



REVISIÓN TEÓRICA DEL SÍNDROME DE ASPERGER

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

2014

Almudena Fernández García

Dirigido por Serafín Gómez Martín y Antonio Manuel Molina Moreno

Convocatoria de Defensa el 16 de julio de 2014



Abstract

A review of the essential aspects of Asperger syndrome will be made. In this introduction to the syndrome theories, the diagnosis, evaluation and treatment of the problem will be revised. It will be also payed special attention to the family bond and closest people to people who have a problem of this type.

Resumen

Se va a realizar una revisión de los aspectos esenciales del Síndrome de Asperger. En esta introducción al síndrome se va a hablar tanto de las teorías, como del diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del problema. Además se va a prestar especial atención al vínculo familiar y de personas más cercanas a las personas que padecen un problema de este tipo.

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

Se necesita hacer mucho más énfasis en lo
que el niño puede hacer,
en lugar de lo que no puede hacer.

Dra. Temple Grandin.

Índice

| | |
|--|-------|
| 1. Introducción..... | 1-2 |
| 2. Teorías sobre el Síndrome de Asperger..... | 3-4 |
| 2.1. Teoría de la mente..... | 3 |
| 2.2. Teoría del déficit en función ejecutiva..... | 3 |
| 2.3. Teoría del déficit en coherencia central..... | 3 |
| 2.4. Disfunción del hemisferio derecho..... | 4 |
| 2.5. Teoría de la empatización sistematización..... | 4 |
| 3. Evaluación..... | 5-8 |
| 3.1. Algunos instrumentos de evaluación | |
| 3.1.1. Entrevista diagnóstica para el Síndrome de Asperger (A.S.D.I)..... | 5 |
| 3.1.2. Escala de observación para el diagnóstico del Autismo (ADOS)..... | 6 |
| 3.1.3. Cociente de Espectro Autista (AQ)..... | 6-7 |
| 3.1.4. Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)..... | 7 |
| 3.1.5. Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (A.S.A.S)..... | 8 |
| 4. Criterios diagnósticos (DSM-IV-TR, DSM V y CIE 10)..... | 9-13 |
| 5. Comorbilidad de SA y diagnóstico diferencial con AAF..... | 14 |
| 6. Tratamiento clínico..... | 15-19 |
| 6.1. Terapia de suelo o Floor time..... | 15 |
| 6.2. Terapia de grupo..... | 15-16 |
| 6.3. Terapia cognitivo-conductual (TCC)..... | 16 |
| 6.4. Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) combinada con Terapia de aceptación y compromiso (ACT)..... | 16-17 |
| 6.5. Tratamiento farmacológico..... | 17-18 |
| 6.6. La capacitación y apoyo para los padres..... | 18-19 |
| 7. Conclusiones..... | 20 |
| 8. Bibliografía..... | 21-22 |
| 9. Anexos..... | 23-34 |

1. Introducción

Leo Kanner (Klektiv, 1896 - 1981) fue un psiquiatra austríaco que realizó una descripción de niños en 1943, cuyos rasgos señalaban Autismo clásico o Síndrome de Kanner.

De forma paralela, Hans Asperger (Viena, 1906 – 1980) pediatra, investigador, psiquiatra y profesor de medicina austríaco, realizó estudios sobre desórdenes mentales en la infancia. En 1944, incluyó por primera vez a cuatro chicos muy inusuales en capacidades sociales, lingüísticas, y cognitivas bajo el nombre de psicopatía autística para referirse a una forma de trastorno de la personalidad, que posteriormente se designaría Síndrome de Asperger. En 1981, tras su muerte adquirió personalidad propia el Síndrome de Asperger como un trastorno diferenciado debido a la publicación de un artículo de Lorna Wing. Ella fue la primera persona en usar el término de Síndrome de Asperger. En su trabajo describía un grupo de niños y adultos cuyas características eran similares al perfil de habilidades y comportamiento descrito originariamente por Hans Asperger (Attwood, 2002).

En 1993, ya se realizaban diagnósticos de autismo. Sin embargo, aunque se conocían casos de niños que padecían el Síndrome de Asperger aún no se diagnosticaba esta patología (Bolton y Baron-Cohen, 1998).

El reconocimiento oficial del Asperger como trastorno diferenciado del autismo clásico tuvo lugar en ese mismo año, cuando la Organización Mundial de Salud lo incluyó en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y en el 1994, la Asociación Psiquiátrica Americana hizo lo mismo en la cuarta versión del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales *DSM-IV*. A partir de este momento, los estudios sobre el Asperger se multiplican, y con ellos las publicaciones que difunden su conocimiento. Comienza a ocurrir que las personas afectadas escriben libros relatando sus experiencias. Una de las primeras fue Temple Grandin y le siguieron Michael John Carley y Daniel Tammet entre otros (Cererols, 2011).

El Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno del desarrollo, de base neurobiológica, que afecta al funcionamiento social y al espectro de actividades e intereses. Está vinculado a una disfunción de diversos circuitos del cerebro. Tomando en consideración que el déficit nuclear del SA es el trastorno de la cognición social, parece razonable atribuir un papel central a la amígdala y a la relación entre la amígdala y circuitos frontoestriados, temporales y cerebelo, estructuras involucradas en el desarrollo de la relación social (Artigas-Pallarés, 2006).

El autismo clásico y el Síndrome de Asperger comparten dos rasgos claves: Las dificultades en procesos de comunicación social y los intereses obsesivos y acciones repetitivas.

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

Y las diferencias que presentan es que en el Síndrome de Asperger el coeficiente intelectual suele estar en la media o ser superior y no hay retraso en las habilidades lingüísticas, mientras que por su parte, en el autismo clásico puede haber cualquier coeficiente intelectual y existe retraso en la adquisición de habilidades lingüísticas. El Síndrome de Asperger se considera un trastorno del espectro autista más leve que el autismo clásico.

Es correcto según terminología oficial hablar de trastornos del espectro autista (TEA) para referirnos a cualquier tipo de autismo. Existen 6 subgrupos dentro del EA:

- **Síndrome de Asperger:** IQ ↑85, sin retraso en la adquisición del habla.
- Autismo de alto funcionamiento: IQ ↑85, sin retraso en la adquisición del habla.
- Autismo de funcionamiento medio: IQ ↑ 85, con retraso en la adquisición del habla.
- Autismo de bajo funcionamiento: IQ ↓70, con o sin retraso en la adquisición del habla.
- Autismo atípico: O bien porque se manifestó tarde o porque se da uno de los dos rasgos típicos.
- Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) no especificado: Síntomas demasiado leves como para dar diagnóstico claro de autismo o SA aunque se muestran más rasgos autistas de lo normal.

(Baron-Cohen, 2010).

Desde un punto de vista epidemiológico, la prevalencia del SA ha estado históricamente condicionada a los criterios diagnósticos, aunque todos los estudios apuntan una prevalencia aproximada de 2,6-4,8/1.000, con una frecuencia tres a cinco veces superior en varones respecto a mujeres [9-11] (Fernández, Martín, Calleja y Muñoz, 2007).

2. Teorías sobre el Síndrome de Asperger

2.1. Teoría de la mente.

Limitaciones en la representación interna de los propios estados mentales y los de los demás. Dificultad para predecir la conducta de los demás, y para darse cuenta de sus intenciones, para explicar sus propias conductas, problemas en comprender que sus conductas pueden afectar a los demás, incapacidad para darse cuenta del nivel de comprensión e interés de las personas que les escuchan (conversaciones tipo monólogo), dificultades en la anticipación, en narrar la memoria autobiográfica, para mentir y comprender engaños, y para comprender el uso de reglas en un acto comunicativo (no respetar turnos, ni mantener un contacto ocular adecuado (Cobo y Morán, 2010).

2.2. Teoría del déficit en función ejecutiva

Déficit en la organización de los pasos que les permiten solucionar un problema, en planificación y en ejecución de los planes, en atención porque ésta es selectiva hacia los estímulos de interés y problemas en discriminar los estímulos relevantes de los irrelevantes, de motivación en el aprendizaje cuando tienen que aprender aspectos que no tienen interés para ellos, inhibición de respuesta ya que suelen tener resistencia a interrumpir una conducta en el momento adecuado, problemas de generalización del aprendizaje ante una situación nueva lo que genera frustración y abandonar la tarea y dificultad en aprender estrategias de resolución de problemas, así como problemas de abstracción sobre los principios que regulan las soluciones a los mismos., razonamiento concreto en lugar de abstracto a pesar de tener una inteligencia normal, problemas al recordar los pasos que siguen a la ejecución de una actividad (mala memoria de trabajo), rigidez mental debido a la carencia de flexibilidad para adoptar diferentes perspectivas sobre la misma situación en diferentes momentos y excesiva preocupación por determinados temas de su interés lo que restringe su capacidad para centrarse en otras actividades o temas de conversación, y escaso control conductual del rendimiento mientras realizan una actividad (Cobo y Morán, 2010).

2.3. Teoría del déficit en coherencia central

Procesamiento centrado en los detalles y en las partes de un objeto o de una historia; se olvidan de la imagen o estructura global y no integran la información del contexto para buscar un sentido general y coherente. La información adquirida posee un significado descontextualizado. (Cobo y Morán, 2010).

2.4. Disfunción del hemisferio derecho

Dificultad para comprender la comunicación no verbal (entonación, volumen del habla, gestos y ademanes faciales y corporales), presencia de respuestas emocionales exageradas o poco coherentes con el contexto, dificultad para adaptarse a situaciones nuevas (rigidez), limitadas habilidades de organización viso-espacial, bajo rendimiento en tareas que requieran integración de la información viso-motora, y pocas habilidades de relación social (Cobo y Morán, 2010).

2.5. Teoría de la empatización sistematización

Problemas de empatía y habilidades de sistematización superiores, por lo que su capacidad de buscar y encontrar reglas por las que se rige el sistema para poder predecir cómo evolucionará está por encima de la persona no afectada (Cobo y Morán, 2010).

Simon Baron Cohen resume las características principales del SA en esta teoría (Baron-Cohen, 2010).

3. Evaluación

La evaluación del desarrollo es un proceso que tiene como objetivo profundizar en la comprensión de las competencias y recursos, y en los entornos de aprendizaje y de cuidado, fundamentalmente para ayudar al niño a hacer el uso más completo de su potencial de aprendizaje (Greenspan y Meisels, 1996. Citado en Fernández-Ballesteros, 1999).

Llevar a cabo la valoración diagnóstica implica dedicar al menos una hora de tiempo para tal fin. Se examinan diversos aspectos, tales como el comportamiento social, el lenguaje, las capacidades cognitivas, los intereses del niño y las habilidades motrices. Se proponen situaciones específicas para evaluar las áreas nombradas anteriormente. Es importante la comunicación con los padres para obtener información en relación con la historia del desarrollo del niño y su comportamiento en situaciones específicas (Attwood, 2002).

3.1. Algunos instrumentos de evaluación

3.1.1. Entrevista diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI)

Esta entrevista está estructurada y está dirigida a los familiares más cercanos de la persona con Síndrome de Asperger, a los padres. No se precisa nivel de experto para su utilización.

Consta de 20 ítems y el formato de respuesta es cerrado: SI/NO.

| | Área | Preguntas | Mínimo |
|---|--|-----------|--------|
| 1 | Alteraciones severas en la interacción social recíproca (egocentrismo extremo) | 4 | 2 |
| 2 | Patrón / es de intereses restringidos y absorbentes | 3 | 1 |
| 3 | Imposición de rutinas, rituales e intereses | 2 | 1 |
| 4 | Peculiaridades del habla y el lenguaje | 5 | 3 |
| 5 | Problemas de comunicación no verbal | 5 | 1 |
| 6 | Torpeza motora | 1 | 1 |

(Gillberg, Gillberg, Rastam y Wentz, 2001).

En la tabla 1 puede observarse una entrevista de este tipo. Ver anexos.

3.1.2. Escala de Autismo (ADOS):

Es una evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para sujetos con sospecha de trastornos de espectro autista.

El ADOS consta de un conjunto de actividades, que proporcionan contextos estandarizados, donde el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos comportamientos sociales y de la comunicación relevante para el diagnóstico de los TEA.

Estructurado en cuatro módulos, cada sujeto es evaluado sólo con el módulo adecuado a su edad y nivel de comunicación verbal. Los módulos de los que consta la prueba son los siguientes:

- Módulo 1: No tiene habla espontánea, ni en frases.
- Módulo 2: Alguna flexibilidad en el uso de las frases, no verbalmente fluido.
- Módulo 3: Verbalmente Fluido.
- Módulo 4: Fluidez Verbal, más conversacional.

El ADOS se puede aplicar a sujetos de muy diferentes edades (desde niños a adultos), niveles de desarrollo y comunicación verbal (desde aquellos sin habla a aquellos con un habla fluida). Sin embargo, esta escala se ha de realizar a sujetos con una edad mental superior a 2 años y suele usarse una aplicación individual. El tiempo de aplicación oscila entre 30 y 50 minutos.

Incluye puntos de corte para el diagnóstico de autismo u otros TEA.

(Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 1989).

En la tabla 2 se puede observar la escala ADOS. Ver anexos.

3.1.3. Cociente de Espectro Autista (AQ)

Prueba de control que puede realizarse desde los cuatro años hasta la edad adulta.

Se puede utilizar para eliminar por completo el diagnóstico de síndrome de Asperger en el caso de puntuaciones de 26 o inferiores. No se debe considerar este test como un método definitivo para el diagnóstico de afecciones del espectro autista.

SimonBaron-Cohen sugiere las siguientes puntuaciones para interpretar los resultados obtenidos al completar el cuestionario:

| | |
|--------------|---|
| 0–10 | Bajo |
| 11–22 | Media (la media femenina es de 15 y la masculina de 17) |
| 23–31 | Sobre la media |
| 32–50 | Muy alto (la media de las personas con SA o AAF es de 35) |

El AQ ha sido usado para determinar las puntuaciones que permitirían discriminar diversos grados del fenotipo del autismo. Los valores sugeridos son los siguientes:

| | |
|--------------|-------------------------------|
| 23–28 | Fenotipo ampliado del autismo |
| 29–34 | Fenotipo medio del autismo |
| 35–50 | Fenotipo reducido del autismo |

(Baron-Cohen, 2005).

En la tabla 3 aparece la escala correspondiente a este instrumento de evaluación. Ver anexos.

3.1.4. Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)

Útil en la identificación temprana de niños, entre edades comprendidas entre los cuatro y los once años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un SA.

Compuesto por 39 preguntas.

Las respuestas subrayadas puntúan 1 punto. Las preguntas que no tienen ninguna respuesta subrayada son las preguntas de control (éstas no puntúan). La puntuación máxima posible es de 31. Se ha establecido la puntuación de 15 como punto de corte para sospechar de un posible TEA o de dificultades relacionadas con el desarrollo sociocomunicativo.

(Martín, 2004. Texto traducido al español en Scott, Baron-Cohen y Bolton, y Brayne, 2002).

En la tabla 4 podemos observar las cuestiones correspondientes a este test. Ver anexos.

3.1.5. Escala Australiana para el Síndrome de Asperger(A.S.A.S)

Cuestionario para identificar comportamientos y capacidades que detectan el Síndrome de Asperger en los niños durante sus años de escuela primaria. Tomando el 0 como referencia del nivel normal en un niño de su edad (Attwood, 2002).

En la tabla 5 se encuentra ubicada esta escala. Ver anexos.

4. Criterios diagnósticos

No existe un acuerdo universal sobre los criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger (Attwood, 2002).

Éstos han sido descritos de diferente manera en manuales diversos:

Criterios diagnósticos del Trastorno de Asperger del DSM-IV-TR (APA, 2002).

| |
|---|
| F84.5 TRASTORNO DE ASPERGER |
| 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 la 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.

En el DSM-V el Síndrome de Asperger se incluye dentro de la categoría “Trastorno del Espectro del Autismo” compartiendo sus criterios diagnósticos (APA, 2013).

299.00 (F84.00). TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

Existen tres niveles de gravedad en orden ascendente.

- Nivel 1: Sin ayuda se dan deficiencias importantes en comunicación social y patrones de comportamiento.

- Nivel 2: Existen notables deficiencias en comunicación social y patrones de comportamiento.

| |
|---|
| <p>- Nivel 3: Existen muy notables deficiencias en comunicación social y patrones de comportamiento.</p> |
| <p>B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):</p> |
| <p>1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).</p> |
| <p>2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).</p> |
| <p>3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).</p> |
| <p>4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).</p> |
| <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p style="padding-left: 40px;">La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1: Sin ayuda se dan deficiencias importantes en comunicación social y patrones de comportamiento. - Nivel 2: Existen notables deficiencias en comunicación social y patrones de comportamiento. - Nivel 3: Existen muy notables deficiencias en comunicación social y patrones de comportamiento. |
| <p>C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).</p> |
| <p>D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.</p> |
| <p>E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del</p> |

desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger del CIE-10 (OMS, 1992).

F84.5 TRASTORNO DE ASPERGER

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo

| |
|--|
| <p>intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales aunque no se requieren para el diagnóstico.</p> |
| <p>B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).</p> |
| <p>C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funciones de los objetos de juego.</p> |
| <p>D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5, ni a trastorno obsesivocompulsivo (F42).</p> |

5. Comorbilidad de SA y diagnóstico diferencial con AAF

La comorbilidad en el Síndrome de Asperger (SA) es realmente frecuente (35%). Los niños con SA tienen un riesgo elevado de presentar trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tics, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno por ansiedad generalizada (Fernández, Martín, Calleja y Muñoz, 2007).

Aunque tienen en común las características principales el SA y el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF), éstos son muy distintos.

AAF puede diagnosticarse apropiadamente cuando se reúnen los criterios para desorden autista y la escala de desarrollo IQ excede el rango de retraso mental. En comparación con el SA, el AAF tiene un IQ inferior, con menos diferencias en la función verbal. En el SA, el índice verbal excede el manipulativo, puede haber más casos en la historia familiar, sobre todo en los padres de los niños con SA, en comparación con el AAF. La torpeza motora suele ser más característica del SA, considerando que los manierismos motores pueden aparecer más en asociación con AAF.

Las anormalidades y retraso en el lenguaje y comunicación pueden ser más severos en AAF que en el SA. Las peculiaridades del discurso (prosodia) y el lenguaje pueden no obstante estar presentes en niños con SA. Dado que la mayoría de los casos de SA son diagnosticados a la edad de 7 años o más, los datos con respecto a la aparición y desarrollo del habla pueden depender caprichosamente de la memoria de los padres, de dudosa fiabilidad. El criterio de exclusión sobre la ausencia de retraso en el habla parece polémico. El SA también puede distinguirse del AAF por los tempranos patrones de contacto. En la niñez temprana, el SA está asociado con una relación adecuada con los miembros familiares (aunque impropia y torpe). En Autismo, la conexión a los familiares muestra modelos más atípicos y marcados por el alejamiento. El SA puede identificarse con precisión a través del asesoramiento neuropsicológico (Citado en Bloch-Rosen, 1999 abril 8)

6. Tratamiento clínico

Al ser un trastorno reconocido recientemente por la comunidad científica, es lógico que sea aún desconocido para la población general e incluso por muchos profesionales. Por esta razón, muchos casos de Asperger no están diagnosticados o reciben un diagnóstico equivocado. Sin embargo, es importante establecer un diagnóstico temprano en el Síndrome de Asperger para poder pautar un tratamiento adecuado y no empeorar la situación del niño, lo que significaría un cuadro de baja autoestima, fracaso escolar, depresión para el niño con Síndrome de Asperger.

El tratamiento ideal de AS coordina terapias que abordan los tres síntomas esenciales del trastorno: malas habilidades de comunicación, rutinas obsesivas o repetitivas, y torpeza física.

Recuperado de <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_asperger.htm>

6.1. Terapia de suelo o Floor time

El modelo DIR, creado por Stanley Greenspan, es un novedoso marco teórico que sostiene los procesos de valoración e intervención con niños con necesidades especiales en las áreas de relación y comunicación y/o TEA.

Su técnica principal es Floortime, una forma sistemática de jugar siguiendo el liderazgo natural del niño mientras se le desafía adecuadamente para subir por escalera del desarrollo emocional funcional.

El desarrollo evolutivo se estudia en áreas diferenciadas (cognitiva, motora fina y gruesa, lenguaje y socio-emocional) que en última instancia se consideran entrecruzadas.

La intervención está dirigida principalmente al desarrollo de habilidades cognitivas, del lenguaje y, sólo en caso de observarse dificultades, también de destrezas motoras.

Destaca por el apoyo que ofrece a las familias para que sean ellas quienes establezcan interacciones lúdicas favorecedoras del desarrollo (regulación, vinculación, comunicación de emociones e ideas, etcétera).

(Casals y Abelenda, 2012 octubre)

6.2. Terapia de grupo:

Capacitación en habilidades sociales.

La sesión típica es aquella que se desarrolla comúnmente, y que puede constar de un momento

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

de socialización entre los pacientes en la sala de espera, sin intervención de los terapeutas, antes de ingresar a la sesión propiamente dicha.

Una vez en la sala de sesión, se dispone un tiempo de conversación grupal, que es guiado por las terapeutas, en caso de ser necesario. Posteriormente se puede plantear una actividad semi-estructurada y un momento de actividad lúdica. Por último, se hace la despedida, realizando una síntesis de lo trabajado. Dentro de este tipo de sesión, cabe mencionar la sesión inicial o primera del grupo donde se realiza la presentación de cada integrante y de las terapeutas y se explica la finalidad del grupo, todo esto puede ir acompañado de juegos (Siboldi, 2011).

6.3. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Es la terapia más usada habitualmente en personas con Síndrome de Asperger.

Está dirigida a desarrollar y/o aumentar las habilidades sociales, así como la calidad de las relaciones interpersonales, a desarrollar la competencia emocional y mejorar las habilidades de manejo emocional y también a desarrollar y favorecer el uso de estrategias adecuadas para el manejo de la ansiedad, ira o frustración.

Los objetivos principales son la mejora de HHSS y asertividad, la identificación y manejo de emociones, la solución de problemas y manejo de conflictos, la relajación y pautas de autorregulación para situaciones de alta activación emocional, y la identificación de estímulos desagradables para el propio individuo y puesta en marcha de estrategias adecuadas para amortiguarlos (Pérez, 2013).

6.4. Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) combinada con Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

Estas dos terapias forman parte de las terapias conductistas de Tercera Generación de Terapias (años 90) y cuyo diseño tiene como pretensión abordar problemas clínicos complejos, y sus bases son los principios del análisis de conducta y del contextualismo funcional. La nueva psicoterapia que surge de la combinación de ambas es FACT.

ACT trata de alterar la función de los pensamientos y/o sensaciones molestos y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. Los principios en que se fundamenta esta terapia son los de facilitar la clarificación de valores y la actuación comprometida con éstos, y facilitar la defusión de los eventos privados que acompañen la actuación valiosa, desactivando las funciones de evitación y experimentándolos desde la perspectiva de la persona como

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

contexto de todas las experiencias. Los métodos que se usan son las paradojas, metáforas y ejercicios de exposición.

FAP apunta la importancia sobre el aprendizaje en vivo en sesión, de modo que propone la interacción terapeuta-paciente como modo de generar cambios positivos en la conducta de éste último. Este tipo de terapia considera tres tipos de conductas relevantes:

- Las conductas relevantes tipo 1 (CCR1): conductas relacionadas con el problema que el paciente presenta en la sesión y cuya frecuencia debe ser reducida a lo largo de la terapia.
- Las conductas clínicamente relevantes tipo 2 (CCR2): conductas que ocurren en sesión y que suponen una mejoría en relación al problema por el que acude a consulta el paciente.
- Las conductas clínicamente relevantes tipo 3 (CCR3): interpretaciones del paciente sobre su propio comportamiento y de la equivalencia funcional que indican semejanzas entre lo que ocurre en la sesión y su vida diaria.

Las principales técnicas terapéuticas que se emplean son las siguientes:

- Estrategia 1: Atención a las conductas clínicamente relevantes (CCR). Esta estrategia es la más importante ya que por sí sola conduce a un tratamiento más intenso y efectivo.
- Estrategia 2: Provocar CCR2, que como ya hemos dichos son las conductas que queremos conseguir.
- Estrategia 3: Reforzar CCR2, fortalecimiento las mejorías que se producen en la consulta.

Ambas terapias pretenden enseñar al paciente a determinar lo que es eficaz y efectivo en términos de su propio comportamiento, con la consecución de ayudarles a detectar las condiciones en las que el comportamiento ineficaz es probable que ocurra y cuando puede ser más eficaz en el logro de sus objetivos.

En el trabajo de Ana Pérez se observa cómo se produce una mejoría notable en el uso de la conjunción de estas terapias con un adulto diagnosticado de Asperger (Pérez, 2013).

6.5. Tratamiento farmacológico

No existen fármacos específicos para el tratamiento del SA.

Sin embargo, los fármacos utilizados con mayor frecuencia en estos pacientes incluyen antidepresivos, psicoestimulantes, y neurolépticos atípicos. Estos se orientan al manejo de

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

algunas comorbilidades y síntomas específicos frecuentes, y que incluyen: Epilepsia, Trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), Trastornos de conducta, Depresión, Ansiedad, Tics, Síntomas obsesivos y Trastornos del sueño.

Dentro de los antidepresivos, los más utilizados son los inhibidores de recaptación de serotonina. Estos son efectivos en reducir rituales, estereotipia, comportamientos rígidos, agresividad y ansiedad.

Los psicoestimulantes, como el metilfenidato, también son ampliamente utilizados; y son efectivos en el manejo de la atención y el autocontrol del niño.

Neurolépticos, como la risperidona, se pueden utilizar cuando hay problemas serios de conducta, como por ejemplo auto o heteroagresividad.

Recuperado de <<http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/346.html>>

6.6. La capacitación y apoyo para los padres

Se proporciona orientación y recursos eficaces e inmediatos (direcciones de asociaciones, grupos de autoayuda de padres, instituciones públicas y privadas de apoyo a familias, servicios de terapia y centros educativos más adecuados. Se suministran pautas de estructuración del tiempo familiar dedicado a cada miembro, reservando tiempo para los demás hijos y también para la pareja. Se hace hincapié en la importancia de la atención y cuidado de uno mismo. Se informa a familiares del trastorno para la adecuada comprensión de éste. Se enseña a la familia a focalizar su atención en los progresos. También se debe concienciar a los padres de que el niño con discapacidad nos hace reordenar nuestros valores y suele ser para mejor.

Pueden darse algunas actitudes erróneas de los padres hacia su hijo, las cuales hay que erradicar, ya que son perjudiciales para el avance positivo del niño, tales como la sobreprotección, el rechazo del problema y búsqueda de refuerzo personal en el entorno sociolaboral, búsqueda de culpabilidad, dudas sobre la propia capacidad de ayudar al niño, búsqueda de confirmación del diagnóstico, u ocultación de la situación.

Los programas de intervención pueden ser diversos en función de las necesidades tanto de la familia como del propio hijo con SA:

· *Programas de intervención individuales con el niño*, con procedimientos de generalización al entorno familiar.

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

- *Programas terapéuticos individuales para algunos miembros de la familia*(técnicas de regulación emocional, aceptación del problema,estrategias de solución de problemas, implicaciones para la vidacotidiana de la familia, ansiedad, angustia...)
- *Programas de entrenamiento y educación para grupos de padres*
- *Programas de entrenamiento a padres como coterapeutas* (visitas al domicilio y al entorno cercano, colegio,...) (Lozano, 2004).

7. Conclusiones

Es primordial realizar una evaluación exhaustiva cuando existe una cierta posibilidad de padecer algún tipo de autismo y cuanto antes se realice mejor debido a que realizando una atención temprana y proponiendo los programas de tratamiento adecuados es posible que se produzca una mejoría considerable.

En algunos casos, los niños diagnosticados con un autismo clásico han avanzado a lo largo del continuo autista hasta situarse en un grado menos severo del espectro, el Síndrome de Asperger (Ozonoff, Rogers y Pennington, 1991. Citado en Attwood, 2002).

Esta mejoría puede ser rápida y suceder antes de los 5 años de edad (Shah, 1988. Citado en Attwood, 2002).

Para saber interpretar los signos del problema se debe de proporcionar la información fundamental a docentes en el aula, ya que son los profesionales que están con los niños en edad temprana y los cuales pueden observar pautas anormales de comportamiento con respecto a las mostradas por los demás niños del mismo nivel educativo. Además hay que tener en cuenta que los niños no se comportan igual en el ámbito familiar que en el aula, y que en este último lugar se va a fomentar más la interacción social y por lo tanto, se pueden hallar más deficiencias sociales entre otras en el niño.

También es importante conocer que la mayoría de los casos de diagnóstico de Síndrome de Asperger tienen lugar a partir de los 7 años del niño (escuela primaria), lo cual no quiere decir que no haya que preocuparse por obtener una respuesta antes de esta edad cronológica (Attwood, 2002). Siempre que se observe algún patrón de conducta disfuncional es motivo suficiente para ponerse en contacto con un profesional médico, psiquiatra o psicólogo/a. Lo que ocurre es que en los años de escuela primaria es cuando es más aparente el síndrome.

8. Bibliografía

- Artigas-Pallarés, J. (2006). *Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar*. I Jornada Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger, Sevilla, 9 Junio. Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana
- Attwood, T. (2002). *Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Baron-Cohen, S. y Bolton, P. (1998). *Autismo: Una guía para padres*. Madrid: Alianza Editorial
- Baron-Cohen, S. (2005). *La gran diferencia: cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Barcelona: Editorial Amat
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial
- Bloch-Rosen, S. (1999). Síndrome de Asperger, autismo de alto funcionamiento y desórdenes del espectro autista. *El cisne*
- Casals, V. y Abelenda, J. (2012). El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de salud mental*, vol. X, nº 44: 54-61
- Cererols, R. (2011). *Descubrir el Asperger: una amplia versión de este trastorno aún poco conocido escrita desde la experiencia personal*. Pairal: Barcelona
- Cobo, M.C. y Morán, E. (2010). *El Síndrome de Asperger. Intervenciones psicoeducativas*. Zaragoza: Asociación Asperger y TGDs de Aragón
- Fernández, A.; Martín, D.; Calleja, B. y Muñoz, N. (2007). Síndrome de Asperger: Diagnóstico y tratamiento. *REV NEUROL* 2007; 44 (Supl 2): S53-S55
- Fernández Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
- Galdames, Alejandra. *Síndrome de Asperger: Intervenciones* [en línea]: documento electrónico obtenido de internet [fecha de consulta: 20 Junio 2014]. Recuperado de <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/346.html>
- Gillberg, C.; Gillberg, C. I.; Rastam, M. y Wentz, E.: The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism* 2001; 5(1):57-66
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. *Síndrome de Asperger* [en línea]: documento electrónico obtenido de internet [fecha de consulta: 10

mayo 2014]. Recuperado de http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_asperger.htm

Lord, C.; Rutter, M.; DiLavore, P.C. y Risi, S. (1989). *ADOS. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo*. Manual. Tea Ediciones

Lozano, P. (2004). *La familia del alumno con Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.

Martín, P. (2004). *El síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* Madrid: Alianza Editorial

Moreno, F; Marthe, N y Rebolledo, L.A. (2010). *Cómo escribir textos académicos según normas internacionales: APA, IEEE, MLA, VANCOUVER e ICONTEC*. Barranquilla [Colombia]: Ediciones Uninorte.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico CIE-10*. Madrid: Meditor

Pérez, Ana. *FAP y ACT en la intervención con un adulto con diagnóstico de Síndrome de Asperger: Breve memoria de prácticas e integración de Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) y Psicoterapia analítica Funcional (FAP) en el trabajo terapéutico con un adulto de 20 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA) con patrones rígidos de comportamiento*[en línea]: documento electrónico obtenido de internet. 2013 [fecha de consulta: 26 Junio 2014]. Recuperado de http://0-nevada.ual.es/almirez.ual.es/biblio/trabajosft/TFM/2012_2013/WAM/7063_Master_en_Intervencion_Psicologica/7063_232_CAT/Trabajo.pdf

Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P. y Brayne, C. (2002): The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autism*, 2002; 6(1):9–31

Siboldi, J. E., (2011). *Síndrome de Asperger y habilidades sociales: un abordaje grupal* [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”[en línea]: documento electrónico obtenido de internet [fecha de consulta: 1 mayo 2014]. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf>

9. Anexos

- Tabla 1. Entrevista diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI)

| ITEMS | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Tiene dificultades para relacionarse con personas de su edad? Si es así, ¿en qué forma? | | |
| 2. ¿Muestra un interés escaso o parece carecer de interés, por hacer amigos o relacionarse con personas de su edad? Si es así, especifíquelo. | | |
| 3. ¿Tiene problemas para apreciar las claves sociales? Por ejemplo, ¿falla a la hora de notar cambios en las conversaciones o interacciones sociales, o no se da cuenta de esos cambios cuando está interactuando con otras personas? Si es así, por favor, descríballo. | | |
| 4. ¿Muestra conductas social o emocionalmente inadecuadas? Si es así, ¿de qué forma/s? | | |
| 5. ¿Tiene alguna afición o algún interés específico que ocupe la mayoría de su tiempo, o que restrinja claramente su dedicación a actividades? Si es así, por favor, coméntelo. | | |
| 6. ¿Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos? Si lo hay, por favor, especifíquelo. | | |
| 7. Las cosas que le interesan, ¿están más basadas en la memoria mecánica que en un auténtico significado? | | |
| 8. ¿Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crearle problemas a él/ella mismo/a? Si es así, ¿de qué modo? | | |
| 9. ¿Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crearle problemas a los demás? Si es así, por favor, descríballo. | | |
| 10. Su desarrollo del lenguaje ¿fue retrasado? Si es así, coméntelo, por favor. | | |
| 11. Su lenguaje, ¿es “superficialmente perfecto”, al margen de que tenga o no problemas de comprensión, u otros problemas lingüísticos? Si es así, coméntelo, por favor. | | |
| 12. Su lenguaje, ¿es formal, pedante, o “exageradamente adulto”? Si es así, por favor, descríballo. | | |
| 13. ¿Hay alguna característica en su voz (tono, volumen, timbre, entonación, forma de acentuar las palabras, “prosodia”, etc.) que usted encuentre peculiar o inusual? Si es así, ¿de qué forma? | | |

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

| | | |
|---|--|--|
| 14. ¿Tiene problemas de comprensión (incluyendo interpretaciones erróneas de significados literales o implicados? Si es así, ¿qué tipo de problemas? | | |
| 15. ¿Gesticula poco? Si es así, coméntelo, por favor. | | |
| 16. Su lenguaje corporal, ¿es torpe, desgarbado, desmañado, extraño o inusual? Si es así, coméntelo, por favor. | | |
| 17. Sus expresiones faciales, ¿son limitadas o poco variadas? Si es así, descríbalas, por favor. | | |
| 18. Su expresión general (incluida su expresión facial) ¿resulta a veces inadecuada? Si es así, descríbala, por favor. | | |
| 19. ¿Su mirada es fija, extraña, peculiar, anormal o rara? Si es así, descríbala. | | |
| 20. ¿Se ha observado si tiene un rendimiento bajo en las exploraciones neuroevolutivas, bien en el pasado o en la presente exploración? Si es así, coméntelo, por favor. | | |
| | | |

(Gillberg, Gillberg, Rastam y Wentz, 2001)

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

- Tabla 2. Escala de Autismo (ADOS)

MÓDULO 1 (PREVERBAL Y PALABRAS SUELTAS) DE LA ESCALA ADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO.

Se aplica a niños con edad de desarrollo inferior a 3 años.

Consta de estas 10 actividades:

1- Juego Libre:

El objetivo de esta actividad es que el niño se relaje y familiarice con la situación de prueba. Además se pretende comprobar:

- Si el niño usa los juguetes independientemente.
- Su relación con el familiar o cuidador que está presente.
- Si realiza comportamientos repetitivos.

Se debe evaluar:

- Si el niño intenta involucrar en el juego al familiar, si hay referencia conjunta con él, etc.
- Si hay exploración simbólica o funcional de los juguetes por parte del niño.
- La atención prestada por el niño al juego, los cambios de actividad, las conductas repetitivas, etc.

2- Respuesta al nombre:

El objetivo de esta actividad es valorar la respuesta del niño cuando se le llama por su nombre, tanto por el examinador como por el familiar.

3- Respuesta a la atención conjunta:

El objetivo de esta actividad es valorar la respuesta del niño cuando el examinador atrae su atención hacia un objeto distante, ya sea con la mirada o con la acción de señalar.

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

4- Juego con burbujas:

El objetivo de esta actividad es observar la presencia de emociones, de atención conjunta, el placer compartido, la acción de pedir y la conducta motora mientras se hacen burbujas con una pistola.

5- Anticipación de una rutina con objetos:

El objetivo de esta actividad es evaluar la anticipación e iniciación por parte del niño de la repetición de una acción rutinaria con objetos, pudiéndose evaluar de esta manera sus emociones, la atención conjunta, el placer compartido, de qué manera el niño pide algo y su conducta motora a lo largo de la actividad.

6- Respuesta a la sonrisa social:

El objetivo de esta actividad es valorar la respuesta de sonrisa del niño cuando el examinador o un familiar le sonrío o inicia algún juego de cogerle.

7- Anticipación de una rutina social:

El objetivo de esta actividad es evaluar las acciones de anticipación, petición y participación en una rutina de carácter social, como el Cu-Cu-Trás, hacerle cosquillas, columpiarle o balancearle.

8- Imitación funcional y simbólica:

El objetivo de esta actividad es valorar las acciones simples del niño ante objetos reales y sustitutos de dichos objetos a la hora de imitar acciones familiares (por ejemplo, beber de un vaso).

9- Fiesta de cumpleaños:

El objetivo de esta actividad es propiciar una oportunidad para que el niño participe en un juego simbólico y funcional (hacerle una fiesta a un muñeco).

10- Aperitivo:

El objetivo de esta actividad es propiciar la oportunidad que el niño haga una petición (concretamente una comida) en un contexto familiar.

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

MÓDULO 2 (HABLA CON FRASES) DE LA ESCALA ADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO.

Se aplica a niños con un lenguaje a partir de 3 palabras.

El Módulo Dos (habla con frases) consta de estas 14 actividades:

Tarea de construcción, respuesta al nombre, juego simbólico, juego interactivo conjunto, conversación, respuesta a la atención conjunta, tarea de demostración, descripción de una imagen, contar un cuento de un libro, juego libre, fiesta de cumpleaños, aperitivo, anticipación de una rutina con objetos y juego con burbujas.

EL MÓDULO 3 (LENGUAJE FLUIDO) DEL TEST ADOS O ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO.

Se aplica a niños y adolescentes jóvenes con lenguaje fluido.

Consta de estas 14 actividades: tarea de construcción, juego simbólico, juego interactivo conjunto, tarea de demostración, descripción de una imagen, contar un cuento de un libro, viñetas, conversación e informes, emociones, dificultades sociales y molestias, descanso, amistades y matrimonio, soledad, inventarse una historia.

MÓDULO 4 (FLUIDEZ VERBAL) DE LA ESCALA ADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO.

Se aplica a adolescentes y adultos con lenguaje fluido.

Consta de estas 15 actividades:

Tarea de construcción, contar un cuento de un libro, descripción de una imagen, conversación e informes, trabajo o escuela actual, dificultades sociales y molestias, emociones, tarea de demostración, viñetas, descanso, vida diaria, amistades y matrimonio, soledad, planes y deseos, e inventarse una historia (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 1989).

○ Tabla 3. Cociente de Espectro Autista (AQ)

| ITEMS | | SI | NO |
|-------|--|----|----|
| 1 | Prefiero hacer cosas con otras personas en lugar de hacerlas solo. | | |
| 2 | Prefiero hacer las cosas de la misma manera una y otra vez. | | |
| 3 | Si intento imaginar algo me es muy fácil construir una imagen en mi mente. | | |
| 4 | Con frecuencia me quedo tan profundamente absorto en un tema que pierdo de vista todo lo demás. | | |
| 5 | A menudo percibo ligeros sonidos que los demás no aprecian. | | |
| 6 | A menudo me fijo en las matrículas de los coches u otras cadenas de información similares. | | |
| 7 | A menudo otras personas me comentan que lo que he dicho es de mala educación, a pesar de que a mí no me lo parece. | | |
| 8 | Cuando leo un relato puedo imaginarme con claridad cómo podrían ser los personajes. | | |
| 9 | Me fascinan las fechas. | | |
| 10 | En un grupo social puedo llevar con facilidad el hilo de las diferentes conversaciones de la gente. | | |
| 11 | Me encuentro cómodo en las situaciones sociales. | | |
| 12 | Suelo darme cuenta de detalles que otras personas pasan por alto. | | |
| 13 | Prefiero antes ir a una biblioteca que a una fiesta. | | |
| 14 | Me resulta fácil inventarme historias. | | |
| 15 | Me siento más atraído por las personas que por las cosas. | | |
| 16 | Tiendo a tener intereses muy intensos y me molesto si no los puedo ejercer. | | |
| 17 | Me gusta la cháchara social. | | |
| 18 | Cuando hablo no siempre es fácil para los demás meter baza. | | |
| 19 | Me fascinan los números. | | |
| 20 | Cuando leo novelas encuentro difícil entender las intenciones de los personajes. | | |
| 21 | No me gusta especialmente leer novelas. | | |
| 22 | Encuentro difícil hacer nuevos amigos. | | |
| 23 | Continuamente me doy cuenta de patrones en las cosas. | | |
| 24 | Prefiero ir antes al teatro que a un museo. | | |
| 25 | No me molesta que mi rutina diaria sea interrumpida. | | |

Revisión teórica del Síndrome de Asperger

| | | | |
|----|---|--|--|
| 26 | A menudo me ocurre que no sé cómo mantener una conversación. | | |
| 27 | Encuentro fácil "leer entre líneas" cuando alguien me habla. | | |
| 28 | Suelo concentrarme más en la visión general que en los pequeños detalles. | | |
| 29 | No soy bueno recordando números de teléfono. | | |
| 30 | Normalmente no observo los pequeños detalles de una situación o de la apariencia de una persona. | | |
| 31 | Soy capaz de darme cuenta si una persona que me está escuchando se aburre. | | |
| 32 | Encuentro fácil hacer más de una cosa a la vez. | | |
| 33 | Al hablar por teléfono no estoy seguro de cuando es mi turno para hablar. | | |
| 34 | Me gusta hacer cosas de forma espontánea. | | |
| 35 | A menudo soy el último en entender la gracia de un chiste. | | |
| 36 | Encuentro fácil adivinar lo que una persona está pensando o sintiendo simplemente mirando a su cara. | | |
| 37 | En caso de ser interrumpido puedo volver a lo que estaba haciendo de forma muy rápida. | | |
| 38 | Soy bueno en la chachara social. | | |
| 39 | La gente a menudo me dice que vuelvo una y otra vez sobre el mismo tema. | | |
| 40 | En mi infancia me gustaba jugar a fingir o simular con otros niños. | | |
| | | | |
| 41 | Me gusta coleccionar información sobre categorías de cosas (por ejemplo tipos de coches, pájaros, trenes, plantas, etc.). | | |
| 42 | Me cuesta imaginarme cómo me sentiría siendo otra persona. | | |
| 43 | Me gusta planear con cuidado todas las actividades en las que participo. | | |
| 44 | Me gustan las ocasiones sociales. | | |
| 45 | Encuentro difícil adivinar las intenciones de las otras personas. | | |
| 46 | Las situaciones nuevas me generan ansiedad. | | |
| 47 | Me gusta conocer a gente nueva. | | |
| 48 | Soy un buen diplomático. | | |
| 49 | No soy bueno recordando las fechas de nacimiento de la gente. | | |
| 50 | Encuentro muy fácil jugar con niños a juegos que implican fingir o simular. | | |

(Baron-Cohen, 2005)

○ Tabla 4. Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)

Nombre del niño:

Edad: **Sexo:** masculino/femenino

Nombre del padre: **Profesión:**

Nombre de la madre: **Profesión:**

Dirección:

Teléfono:

Colegio:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se presentan y haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada. Todas las respuestas son confidenciales.

| ITEMS | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. Le resulta fácil participar en los juegos con los otros niños? | | |
| 2. ¿Se acerca de una forma espontánea a usted para conversar? | | |
| 3. ¿Comenzó el niño a hablar antes de cumplir los dos años? | | |
| 4. ¿Le gustan los deportes? | | |
| 5. Da el niño importancia al hecho de llevarse bien con otros niños de la misma edad y parecer como ellos? | | |
| 6. ¿Se da cuenta de detalles inusuales que otros niños no observan? | | |
| 7. ¿Tiende a entender las cosas que se le dicen literalmente? | | |
| 8. A la edad de tres años, ¿pasaba mucho tiempo jugando imaginativamente a juegos de ficción? Por ejemplo, imaginando que era un superhéroe u organizando una merienda para sus muñecos. | | |
| 9. ¿Le gusta hacer las cosas de manera repetida y de la misma forma todo el tiempo? | | |
| 10. ¿Le resulta fácil interactuar con otros niños? | | |
| 11. ¿Es capaz de mantener una conversación recíproca? | | |
| 12. Lee de una forma apropiada para su edad? | | |
| 13. ¿Tiene los mismos intereses, en general, que los otros niños de su misma edad? | | |
| 14. ¿Tiene algún interés que le mantenga ocupado durante tanto tiempo que el niño no hace otra cosa? | | |
| 15. ¿Tiene amigos y no solo “conocidos”? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 16. ¿Le trae a menudo cosas en las que está interesado con la intención de mostrárselas? | | |
| 17. ¿Le gusta bromear? | | |
| 18. ¿Tiene alguna dificultad para entender las reglas del comportamiento educado? | | |
| 19. ¿Parece tener una memoria excepcional para los detalles? Si No | | |
| 20. ¿Es la voz del niño peculiar (demasiado adulta, aplanada, muy monótona)? | | |
| 21. ¿Es la gente importante para él? | | |
| 22. ¿Puede vestirse solo? | | |
| 23. ¿Muestra una buena capacidad para esperar turnos en la conversación? | | |
| 24. ¿Juega el niño de forma imaginativa con otros niños y participa en juegos sociales de roles? Si No | | |
| 25. ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o inapropiados socialmente? | | |
| 26. ¿Puede contar hasta cincuenta sin saltarse números? | | |
| 27. ¿Mantiene un contacto visual normal? | | |
| 28. ¿Muestra algún movimiento repetitivo e inusual? | | |
| 29. ¿Es su conducta social muy unilateral y siempre acorde a sus propias reglas y condiciones? | | |
| 30. ¿Utiliza algunas veces los pronombres “tú” y “él/ella” en lugar de “yo”? | | |
| 31. ¿Prefiere las actividades imaginativas como los juegos de ficción y los cuentos en lugar de números o listas de información? | | |
| 32. En una conversación, ¿confunde algunas veces al interlocutor por no haber explicado el asunto del que está hablando? | | |
| 33. ¿Puede montar en bicicleta (aunque sea con ruedas estabilizadoras)? | | |
| 34. ¿Intenta imponer sus rutinas sobre sí mismo o sobre los demás de tal forma que causa problemas? | | |
| 35. ¿Le importa al niño la opinión que el resto del grupo tenga de él? | | |
| 36. ¿Dirige a menudo la conversación hacia sus temas de interés en lugar de continuar con lo que la otra persona desea hablar? | | |
| 37. ¿Utiliza frases inusuales o extrañas? | | |

| Sección de necesidades especiales Por favor, completar cuando sea apropiado | | |
|---|--|--|
| 38. ¿Han expresado sus profesores o profesionales clínicos alguna preocupación acerca de su desarrollo? Si No | | |
| 39. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez de alguna de las siguientes condiciones?: | | |
| - Retraso del lenguaje - Hiperactividad/trastorno hiperactivo - Problemas de oído o visión - Condiciones de Espectro Autista - Alguna discapacidad física - Otros (por favor, especifique) | | |

(Martín, 2004. Texto traducido al español de Scott, Baron-Cohen y Bolton, y Brayne, 2002)

- Tabla 5. Escala Australiana para el Síndrome de Asperger(A.S.A.S)

| A- HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Le falta al niño comprensión de cómo jugar con los demás? | | |
| 2. ¿Evita el niño el contacto social con los compañeros cuando está libre para jugar con ellos? | | |
| 3. ¿Parece el niño inconsciente respecto de reglas sociales o códigos de conducta y realiza comentarios inapropiados? | | |
| 4. ¿Le falta al niño empatía? | | |
| 5. ¿Da la sensación de que el niño espera que los demás conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? | | |
| 6. ¿Necesita el niño que se le refuerce la confianza con excesiva frecuencia, especialmente si las cosas cambian o van mal? | | |
| 7. ¿Le falta al niño sutileza en su expresión de la emoción? | | |
| 8. ¿Le falta al niño precisión en la expresión de la emoción? | | |
| 9. ¿Se muestra el niño desinteresado en participar en deportes, juegos y actividades competitivas? | | |
| 10. ¿Es el niño indiferente a la presión de sus semejantes? | | |
| B- HABILIDADES DE COMUNICACIÓN | SI | NO |
| 11. ¿Hace el niño interpretaciones literales de los comentarios? | | |
| 12. ¿Adopta el niño un tono de voz inusual? | | |
| 13. ¿Cuándo se le habla al niño, parece no estar interesado por tu parte de la conversación? | | |
| 14. En una conversación, ¿tiende el niño a usar menos contacto visual del que sería de esperar? | | |
| 15. ¿Es el hablar del niño sobre preciso o pedante? | | |
| 16. ¿Tiene problemas el niño en entender una conversación? | | |
| C- HABILIDADES COGNITIVAS | SI | NO |
| 17. ¿Lee fundamentalmente el niño libros de información, no pareciendo tener interés en obras novelescas? | | |
| 18. ¿Tiene el niño una memoria excepcional de largo plazo para hechos y sucesos? | | |
| D- INTERESES ESPECIFICOS | SI | NO |
| 19. ¿Está el niño fascinado por algún tema en particular y selecciona con avidez información o estadísticas sobre ese interés? | | |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 20. ¿Se pone indebidamente inquieto por los cambios en la rutina y en las expectativas? | | |
| 21. ¿Desarrolla rutinas o rituales elaborados que deben ser cumplidos? | | |
| E- HABILIDADES DE MOVIMIENTO | SI | NO |
| 22. ¿Tiene el niño una pobre coordinación motriz? | | |
| 23. ¿Tiene el niño un ritmo extraño al correr? | | |
| F- OTRAS CARACTERISTICAS | SI | NO |
| a- Miedo o angustia inusual debido a: | | |
| -sonidos ordinarios. | | |
| -ligeros roces sobre la piel o la cabeza. | | |
| -llevar determinadas prendas de ropa. | | |
| -ruidos inesperados. | | |
| -la visión de ciertos objetos. | | |
| -sitios ruidosos y concurridos. | | |
| a- Una tendencia a agitarse o mecerse cuando excitado o angustiado. | | |
| b- Una falta de sensibilidad a niveles bajos del dolor. | | |
| c- Tardanza en adquirir el habla. | | |
| d- Muecas o tics faciales inusuales. | | |

(Attwood, 2002)