, como se ha comentado en este trabajo, tanto para el afectado como para la familia, el recibir un diagnóstico o una etiqueta tiene unas consecuencias. Con las modificaciones con respecto al grado de severidad, el tipo de intervención necesaria para cada persona podrá realizarse de manera más individualizada.

También encontramos varios profesionales, asociaciones y afectados y sus familias que están en contra de estas modificaciones, principalmente por el hecho de que con los nuevos criterios que plantea el DSM-V, son muchas las personas, actualmente diagnosticadas de TA, que ya no cumplirían criterios, por lo que independientemente de las dificultades a nivel emocional, social y educativo que puedan plantear, quedarán excluidos de ayudas y subvenciones que actualmente reciben.

6. CONCLUSIONES

Las personas con TA son honestas, nobles, sinceras, con una memoria excepcional, fieles a sus temas de interés, tienen dificultades para entender las reglas en la interacción social, para compartir y expresar emociones, en la planificación y control motriz, son muy perfeccionistas, etc. Debido a esto, y a los muchos trastornos comórbidos con el TA, estas personas deben superar dificultades en su día a día, pero también pueden, y deben, desarrollar sus habilidades especiales. El apoyo y colaboración que les brinden tanto su familia y amigos, como los profesionales que trabajen con ellos, cobrará una especial relevancia.

Como se ha comentado a lo largo de este trabajo, son varias las dificultades que surgen a la hora de realizar un diagnóstico preciso. Son muchos los afectados, y también familias, que acuden a consulta esperando recibir un diagnóstico para, por fin,

saber “qué les pasa” o “qué tienen”, comprenderlo y tener algún dato para comenzar su tratamiento. Pero es importante diferenciar entre poner una etiqueta o nombre y saber qué hacer. Los profesionales que realizan el diagnóstico deben ser conscientes de las consecuencias que tiene poner una etiqueta, por lo que el diagnóstico, así como la comunicación de éste, tanto al afectado como a la familia, debe realizarse de manera adecuada y haciendo que se comprenda no sólo el trastorno, sino los aspectos que el TA conlleva, así como pautas e intervenciones adecuadas.

Es importante seguir investigando, elaborando y mejorando todo tipo de intervenciones dirigidas a las personas con TA, pero también es importante apoyar a las familias y formar a los profesionales, ya que para que estas personas puedan superar sus déficits y desarrollar sus habilidades especiales, es necesario que tanto las familias como los profesionales, tengan los conocimientos adecuados para poder ayudar a las personas afectadas por TA. Otro aspecto de suma importancia es la necesidad de formación específica de psicólogos clínicos y escolares, pediatras y médicos de cabecera y maestros, ya que son los primeros profesionales que interactúan con los niños con TA y los que podrán colaborar a la hora de realizar un diagnóstico temprano, para así poder elaborar un programa de intervención adecuado para cada persona y se tengan en cuenta aspectos concretos como sus intereses restringidos o sus habilidades especiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arranz, B.; Ramírez, N.; Rueda, I.; San, L. y Sintés, A. (2011) Caso clínico. *Síndrome de Asperger ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta?*. [en línea]: Actas Españolas Psiquiatría; 39 (3): 196-200. [fecha de consulta: agosto 2012]. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-196-200-245555.pdf>

Artigas-Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Barcelona: Viguera Editores, S.L.

Artigas-Pallarés, J. (2007). *Un acercamiento al SÍNDROME DE ASPERGER: una guía teórica y práctica*. Sevilla: Federación Asperger Andalucía.

Artigas-Pallarés, J. (2006). *Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar*. I Jornada Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger, Sevilla, 9 Junio.

Attwood, T. (2002). *El Síndrome de Asperger: una guía para la familia*. Barcelona: Editorial Paidós.

Ballabriga, M.; Ballespí, S. y Domènech-Llaberia, E. (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. Madrid: Pirámide.

Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.

Bauer, S. *El Síndrome de Asperger* [en línea]: artículos web Federación Asperger España. 1996. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible en: <http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=113&cat=2>

Caballero, R. *Comorbilidad y diagnóstico diferencial en el Síndrome de Asperger* [en línea]: artículos web Federación Asperger España. II Jornadas Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger, Canarias, abril, 2008. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible en: <http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=187&cat=3>

Caballero, R.; Rodríguez Sacristán, J. y Torres, A. *¿Es el Síndrome de Asperger un diagnóstico válido en la actualidad?*. [en línea]: artículos Revista Psiquiatría.com; 5 (2). 2001. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/423/>

Cobo, M y Morán, E. (2011). *El Síndrome de Asperger. Intervenciones psicoeducativas*. Zaragoza: Asociación Asperger y TGDs de Aragón.

Cererols, R. (2011). *Descubrir el Asperger: una amplia versión de este trastorno aún poco conocido escrita desde la experiencia personal*. Pairal: Barcelona.

Equipo Deletrea. (2004). *Un acercamiento al SÍNDROME DE ASPERGER: una guía teórica y práctica*. Valencia: Asociación Asperger España.

Equipo Iridia. *Los Trastornos Generalizados del Desarrollo en el DSM-V*. [en línea]: web Equipo Iridia. Consultores en discapacidad. [fecha de consulta: septiembre 2012]. Disponible en: http://www.equipoiridia.es/web_ei/dsm-v-tea-2o-borrador

Fuentes, A. *¿Cómo nos afectará la publicación del DSM-V?*. [en línea]: web Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual. 2012. [fecha de consulta: septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.aepccc.es/blog/item/como-nos-afectara-la-publicacion-del-dsm-v.html>

González Carbajal, A. *Diagnóstico y evaluación de los Trastornos del Desarrollo*. [en línea]: artículos web Federación Asperger España. [fecha de consulta: septiembre 2012]. Disponible en:

<http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=120&cat=3>

Hernández Rodríguez, J. *Acerca de las dificultades de detección y diagnóstico del Trastorno de Asperger*. [en línea]: artículos web Federación Asperger España. 2003. [fecha de consulta: septiembre 2012]. Disponible en:

<http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=121&cat=3>

Hervás, A. *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración*. [en línea]: artículos web Federación Asperger España. 2007. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible en:

<http://www.aspergeraragon.org.es/ARTICULOS/DOSSIER%20ASPERGER%20Valoracion%20Discapacidad.pdf>

Lugnegård, T. *Depression Common in Young Adults with Asperger's*. [en línea]: artículo web PsychCentral. 2012. [fecha de consulta: agosto 2012]. Disponible en:

<http://psychcentral.com/news/2012/03/12/depression-common-in-young-adults-with-aspergers/35865.html>

Martín Borreguero, P. (2004). *El Síndrome de Asperger ¿excentricidad o discapacidad social*). Madrid: Alianza Editorial.

Martos-Pérez, J. y Paula-Pérez, I. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista Neurología*. 48, Suplemento 2, 31-34.

Rivière, A. (1997): *Desarrollo normal y autismo: definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo*. Curso de desarrollo normal y autismo, Santa Cruz de Tenerife, 24-27 septiembre.

Ruiz-Lázaro, P. *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración*. [en línea]: artículos web Federación Asperger España. 2007. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible en:

<http://www.aspergeraragon.org.es/ARTICULOS/DOSSIER%20ASPERGER%20Valoracion%20Discapacidad.pdf>

Ruiz-Lázaro, P. (2009). Trastornos del espectro autista. Detección precoz, herramientas de cribado. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 11, Suplemento 17, 381-397.

Wicks-Nelson, R. y Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.