

Consideraciones diagnósticas en relación al síndrome de Asperger

Dra. Alexia Rattazzi (psiquiatra infantil)

Mucha es la polémica suscitada en torno al espectro autista y los cuadros que éste comprende. Actualmente el síndrome de Asperger está incluido en el capítulo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) en el DSM-IV-TR (un manual diagnóstico que utilizan habitualmente los psiquiatras). Dentro de algunos años se publicará la nueva versión del DSM, el DSM-V. Se predice que incluirá una visión más “dimensional” de los cuadros, intentando amortiguar la visión “categorial” actual. Es posible que el capítulo Trastornos Generalizados del Desarrollo se vea suplantado por una noción más de “espectro”. Y en este caso, existe una gran posibilidad de que dicho espectro se nombre “espectro autista” ya que se ha universalizado el término, y en la actualidad, la mayor parte de la literatura científica mundial se refiere a los TGD como Trastornos del Espectro Autista (TEA), o Autism Spectrum Disorders (ASD) en inglés. Actualmente, el término TEA (o ASD en inglés) incluye a 3 cuadros: el trastorno autista, el trastorno de Asperger, y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, considerando a los 3 cuadros como parte de un espectro que comparte algunas características.

Recorreremos un poco de historia para ver que se han suscitado en el tiempo diversas opiniones en este campo, en relación a la diferencia entre el trastorno autista y el síndrome de Asperger. A modo de ejemplo, Van Krevelen en 1971 diferenció a los niños autistas de Kanner (el psiquiatra infantil que describió en 1943 el cuadro del autismo) de los “psicópatas autísticos” de Asperger (el pediatra austríaco que describió el síndrome que hoy lleva su nombre). Sigue siendo el argumento al que suelen recurrir los que diferencian claramente los 2 cuadros:

- Él describía que los autistas de Kanner tenían manifestaciones clínicas en los primeros meses de vida, caminaban antes de hablar, el lenguaje no se adquiría o se adquiría tardíamente, el lenguaje nunca adquiría la función de la comunicación, había falta de interés en los demás y el pronóstico era pobre.
- En cambio, la condición descrita por Asperger se iniciaba en el tercer año de vida o más tardíamente, hablaban antes de caminar, el lenguaje servía para comunicarse pero era unidireccional, buscaban interactuar pero de una manera inadecuada, y el pronóstico era relativamente bueno. Asperger, en 1979, acordó con lo enunciado por Van Krevelen.

El trastorno de Asperger recién se suma a las clasificaciones diagnósticas internacionales en 1994, probablemente porque el manuscrito del Dr. Asperger, al ser escrito en alemán durante la segunda guerra mundial, no se hizo público en ese momento. La persona que recuperó la tesis de Asperger y la dio a conocer en la comunidad científica fue Lorna Wing en los años 80. Wing reconoció ciertas similitudes entre los casos que habían descrito Kanner y Asperger, y propuso la existencia de una tríada diagnóstica básica en estos casos (problemas sociales, problemas comunicacionales, conducta repetitiva) y la noción de espectro (por compartir la misma tríada pero con distintos grados de afectación).

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión) y el DSM-IV-TR diferencian el trastorno de Asperger del resto de los trastornos del espectro autista por la falta de afectación de las capacidades cognitivas y del lenguaje antes de los 3 años de edad. Es decir, para estas clasificaciones una persona con diagnóstico de Asperger (a diferencia de una persona con diagnóstico de autismo) debe haber hablado antes de los 3 años de edad y debe tener un coeficiente intelectual normal o superior. Sin embargo, muchos autores, incluyendo los escritos originales de Asperger, no consideraban establecido el hecho de que el autismo y el trastorno de Asperger se diferenciaban por la presencia o ausencia, respectivamente, de problemas del lenguaje.

Además de la CIE-10 y el DSM-IV-TR, hay varios autores que propusieron criterios diagnósticos para el síndrome de Asperger, como por ejemplo: Gillberg y Szatmari. Otros existentes, pero que no se utilizan frecuentemente son los criterios diagnósticos de Wing, y los de Tantam.

Se considera que los criterios diagnósticos se encuentran en continua evolución, y existen diferencias entre las clasificaciones actuales, lo que dificulta mucho la investigación, porque según la clasificación que se utilice, existirán diferencias en el diagnóstico. Es una deuda pendiente del mundo científico aunar criterios diagnósticos y definir precisamente el síndrome de Asperger.

A continuación, se enumeran los criterios diagnósticos de las diversas clasificaciones, para que puedan notar las similitudes y diferencias:

Criterios diagnósticos de Trastorno de Asperger: DSM-IV-TR (2000)

F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

A. Alteración cualitativa de la interacción social (≥ 2)

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (ej. no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- Ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados (≥ 1)

- Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 - Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - Manierismos motores estereotipados y repetitivos (ej. sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - 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 (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 esquizofrenia.

Criterios CIE-10 (1993) para investigación

F84.5 Síndrome de Asperger

1. Falta de retraso clínicamente significativo del lenguaje receptivo o comprensivo, o del desarrollo cognitivo. Puede haber cierto retraso de las pautas madurativas motoras o torpeza motora (aunque esto no es un requisito). Son frecuentes las habilidades especiales aisladas, generalmente asociadas a las preocupaciones anormales, pero no se requieren para el diagnóstico.
2. Existe alteración cualitativa de la interacción social recíproca (criterios para autismo)
3. El individuo exhibe un interés circunscrito inusualmente intenso o patrones de interés, conducta y actividad, restrictivos, repetitivos y estereotipados (criterios para autismo; sin embargo sería menos usual que incluyeran manierismos motores o preocupaciones con partes de objetos o elementos no funcionales de materiales de juego)
4. Este trastorno no es atribuible a otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia simple, trastorno esquizotípico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno anancástico de la personalidad, trastornos vinculares reactivos y desinhibidos de la infancia.

Criterios diagnósticos de C. Gillberg (1989, 1991)

- Alteración severa de interacción social recíproca (≥ 2)
 - Incapacidad de interactuar con pares de una manera normal y recíproca
 - Falta de deseo de interactuar con pares
 - Falta de registro de normas sociales
 - Conducta social y emocional inapropiada

- Interés restringido absorbente (≥ 1)
 - Exclusión de otras actividades
 - Adherencia repetitiva
 - Más relacionado con datos memorizados que con significado

- Imposición de rutinas e intereses (≥ 1)
 - Imposición sobre sí mismo en aspectos de la vida
 - Imposición sobre otros

- Problemas del habla y del lenguaje (≥ 3)
 - Retraso en el desarrollo del lenguaje
 - Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
 - Lenguaje formal pedante
 - Prosodia rara, características peculiares de la voz
 - Alteración de la comprensión incluyendo la malinterpretación de significados literales/implícitos

- Problemas de comunicación no verbal (≥ 1)
 - Uso limitado de gestos
 - Lenguaje corporal torpe
 - Expresión facial limitada
 - Expresión inapropiada
 - Mirada peculiar y rígida

- Torpeza motora

Criterios diagnósticos de Szatmari (1989)

- Soledad, manifestada por ≥ 2 :
 - Sin amistades cercanas
 - Evitación de los otros
 - Falta de interés en entablar amistades
 - Solitario/a
- Interacción social alterada, manifestada por ≥ 1 :
 - Se acerca a otros solamente para satisfacer sus necesidades
 - Aproximación social torpe
 - Respuestas unidireccionales a pares
 - Dificultad para percibir los sentimientos de otros
 - Distante de los sentimientos de otros
- Comunicación no verbal alterada, manifestada por ≥ 1 :
 - Expresión facial limitada
 - Incapacidad para leer emociones de las expresiones faciales
 - Incapacidad de dar mensaje con los ojos
 - No mira a otros
 - No usa las manos para expresarse
 - Los gestos son grandes y torpes
 - Se acerca demasiado a otros
- Lenguaje peculiar, manifestado por ≥ 2 :
 - Anormalidades en la inflexión
 - Habla mucho
 - Habla demasiado poco
 - Falta de cohesión en la conversación
 - Uso idiosincrático de palabras
 - Patrones de lenguaje repetitivo
- No cumple criterios para trastorno autista

A continuación, se presenta una tabla en la que se comparan las diversas clasificaciones, en la cual los síntomas definidos como necesarios para la presencia de la condición están en negrita. Esta tabla muestra las diferencias en los criterios diagnósticos de las diferentes clasificaciones. Estas diferencias generan problemas para la investigación del trastorno de Asperger, ya que dependiendo de la clasificación utilizada, se incluirán ciertos pacientes y otros no.

Características clínicas*	Asperger (1944, 1979)	Wing (1981)	Gillberg & Gillberg (1989)	Tantam (1988)	Szatmari (1989)	DSM-IV (APA, 1994)
Alteración social						
Pobre comunicación no verbal	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Pobre empatía	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dificultad para amistades	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lenguaje / Comunicación						
Prosodia y pragmática pobres	SI	SI	SI	SI	SI	No especific
Lenguaje idiosincrático	SI	SI	No especific	No especific	SI	No especific
Juego imaginativo pobre	SI	SI	No especific	No especific	No especific	No especific
Intereses absorbentes	SI	SI	SI	SI	No especific	A menudo
Torpeza motora	SI	SI	SI	SI	No especific	A menudo
Comienzo (0-3 años)						
Retraso lenguaje	NO	Puede	Puede	No especific	No especific	NO
Retraso cognitivo	NO	Puede	No especific	No especific	No especific	NO
Retraso motor	SI	A veces	No especific	No especific	No especific	Puede
Exclusión de autismo	Si (1979)	No	No	No	Si	Si
Retraso mental	No	Puede	No especific	No especific	No especific	No especific

En un estudio de Ghaziuddin de 1992, en el que compara los criterios diagnósticos existentes del trastorno de Asperger, descubre que:

1. 15 de los pacientes cumplían criterios de Asperger para Wing y Gillberg
2. 10 los cumplían para Szatmari
3. 8 los cumplían para Asperger
4. 8 los cumplían para CIE-10 (más restrictivo por criterios de inicio: lenguaje preservado).

Es decir, que el CIE 10 solo diagnosticaba a la mitad de los pacientes que diagnosticaba las clasificaciones de Gillberg y Wing. Esto refleja la existencia de problemas metodológicos serios a la hora de investigar.

Características de las personas con síndrome de Asperger

Según Hans Asperger, los niños que él describió estaban caracterizados por:

Alteraciones en la comunicación no verbal: existe una reducción en la cantidad y en la diversidad de expresiones faciales, y una limitación en el uso de gestos. Asimismo, existen dificultades para entender los signos no verbales que utilizan otras personas.

Idiosincrasias en la comunicación verbal: la comunicación espontánea se caracteriza por emisiones circunstanciales (es decir, falla para distinguir las abstracciones de las narraciones autobiográficas), relatos largos e incoherentes que no logran transmitir un mensaje o pensamiento claro (por ej: lenguaje tangencial promovido por una serie de asociaciones), y unilateralidad (es decir, falla para lograr cambios de tema o introducción de nuevo material en la conversación). El estilo y el tono del lenguaje son pedantes, tal como hablaría un “pequeño profesor”.

Adaptación social e intereses especiales: existen preocupaciones egocéntricas con intereses inusuales y circunscriptos que absorben la mayor parte de la atención y la energía de la persona, dificultando la adquisición de habilidades prácticas necesarias para la autoayuda y la integración social. Algunos de estos intereses, como por ejemplo los números y las letras, son frecuentemente precoces. En momentos posteriores, los intereses especiales suelen evolucionar a colecciones específicas de información y relacionadas con un tema, tales como astronomía o geografía, siendo un conocimiento de naturaleza enciclopédica.

Intelectualización del afecto: la presentación emocional se caracteriza por una empatía pobre, la tendencia a intelectualizar sentimientos, y la ausencia de una comprensión intuitiva de las experiencias afectivas y la comunicación de otras personas.

Torpeza motora y pobre conciencia corporal: la presentación motora se caracteriza por una postura peculiar y una marcha inusual, una conciencia corporal pobre, y torpeza. Tienen cierta

dificultad para participar de actividades deportivas grupales u otras actividades de autoayuda que involucren coordinación motora e integración. Tienen habilidades grafomotoras pobres.

Problemas de conducta: la causa más frecuente de consulta clínica de estos pacientes era el fracaso escolar y problemas conductuales asociados tales como agresividad, no seguimiento de normas, y negativismo. Asperger explicaba esto en términos de los déficits de entendimiento social que tenían estos niños y su obsesión extrema por intereses circunscriptos. Le preocupaba el pobre ajuste social que tenían y como eran “cargados” continuamente por los compañeros (situaciones de “bullying”, término utilizado en la lengua inglesa para describir el “patoteo”).

Inicio: Asperger pensaba que la condición no podía ser reconocida en la infancia temprana. No consideraba que las capacidades lingüísticas y la curiosidad por el ambiente, incluyendo a las personas, fueran particularmente desviadas.

Patrones familiares y de género: ya 30 años antes de que la primera publicación revelara que existían contribuciones genéticas en la etiología de los TEA, Asperger había remarcado la naturaleza familiar de la condición que afectaba a sus pacientes, sugiriendo que casi todos compartían rasgos con padres o familiares. Sus pacientes eran casi exclusivamente varones.

Muchas de las clasificaciones diagnósticas se basan en esta caracterización del Dr. Asperger.

Rasgos clínicos actuales

Inicio

Los niños con trastorno de Asperger suelen no presentar retrasos en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo cognitivo, ni en las habilidades de autovalimiento en los primeros años de vida. En algunos casos, la adquisición del lenguaje, en términos de vocabulario y construcción de oraciones, puede ser precoz.

La adquisición del vocabulario puede ser inusual, ya que los niños aprenden palabras complejas o utilizadas por los adultos, típicamente asociadas a un interés especial. Los padres pueden referir que una vez que el niño comenzó a hablar, presentaba una cualidad pedante en su forma de hablar, por su elección de palabras y por la formalidad de la construcción de sus oraciones, como asimismo por el tono de voz y el fraseo (asumiendo una cualidad de enseñanza, como si estuvieran dando una clase).

Los patrones de apego hacia los miembros de la familia son comunes y, a diferencia del autismo, hay muy pocos signos visibles de alteración social en el ambiente familiar. Estos niños se dirigen a otros aunque pueden "usarlos" más instrumentalmente que recíprocamente, por ejemplo, para hablarles más que para realmente integrarlos en un interés común.

La alteración social se hace más aparente cuando el niño está fuera del ambiente familiar, particularmente en situaciones de grupo con pares. En tales circunstancias pueden acercarse a sus

pares de manera inadecuada, por ejemplo, hablando en voz muy alta estando cerca, o enojándose mucho cuando los otros niños no quieren jugar con ellos, siguiendo sus propias reglas.

Durante los años preescolares algunos niños pueden desarrollar intereses intensos acerca de los cuales aprenden mucho. Algunos de estos intereses pueden ser inusuales para su edad (ej. geografía, flechas, bocas de tormenta, etc.). Pueden adquirir mucha información relacionada al interés especial y suelen hablar acerca de esto a sus pares, quienes no muestran el mismo interés y, consecuentemente se distancian de tales niños.

Funcionamiento social

En contraste a la presentación social en el autismo, las personas con trastorno de Asperger, se sienten aislados socialmente pero suelen no retraerse en presencia de otras personas. Suelen aproximarse a los demás pero de manera inapropiada o excéntrica, por ejemplo, pueden comenzar una conversación (habitualmente con un adulto) que es unidireccional y caracterizada por un discurso largo y pedante acerca de un tema favorito y generalmente raro y restringido.

Pueden mostrar interés en las amistades y en encontrarse con gente, pero sus deseos suelen frustrarse por la manera en la que se acercan, por la falta de sensibilidad a los sentimientos, intenciones y a los signos de comunicación implícitos de los demás (ej. signos de aburrimiento, de apuro para irse o de necesidad de privacidad).

Debido a la frustración crónica, algunos individuos con trastorno de Asperger desarrollan síntomas de un trastorno de ánimo. Asimismo, pueden reaccionar inapropiadamente o fallar en la interpretación del contexto de la interacción afectiva, haciéndolos parecer insensibles, formales o indiferentes a las expresiones emocionales de otras personas. Pueden ser capaces de describir correctamente de una manera cognitiva y formal las emociones e intenciones de otros, lo mismo que convenciones sociales; sin embargo son incapaces de actuar utilizando este conocimiento de una forma intuitiva y espontánea, por lo que pierden el **tempo** de la interacción.

La pobre intuición y la falta de adaptación espontánea se acompañan de una marcada dependencia de reglas conductuales formales y convenciones sociales rígidas.

Patrones comunicacionales

Hay al menos 3 aspectos de los patrones de comunicación de las personas con trastorno de Asperger que son de interés clínico.

En primer lugar, la prosodia es pobre, a pesar de que la inflexión y la entonación no son tan rígidas y monótonas como en el autismo. Frecuentemente muestran un rango pequeño de patrones de entonación, utilizándolos sin importar el funcionamiento comunicativo de la emisión (por ejemplo, afirmación de hechos o comentarios humorísticos). La velocidad del habla puede ser inusual (por ejemplo demasiado rápida), o puede faltarle fluencia (por ejemplo habla entrecortada) y muy frecuentemente hay una modulación pobre del volumen (ejemplo, la voz es demasiado alta pese a la proximidad del interlocutor). Este último rasgo, puede ser

particularmente notorio en el contexto de una falta de adaptación a un marco social dado (ej. en una biblioteca o en un ambiente ruidoso).

En segundo lugar, el habla puede ser tangencial y circunstancial, dando una sensación de incoherencia y de salto de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. Esto se debe al estilo de conversación unidireccional y egocéntrica, a la incapacidad para proveer el marco utilizado para los comentarios a la falta de demarcación clara de los cambios de tema y a la incapacidad para suprimir la emisión vocal que acompaña a los pensamientos internos.

En tercer lugar, el estilo de comunicación se caracteriza por una verbosidad marcada. El niño puede hablar incesantemente sin llegar a una conclusión, generalmente sobre un tema favorito, sin importarle si el que escucha está interesado, si está intentando hacer un comentario o si está intentando cambiar el tema de conversación.

Intereses circunscriptos

Las personas con trastorno de Asperger generalmente adquieren una gran cantidad de información fáctica acerca de un tema de su interés. El tema puede cambiar pero generalmente domina el contenido de la interacción social. Es común que la familia esté inmersa en el tema durante largos períodos de tiempo.

Esta conducta es peculiar porque se aprenden cantidades extraordinarias de información fáctica sobre temas muy circunscriptos, sin una comprensión genuina de los fenómenos más amplios involucrados (ej. víboras, nombres de estrellas, guías de televisión, información sobre el clima, información personal sobre políticos, etc.).

Este síntoma no siempre se reconoce fácilmente en la niñez porque hay intereses que son muy comunes, tales como dinosaurios o personajes de ficción. En niños mayores, los intereses especiales interfieren con el aprendizaje porque absorben mucha de la atención y motivación del niño y tienen un impacto negativo en la capacidad de relacionarse recíprocamente con otros, porque el interés invade y domina la conversación.

Dificultades motoras

Las personas con trastorno de Asperger presentan generalmente una historia de dificultades motoras y de adquisición retrasada de habilidades que requieren coordinación motora sofisticada, tales como pedalear una bicicleta, atrapar una pelota o abrir frascos. Con frecuencia son visiblemente torpes y con poca coordinación. Pueden mostrar patrones de marcha inusuales, posturas raras, habilidades pobres manuales y de escritura, y déficit en habilidades visomotoras. Algunas personas muestran dificultades en pruebas de apraxia, equilibrio, oposición del pulgar, sugiriendo dificultades en la propiocepción.

Alteraciones del sueño

Los niños con trastorno de Asperger, presentan mayor incidencia de alteraciones con la conciliación del sueño y con el mantenimiento del mismo, miedos y actitudes negativas relacionadas con dormir; así como una frecuencia mayor de somnolencia diurna que los otros niños.

Los niños con trastorno de Asperger se encuentran fácilmente sobrepasados frente a mínimos cambios, son altamente sensibles a los factores ambientales estresantes y a veces actúan de forma ritual. Están ansiosos y tienden a preocuparse de modo obsesivo cuando no saben qué esperar; el estrés, el cansancio y una sobrecarga sensorial les desequilibran fácilmente.

Rasgos clínicos en la adultez

Si bien el trastorno de Asperger se origina en la infancia, puede causar mayores dificultades en la adolescencia y la adultez temprana, cuando las relaciones sociales exitosas son la clave para casi cualquier logro. Anormalidades que son lo suficientemente leves como para no ser consideradas importantes en la niñez pueden volverse más notorias en la adolescencia y motivar la opinión de un especialista recién en esa etapa. El diagnóstico puede hacerse en adultos jóvenes y debe ser sospechado en cualquier persona con anomalías en la interacción social recíproca, comunicación no verbal y actividad imaginativa.

Un diagnóstico definitivo de TEA en la adultez se puede realizar cuando una historia cuidadosa rescata el antecedente desde la niñez de discapacidad social y entonces no puede atribuirse a un deterioro posterior a un episodio de psicosis.

Las alteraciones sociales encontradas en los adultos con trastorno de Asperger se muestran en la tabla que se muestra más abajo y forman, junto con la torpeza motora, las características diagnósticas típicas.

El adulto con trastorno de Asperger da una fuerte impresión de **individualidad**. Muestra interés en otras personas y en el entorno, a pesar de que éste puede limitarse a detalles que otras personas consideran peculiares. El uso del lenguaje está altamente desarrollado. Les faltan las estereotipias marcadas de los autistas y también las conductas repetitivas, si bien los cambios los afectan y suelen atenerse a una rutina.

<p>Falta de expresividad no verbal, asociada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • idiosincrasia en la expresión facial, gestos, prosodia o postura • incapacidad para reconocer señales sociales importantes <ul style="list-style-type: none"> • ambas
<p>Intereses “especiales” inusuales, restringidos y privados.</p> <p>Este interés puede ser idiosincrásico, perseguido obsesivamente o ambos. Los intereses especiales a menudo implican coleccionar objetos o memorizar hechos.</p>
<p>Dificultad para comportarse según convenciones socialmente aceptadas, particularmente cuando estas convenciones son implícitas.</p>
<p>Anormalidades pragmáticas del lenguaje</p>
<p>Frecuente falta de relaciones interpersonales cercanas, como resultado del rechazo por parte de los pares ante las aproximaciones sociales</p>
<p>Impresión de torpeza motora</p>

Tabla: Criterios diagnósticos para trastorno de Asperger en adultos

Uno de los rasgos más distintivos del trastorno de Asperger es la inhabilidad de conceptualizar los estados mentales de otras personas (déficit de teoría de la mente o mentalización).

Esta incapacidad (o habilidad severamente restringida) de concebir las mentes de otras personas (es decir, reflexionar espontáneamente acerca de los pensamientos, deseos, creencias y sentimientos de los otros) provoca muchas dificultades en las relaciones interpersonales. Los niños no comprenden la ambigüedad de los dobles sentidos y lo toman todo literalmente. Generalmente presentan una prosodia extraña, un vocabulario sofisticado, y una manera de hablar estereotipada.

Perfil neurocognitivo de las personas con síndrome de Asperger

El perfil cognitivo de los pacientes con trastorno de Asperger, demuestra que suelen tener un CI (cociente intelectual) dentro del rango normal o superior al rango normal. En estudios en los cuales se ha evaluado neuropsicológicamente a pacientes con trastorno de Asperger se ha

evidenciado una diferencia significativa entre el CIV (coeficiente intelectual verbal) y el CIE (coeficiente intelectual ejecutivo), a favor de la capacidad verbal, es decir que es mucho más alto el CIV que el CIE.

Las personas con síndrome de Asperger suelen tener alteración de las funciones ejecutivas, especialmente aquellas relacionadas con la flexibilidad cognitiva y la planificación.

Existen varios estudios que han explorado la cognición social (o Teoría de la Mente) de las personas con trastorno de Asperger. En tests de teoría de la mente de primer orden (ejemplo, test de Sally y Ann) y de segundo orden (ejemplo predecir el pensamiento de alguien con respecto al pensamiento de otra persona), se vio que los niños con trastorno de Asperger presentan una alteración menor en sus capacidades de mentalización, comparados con niños autistas.

Entre las tareas más avanzadas de teoría de la mente, se pueden mencionar: la tendencia a atribuir un significado social al movimiento e interacción de objetos visuales ambiguos tales como formas geométricas, la decodificación de expresiones faciales complejas en fotos de caras, la detección de "faux pas" (metidas de pata) y la identificación de la emoción en la voz. Es en estas pruebas más avanzadas de teoría de la mente en las que fallan habitualmente las personas con trastorno de Asperger.

Tager-Flusberg contrastó dos aspectos de la teoría de la mente: la capacidad de adquirir información social del ambiente de forma exitosa (percepción social) y la capacidad de razonar acerca de ella (cognición social). Esta autora formula la hipótesis de que el autismo involucra alteración en ambos aspectos pero que las personas con trastornos de Asperger sólo tienen problemas con la percepción social.

Esta conceptualización ofrece una explicación de los problemas que experimentan los individuos con trastorno de Asperger en la vida real, que a veces no se pueden replicar en los estudios de laboratorio; las situaciones de la vida real implican información fluida, ambigua y definida por el contexto, mientras que los estudios de laboratorio tienden a proveer información más explícita.

Las personas con trastorno de Asperger median su intercambio social y emocional a través de medios verbales y lógicos de forma cognitiva y rígida, y de una manera gobernada por reglas, más que de forma afectiva, intuitiva y de manera autoadaptativa.

Temas relacionados con el diagnóstico diferencial (y conceptos diagnósticos alternativos)

Existen entidades descritas por distintas disciplinas con anterioridad a que el trastorno de Asperger fuera reconocido como tal en el DSM-IV-TR (1994) y que se asocian a ciertas características descritas en el síndrome de Asperger.

Incluyen un grupo superpuesto de niños con vulnerabilidades sociales, por lo que es mejor no utilizarlas como conceptos diagnósticos, sino como aproximaciones para entender las dificultades en los aspectos sociales, comunicacionales, neuropsicológicos y neurológicos de las personas con trastorno de Asperger.

Dichas entidades son (entre paréntesis figura la disciplina de la cuál provienen):

1) Trastorno de aprendizaje no verbal (neuropsicología). El concepto de trastorno del aprendizaje no verbal fue propuesto originalmente por Jonson (1971) y Myklebust (1975), y posteriormente elaborado e investigado por Rourke (1989).

El trastorno de aprendizaje no verbal se refiere a un perfil neuropsicológico de fortalezas y debilidades que afectan negativamente las habilidades comunicativas y sociales de una persona. Se caracteriza por déficits en la percepción táctil, coordinación psicomotora, organización visoespacial y resolución no verbal de problemas, mientras existe preservación de las habilidades verbales.

Existe pobreza pragmática y prosódica, mientras que las características formales del lenguaje (vocabulario, sintaxis, lectura de palabras únicas) están preservadas. Ciertas dificultades para apreciar los aspectos no verbales sutiles y a veces obvios de la interacción social, llevan a déficits importantes en la percepción social y el juicio, que frecuentemente resultan en aislamiento social y rechazo, con un riesgo incrementado de retraimiento social y trastornos del ánimo severos. Esta entidad clínica se observa a menudo en personas con trastorno de Asperger.

2) Trastorno semántico pragmático (lingüística y comunicación). Rapin y Allen en 1983 utilizaron el término trastorno semántico pragmático para describir casos en los que las habilidades del lenguaje eran formalmente adecuadas (sintaxis y fonología) pero empobrecidas en contenido y uso (semántica y pragmática). Bishop refinó las descripciones y los instrumentos de evaluación posteriormente. Investigaciones más recientes han preferido la utilización del término alteración del lenguaje pragmático para referirse al trastorno del lenguaje observado en las personas con trastorno de Asperger.

3) Síndrome del hemisferio derecho (neurología). Término propuesto en 1983 por autores como Denckla, Weintraub y Mesulam. Se referían a dificultades en las tareas relacionadas con el hemisferio derecho.

Autismo de alto funcionamiento

La diferenciación entre el trastorno de Asperger y el autismo de alto funcionamiento es sumamente controversial. Las investigaciones en los últimos años se han focalizado en intentar determinar si cada una de las condiciones se relaciona con un curso de desarrollo diferente, si tienen bases neurocognitivas, neurobiológicas y genéticas diferentes, y si tienen un pronóstico diferente.

Tantam (1988) sugiere que las personas con Trastorno de Asperger a diferencia de los autistas, desean ser sociables pero fallan en el intento de entablar relaciones. Van Krevelen manifiesta que las personas con Trastorno de Asperger se acercan a los otros de manera excéntrica, y que comparten la alteración social con los autistas pero ésta difiere cualitativamente. Laurent Mottron manifiesta que las personas con Asperger tienen un perfil clínico y neurocognitivo

claramente diferentes, y que se relaciona con la diferente afectación del desarrollo del lenguaje en los 2 cuadros.

El autismo de alto funcionamiento y el síndrome de Asperger se pueden distinguir por:

1) los autistas de alto funcionamiento suelen aislarse mientras las personas con Asperger buscan a otros, a veces de manera incesante, pero de una manera socialmente inadecuada. Es decir que la motivación social es diferente, y la interacción social es cualitativamente diferente en los 2 cuadros.

2) los autistas de alto funcionamiento suelen tener un lenguaje retrasado, ecológico o estereotipado, mientras que las personas con Asperger tienen un lenguaje adecuado y hasta a veces precoz, y tienen fundamentalmente dificultades en el uso comunicativo del lenguaje (pragmática).

3) el autismo de alto funcionamiento y el trastorno de Asperger tienen diferentes perfiles neuropsicológicos: diferencias inversas entre las capacidades verbales y ejecutivas. Las personas con Asperger tienen mejores capacidades verbales mientras las personas con autismo tienen mejores capacidades ejecutivas.

4) el diagnóstico de trastorno de Asperger suele realizarse más tardíamente, ya que suelen estar preservadas las capacidades cognitivas y lingüísticas.

El Profesor Simon Baron Cohen, quien dirige el ARC (Autism Research Centre) perteneciente a la Universidad de Cambridge, en Inglaterra, ha escrito recientemente un libro de la colección The Facts de Oxford University Press llamado "Autism and Asperger Syndrome".

El autor describe en el capítulo inicial a un niño con autismo y a otro con síndrome de Asperger. Y menciona que lo que comparten estos 2 cuadros son las dificultades sociocomunicacionales y las acciones repetitivas/intereses restringidos. El hecho de compartir estos 2 rasgos esenciales hace que algunas personas consideren que ambos cuadros pertenecen al espectro autista, ya que el espectro autista, por definición, comprende aquellos cuadros que se caracterizan por dificultades en el dominio sociocomunicacional, y un patrón de conducta repetitiva e intereses restringidos. Si una persona tuviera solo uno de estos rasgos, no pertenecería al espectro autista.

El autor también enumera las diferencias entre los 2 cuadros. Comienza por mencionar la edad de adquisición del lenguaje y la comprensión del mismo: el niño con síndrome de Asperger adquiere el lenguaje en los tiempos esperados (primeras palabras antes de los 2 años, frases antes de los 3 años), mientras que el niño con autismo frecuentemente tiene un retraso en la adquisición del mismo. Por otro lado, se considera que el CI (coeficiente intelectual) es otro habitual diferenciador: las personas con síndrome de Asperger tienen un CI normal o superior al promedio, mientras que las personas con autismo pueden tener un rango variado de CI (debajo del promedio, promedio, o por arriba del promedio).

Igualmente hay que mencionar la dificultad de "medir" el CI en niños que tienen perfiles cognitivos desiguales (como lo que ocurre en los niños con trastornos del espectro autista). A

modo de ejemplo, sabemos que en niños autistas, el hecho de medir del CI con medios no verbales (ej. matrices progresivas de Raven), versus medirlo con medios verbales (ej. WISC) arrojan diferencias significativas en el resultado, a veces de hasta 20 puntos. En las personas en general, no existe tal diferencia entre pruebas verbales y no verbales, sino que el CI es muy similar. Esto habla de que hay que tener cierta cautela con los tests de inteligencia en las personas con trastornos del espectro autista.

Baron Cohen sugiere la existencia de 6 subgrupos en el espectro autista (en el que todos los cuadros comparten los 2 rasgos clave mencionados anteriormente):

- síndrome de Asperger: CI > 85, sin retraso en la adquisición del lenguaje
- autismo de alto funcionamiento: CI > 85, con retraso en la adquisición del lenguaje
- autismo de mediano funcionamiento: CI 71-84, con retraso en la adquisición del lenguaje
- autismo de bajo funcionamiento: CI < 70, con retraso en la adquisición del lenguaje
- autismo atípico: cuando existe un inicio tardío de los síntomas o cuando solo existe 1 de los 2 rasgos principales
- trastorno generalizado del desarrollo no especificado: cuando los síntomas son demasiado leves como para asegurar un diagnóstico claro de autismo o síndrome de Asperger, pero la persona tiene claramente más rasgos autistas que lo habitual.

Baron Cohen prefiere el término “síndrome” de Asperger en vez de “trastorno” de Asperger, así como también prefiere utilizar la denominación “condiciones” del espectro autista versus “trastornos” del espectro autista. Esta preferencia se da porque considera que hay personas dentro del espectro que solo presentan una variante de personalidad peculiar, una forma diferente de ser, pero que no necesariamente tienen un “trastorno”.

DAMP

El nombre de esta entidad es una sigla que corresponde a Déficit en la Atención, la Motricidad y la Percepción. El término es de uso corriente en los países nórdicos, ya que fue acuñado por el psiquiatra sueco Christopher Gillberg a mediados de los años 80.

Es un concepto global que incluye varias combinaciones de problemas en el control motor y la percepción, en conjunción con problemas atencionales, en niños que no tienen retraso mental ni parálisis cerebral.

Cuestiones atinentes al diagnóstico del síndrome de Asperger

El diagnóstico del síndrome de Asperger es fundamentalmente clínico. Existen herramientas (cuestionarios, entrevistas semiestructuradas) que facilitan la pesquisa cuando son completados por los padres o las personas con síndrome de Asperger, y/o que facilitan el recabado de datos de una manera sistemática y ordenada cuando el profesional realiza una entrevista.

A continuación se enumeran algunos instrumentos que existen y se utilizan en la actualidad:

1) Herramientas de screening

- Social Communication Questionnaire (SCQ)
- Escala australiana para el Síndrome de Asperger
- Childhood Asperger Syndrome Test (CAST)
- Asperger Syndrome Screening Questionnaire (ASSQ)
- Autism Quotient (AQ)
- Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions (ASSQ)

2) Herramientas de diagnóstico

- Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI)
- Adult Asperger Assessment (AAA)
- Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS)
- Gilliam Asperger Disorder Scale (GADS)
- Krug's Asperger Disorder Index (KADI)

A modo de ejemplo, a continuación se muestra una herramienta de pesquisa que es completada por los padres de un niño/adolescente. Su nombre es CAST.

Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST)

Nombre del niño o niña Edad: Sexo: Hombre/ Mujer

Orden de nacimiento entre los hermanos:

Parto gemelar o único:

Padre/ madre o tutor que completa el cuestionario:

Ocupación del padre:.....Ocupación de la madre:.....

Nivel de estudios alcanzado:

Por el padre: Por la madre

Dirección:

Número de teléfono: Centro escolar:

A continuación encontrará una lista de preguntas. Indique con un círculo la respuesta adecuada. Todas sus respuestas son confidenciales.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Se acerca fácilmente a otros niños y niñas para jugar? | Si | No |
| 2. ¿Se acerca a usted espontáneamente para charlar? | Si | No |
| 3. ¿Hablaba cuando tenía 2 años? | Si | No |
| 4. ¿Le gustan los deportes? | Si | No |
| 5. ¿Le resulta importante encajar en su grupo de compañeros? | Si | No |
| 6. ¿En comparación con los demás parece darse cuenta de detalles poco comunes? | Si | No |
| 7. ¿Tiende a interpretar literalmente lo que se le dice? | Si | No |

8. Cuando tenía 3 años ¿pasaba mucho tiempo con juegos de imaginación (por ejemplo, representando ser un superhéroe o jugando a dar de “merendar” a sus peluches)? Si No
9. ¿Le gusta hacer las cosas una y otra vez, de la misma manera todo el tiempo? Si No
10. ¿Le resulta fácil relacionarse con otros niños o niñas? Si No
11. ¿Es capaz de mantener una conversación respetando los turnos? Si No
12. ¿Lee de manera adecuada para su edad? Si No
13. ¿Muestra generalmente los mismos intereses que sus compañeros? Si No
14. ¿Tiene algún interés que le ocupe tanto tiempo que no hace casi nada más? Si No
15. ¿Tiene amigos en vez de simplemente “conocidos”? Si No
16. ¿Suele traerle cosas que a él o a ella le interesan para mostrárselas? Si No
17. ¿Le gusta hacer bromas? Si No
18. ¿Le cuesta entender las reglas de la buena educación? Si No
19. ¿Parece tener una memoria extraordinaria para los detalles? Si No

20. ¿Tiene un tono de voz peculiar (por ejemplo, inexpresivo, muy monótono o de persona adulta)? Si No
21. ¿Le importan las demás personas? Si No
22. ¿Es capaz de vestirse sin ayuda? Si No
23. ¿Sabe respetar el turno en una conversación? Si No
24. ¿Hace juegos de imaginación o fantasía con otros niños y niñas de representar personajes? Si No
25. ¿A menudo hace o dice cosas con poco tacto o socialmente inadecuadas? Si No
26. ¿Cuenta hasta cincuenta sin saltarse números? Si No
27. ¿Al hablar, es capaz de mantener normalmente la mirada? Si No
28. ¿Realiza movimientos extraños y repetitivos con el cuerpo o las manos? Si No
29. ¿Su comportamiento social es muy egocéntrico y siempre según su manera de ver las cosas? Si No
30. ¿A menudo dice “tú”, “él”, “ella” cuando quiere decir “yo”? Si No
31. ¿Prefiere las actividades imaginativas como representar personajes o contar cuentos, más que los números o listas de datos? Si No

32. ¿A veces la gente no le entiende porque él no explica sobre qué está hablando? Si No

33. ¿Sabe andar en bicicleta (aunque sea con rueditas auxiliares)? Si No

34. ¿Intenta establecer rutinas para él mismo o para los demás hasta el punto de causar problemas a otros? Si No

35. ¿Le importa lo que el resto de sus compañeros piensen de él o de ella? Si No

36. ¿A menudo cambia la conversación hacia su tema favorito en lugar de seguir con el tema del que la otra persona quiere hablar? Si No

37. ¿Utiliza frases extrañas o inusuales? Si No

ÁREA DE NECESIDADES ESPECIALES

Por favor responda a las siguientes preguntas:

38. ¿En alguna ocasión los profesionales educativos o sanitarios han expresado alguna preocupación con respecto a su desarrollo? Si No

Si es así, por favor
especifique.....

39. ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con alguno de los siguientes problemas?:

Retraso del lenguaje	Si	No
----------------------	----	----

Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDAH)	Si	No
---	----	----

Dificultades auditivas o visuales	Si	No
-----------------------------------	----	----

Trastorno Generalizado del Desarrollo / Trastornos del Espectro Autista, incluido Trastorno de Asperger	Si	No
---	----	----

Discapacidad física	Si	No
---------------------	----	----

Otros (por favor especifique)	Si	No
-------------------------------	----	----

.....
.....

Para que también sirva a modo de ejemplo, a continuación, se mostrará una herramienta diagnóstica: ASDI. El ASDI fue desarrollado por Gillberg y colaboradores en el 2001, es una entrevista diagnóstica semiestructurada, y la realiza el profesional con los padres o eventualmente al adulto con trastorno de Asperger. Es uno de los pocos instrumentos diagnósticos disponibles que distinguen al trastorno de Asperger del autismo de alto funcionamiento.

Consta de 20 preguntas por sí o por no divididas en 6 áreas de funcionamiento, en las que pueden realizarse aclaraciones pertinentes y ejemplificaciones.

ASDI

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Nombre y parentesco del informante: _____

Entrevistador: _____

Fecha de la entrevista: _____

Puntajes: 0=no aplica, 1=aplica parcialmente o mucho

Área 1: alteraciones severas en la interacción social recíproca (egocentricidad extrema)

1 ¿Tiene dificultades considerables para interactuar con sus pares? 0 1

En caso de ser así, ¿en qué sentido?:

2 ¿Exhibe poca preocupación o falta de interés en formar amistades o interactuar con sus pares?

0 1

En caso de ser así, por favor, especificar:

3 ¿Tiene dificultades para apreciar las señales sociales, como por ejemplo no notar los cambios que se dan en una interacción/conversación social o no tomar en cuenta tales cambios cuando interactúa con otras personas? 0 1

En caso de ser así, por favor describa:

4 ¿Exhibe conductas social o emocionalmente inapropiadas? 0 1

Si es así, ¿cuáles son?:

Criterio se cumple con ≥ 2 puntajes de 1.

Área 2: patrón (es) de interés restringido y absorbente

5 ¿Tiene un patrón de interés o un interés especial que le consume tanto tiempo que le restringe claramente el tiempo para otras actividades? 0 1

Si es así, por favor, comente:

6 ¿Tiene su patrón de interés/interés especial una cualidad repetitiva? 0 1

En caso de ser así, por favor, especifique:

7 Sus patrones de interés ¿están más basados sobre una cuestión de memoria que en un sentido verdadero? 0 1

Criterio se cumple con ≥ 1 puntaje de 1.

Área 3: imposición de rutinas, rituales e intereses

8 ¿Intenta introducir e imponerse rutinas, rituales o intereses de una manera que le trae problemas a si mismo/a? 0 1

Si es así, ¿de qué manera?:

9 ¿Intenta introducir e imponerse rutinas, rituales o intereses de una manera en que le trae problemas a otros? 0 1

En caso de ser así, por favor, describa:

Criterio se cumple con ≥ 1 puntaje de 1.

Área 4: peculiaridades del habla y del lenguaje

10 ¿Adquirió tardíamente el lenguaje? 0 1

Si fue así, por favor comente:

11 ¿Es su lenguaje “superficialmente perfecto”, sin considerar posibles problemas de comprensión u otros problemas del lenguaje? 0 1

Si es así, por favor comente:

12 ¿Es su lenguaje formal, pedante o “demasiado adulto”? 0 1

En caso de ser así, por favor describa:

13 ¿Tiene su voz alguna característica que le resulte peculiar o inusual (tono, volumen, cualidad, entonación, acentuación, prosodia, etc) 0 1

Si es así, ¿cuál?:

14 ¿Tiene problemas de comprensión? (incluyendo interpretaciones erróneas de significados literales/implícitos) 0 1

En caso de ser así, ¿qué tipos de problemas tiene?

Criterio se cumple con ≥ 3 puntaje de 1.

Área 5: problemas de comunicación no verbal

15 ¿Utiliza gestos de manera limitada? 0 1

Si es así, por favor comente:

16 ¿Es su lenguaje corporal “aparatoso”, torpe, raro o inusual? 0 1

Si es así, por favor comente:

17 ¿Tiene un repertorio relativamente limitado de expresiones faciales? 0 1

Si es así, por favor describa:

18 ¿Es su expresividad general (incluyendo facial) inapropiada a veces? 0 1

Si es así, por favor describa:

19 ¿Es su mirada rígida, extraña, peculiar o anormal? 0 1

En caso de ser así, por favor caracterícela:

Criterio se cumple con ≥ 1 puntaje de 1.

Área 6: torpeza motora

20 ¿Alguna vez tuvo resultados pobres en pruebas de neurodesarrollo (madurativas)?
0 1

En caso de ser así, por favor comente:

Criterio se cumple con 1 puntaje de 1.

Un instrumento diagnóstico de utilidad en la población adulta es el Adult Asperger Assessment (AAA) desarrollado por Baron-Cohen & Wheelwright (2000) en la clínica CLASS (Cambridge Lifespan Asperger Syndrome Service). Esta entrevista realizada con una computadora incluye las puntuaciones del AQ (Autism Quotient) y el EQ (Empathy Quotient) que completa previamente el adulto en quien se sospecha el síndrome de

Asperger, y también incluye 5 áreas o dominios que incluyen los criterios diagnósticos del DSM-IV además de algunos criterios agregados por los investigadores.

Utilidad de la evaluación neurocognitiva

La evaluación neuropsicológica o neurocognitiva sirve para establecer el CI (coeficiente intelectual) global de una persona en un momento dado, los perfiles de funcionamiento psicomotor, las fortalezas y debilidades verbales y no verbales, los estilos de aprendizaje y las conductas adaptativas.

Es muy importante definir qué es la inteligencia, ya que es un concepto dinámico. Los siguientes son extractos de una entrevista que fue realizada al Dr. Facundo Manes (Neurología Cognitiva) y a la Lic. María Roca (Neuropsicología), en el que hablan acerca de la inteligencia:

*En la psicología experimental, el término "inteligencia general" deriva de resultados experimentales que muestran que las mismas personas rinden bien en diferentes pruebas de laboratorio y en logros en la vida cotidiana. Las pruebas de inteligencia miden esta tendencia a rendir bien en un amplio espectro de tareas. Una hipótesis es que algún proceso particular cerebral es importante en organizar diferentes soluciones a los desafíos de la vida cotidiana, y que las pruebas de inteligencia miden la eficiencia de este proceso. No hay dudas que estas pruebas miden algo importante, y algo que corresponde a una propiedad real del cerebro. **Pero es solo una propiedad.** La gente varía en cosas como inteligencia emocional, habilidades particulares, experiencia, el humor, la creatividad, la sensibilidad, la intuición, que son diferentes de la "inteligencia general", pero también importantes.*

Si definimos la inteligencia como el conjunto de recursos con los que cuenta un individuo para adaptarse al medio, definitivamente los diferentes recursos con los que cuenta pueden relacionarse con diferentes áreas cerebrales...

...ya nadie pone en duda que una persona puede ser tremendamente inteligente sin necesariamente contar con un bagaje demasiado grande de conocimientos adquiridos. Esta última afirmación se relaciona particularmente con el término de inteligencia fluida la cual se define como la capacidad de resolver problemas nuevos descubriendo las relaciones que existen entre las cosas e independientemente del conocimiento adquirido. Personalmente encuentro más interesante el tratar de descubrir qué áreas del cerebro se relacionan con esta capacidad de resolver nuevos problemas, y estudios recientes del Dr. John Duncan con nuestro grupo demuestran cierta asociación con el lóbulo frontal.

Todos tenemos una noción de lo que refiere el término inteligencia y nuestro vocabulario está lleno de términos que describen niveles diferentes y tipos de funcionamiento intelectual (ejemplo: lúcido, brillante, vivo, lento, etc). Sin embargo, es muy difícil especificar el significado específico de estos términos y el intento de esta especificación frecuentemente lleva a desacuerdos. Algunos investigadores enfatizan la capacidad para el pensamiento abstracto,

otros en la habilidad para adquirir vocabulario nuevo o nuevos conocimientos, otros en la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas. El hecho de que no ha sido aceptada una sola definición de inteligencia, no ha sido un obstáculo para evaluar la inteligencia. Las pruebas que evalúan inteligencia han sido desarrolladas por una necesidad práctica y han demostrado ser útiles en algunas ocasiones pero no en todas.

A lo largo de la historia se postularon varias teorías y definiciones sobre inteligencia. Entre ellas, en 1904, Spearman propuso la existencia del factor g, que representaba algo como lo que hoy denominamos cociente intelectual. El sostenía que esa condición (la inteligencia) permite tener éxito en un amplio rango de tareas cognitivas. Pero en 1916, Thomson propuso que lo que parecía ser una aptitud única era en realidad una colección de múltiples y diversas habilidades necesarias para completar la mayoría de las tareas intelectuales. Howard Gardner (1983) denomina a todos los talentos de una persona como “inteligencias”. En los 80 el término inteligencia fue usado para describir todas las habilidades intelectuales de un ser humano. Actualmente se entiende la inteligencia en paralelo con otras habilidades dentro de una esfera emocional, motivacional e interpersonal y se cree que la cooperación entre estos aspectos permitirían un mayor desarrollo del potencial intelectual. El término inteligencia que es usado actualmente aplica a un amplia área que incluye la inteligencia cognitiva, emocional, social, creativa, lingüística, lógica, musical, espacial, corporal, interpersonal e intrapersonal.

Los tests clásicos de inteligencia no fueron diseñados para medir todos los diversos tipos de inteligencia. En el caso de las evaluaciones neuropsicológicas o neurocognitivas, es importante saber qué se está midiendo solamente un aspecto de la inteligencia y que el CI resultante es simplemente un valor relativo que sirve para orientar ciertas intervenciones a futuro (cómo si fuera una foto del momento actual que nos guiara para pensar qué cosas se pueden modificar para que la vida de esa persona resulte mejor). Que luego de una evaluación un niño obtenga un CI disminuido en relación a la población en general, no quiere decir que no tenga preservadas otras áreas de inteligencia que le permitan funcionar adecuadamente. Además, hay variables de la evaluación misma (por ej: el grado de colaboración de la persona evaluada) que inciden en el resultado, por lo cual se debe ser cauto en la interpretación de los valores de CI. No se debe tratar al CI como un concepto rígido e inamovible, sino como un concepto dinámico y operativo.

En el caso de las evaluaciones neurocognitivas de las personas con Asperger o con autismo, el CI nos es útil para realizar el diagnóstico definitivo, ya que, como se mencionó anteriormente, los diversos cuadros se diferencian según el CI (uno de los criterios diagnósticos del síndrome de Asperger es un CI normal).

Asimismo, la evaluación neurocognitiva es muy útil para conocer el perfil de fortalezas y debilidades de la persona evaluada, lo que ayuda mucho para diseñar de manera individualizada las estrategias de intervención y apoyo necesarias a futuro para que dicha persona y su familia tengan la mejor calidad de vida posible.

La investigación en INECO

INECO es una institución que tiene entre sus objetivos realizar investigación en Neurociencias. Uno de sus proyectos de investigación comprende el síndrome de Asperger y su perfil neurocognitivo, ya que esto podría dar indicios de diferencias en el procesamiento de información en los distintos cuadros comprendidos dentro del espectro autista (por ejemplo: Asperger en relación al autismo de alto funcionamiento).

Hemos acordado con la Asociación Asperger Argentina ofrecer la posibilidad de realizar de forma totalmente gratuita un diagnóstico lo más riguroso posible (que además de la entrevista clínica pertinente, comprende el completamiento de ciertos cuestionarios) y una evaluación neurocognitiva completa de las personas que tengan un diagnóstico incierto, o de aquellas personas que ya tienen un diagnóstico y quisieran participar de la investigación. Se realizará un informe con los resultados de la evaluación y se realizará la devolución pertinente, haciendo hincapié en el perfil de fortalezas y debilidades de cada persona, de modo que dicha información les resulte útil a cada niño, adolescente o adulto evaluado y a sus familias.

Los datos que surjan de las evaluaciones serán totalmente confidenciales, y se utilizarán de forma anónima para investigar el perfil cognitivo de las personas con síndrome de Asperger.