



Revista Latinoamericana de Psicología
ISSN: 0120-0534
direccion.rlp@konradlorenz.edu.co
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

Calle de Medinaceli, Juanita; Utria Rodríguez, Óscar
Trastorno de asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración
escolar
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 36, núm. 3, 2004, pp. 517-530
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536311>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRASTORNO DE ASPERGER EN ADOLESCENTES: REVISIÓN DEL CONCEPTO Y ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

JUANITA CALLE DE MEDINACELI

Y

ÓSCAR UTRIA RODRÍGUEZ*

Anthiros – Centro de Desarrollo Infantil

ABSTRACT

The present article provides a theoretical review of Asperger Syndrome, its history and links with autism, and discusses the main differences between these two diagnostic categories, based on the recent concept of autism spectrum. It includes the most important diagnostic criteria of Asperger syndrome, with more detailed descriptions of its characteristics in areas such as social interaction, language, cognition, and motor development. Finally, the importance on integration of people with Asperger to regular schools is discussed. Suggestions and strategies to be followed by schools teachers and peers in this process are presented.

Key words: Asperger syndrome, autism, school integration.

RESUMEN

El presente artículo hace una revisión teórica del Trastorno de Asperger (TA), su historia, los vínculos con el cuadro de autismo dado su origen casi simultáneo, y plantea las diferencias entre los dos con base en una concepción de espectro autista. Se incluyen los criterios diagnósticos más característicos del TA y una descripción detallada de sus características en áreas como la interacción social, el lenguaje, la cognición y el desempeño motor. Finalmente se discute la importancia de la integración escolar de las personas con TA y se plantean sugerencias y estrategias que deben cumplir tanto el colegio, los profesores y compañeros, dadas las características del cuadro.

Palabras clave: trastorno de Asperger, autismo, integración escolar, criterios diagnósticos.

* Correspondencia: ÓSCAR UTRIA RODRÍGUEZ, Anthiros – Centro de Desarrollo Infantil. Transv. 67 N° 136-75, Bogotá, Colombia. E-mail: oeur81@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es establecer diferencias entre el Trastorno de Asperger (TA) y el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) y dar pautas a los profesionales que están en contacto y trabajan con personas con trastornos en el desarrollo. Adicionalmente y dadas las características del trastorno se plantean algunas sugerencias para aplicar en los contextos educativos, a nivel de profesores y familias de los jóvenes con Trastorno de Asperger que están integrados a educación regular.

La historia se inicia en 1944, cuando el pediatra vienés Hans Asperger, publicó en su tesis doctoral una descripción de cuatro niños con habilidades sociales, lingüísticas y cognitivas muy inusuales y en el que el retraso mental no era prominente. Utilizó el término "psicopatía autista" para referirse a lo que consideraba una forma de desorden de la personalidad (Frith, 1991). Un año antes, el psiquiatra norteamericano Leo Kanner había publicado el artículo "Autistic Disturbances of Affective Contact" en el "Scientific Journal" en el que hacía una descripción de 8 niños y 3 niñas que parecían apartados o indiferentes a otras personas, resistentes a los cambios ambientales, involucrados en actividades repetitivas, con fracaso en el desarrollo del lenguaje, buen potencial cognitivo en las tareas no verbales, una normalidad a nivel físico y con una buena coordinación muscular. Cuando los niños crecieron, observó ausencia evidente de juego simbólico, fascinación por objetos que manejaban a menudo hábilmente, mutismo o habla que parecía carecer de intención comunicativa y talentos aislados o habilidades especiales que se expresaban en hechos notables de memoria repetitiva, cálculo y otras competencias. Kanner eligió el término "autismo infantil precoz" para describir el cuadro de estos niños (Mardomingo, 2003).

Ambos autores, con independencia uno del otro, describían una pauta de síntomas similar y usaban el término "autista" de la misma forma. El trabajo de Asperger se publicó en alemán y su contribución no fue reconocida hasta los años ochenta cuando su trabajo fue traducido por Lorna Wing en 1981, quien a su vez fue la primera en utilizar la

categoría "Síndrome de Asperger". El trabajo de Kanner en cambio fue publicado en inglés y desde el comienzo ha sido reconocido como pionero en la descripción del síndrome.

El término "autista" había sido introducido por Bleuler en 1911, para describir el retiro extremo del mundo externo hacia el interior, lo cual identificó como una perturbación básica en la esquizofrenia (Frith, 1991). Kanner y Asperger reconocieron independientemente que, en contraste con la esquizofrenia de Bleuler, las dificultades para entablar relaciones afectivas con otros parecían estar presentes desde el principio y con un curso crónico y consecuente. Adicionalmente se observaba una falta de imaginación, al contrario, del "autismo" de la esquizofrenia, donde la pérdida de contacto con el mundo externo era progresiva y entrañaba una vida rica en fantasía. Rutter (1982).

La confusión con la esquizofrenia comenzó con preguntas sobre si el autismo era una entidad separada o sólo una variante de ésta o del retraso mental; esto se complicó aún más por la tendencia existente entre los psiquiatras infantiles, a utilizar el término de esquizofrenia infantil, psicosis infantiles y autismo como diagnósticos intercambiables, considerándose a éste como la aparición de diferentes tipos de psicosis adultas a temprana edad (Rutter & Schopler, 1987).

Los esquemas de diagnóstico temprano entrelazaron autismo con esquizofrenia infantil y los dos se definieron así vagamente sin que esto fuera de ninguna utilidad para la investigación (Ciaranello & Ciaranello, 1995). Aunque Asperger sostuvo firmemente que el desorden tenía causas neurobiológicas, inicialmente hubo teorías psicodinámicas de su causa y los tratamientos que prevalecieron tenían esta orientación.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: LA IDEA DEL ESPECTRO AUTISTA

Un criterio formal para el diagnóstico de autismo se desarrolló hasta los años setenta cuando fue considerado por primera vez en el Manual

Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) en 1980 y es ahora una entidad de diagnóstico ampliamente reconocida. El Trastorno de Asperger fue incluido hasta la publicación del DSM-IV en 1994, como un Trastorno Generalizado del Desarrollo. (APA, 1980, 1994; López-Ibor & Valdés, 2002). Adicionalmente, se ha propuesto considerar un continuo de trastornos autistas donde el síntoma nuclear es la deficiencia social en tres dimensiones (reconocimiento social, comunicación social y comprensión social). Una persona estaría en este continuo o espectro autista si muestra esta triada de deficiencias, independientemente de la existencia o no de otros síntomas.

Al hablar de un continuo o espectro autista, se da por hecho la existencia de una sola dimensión, en la cual una condición como el TA constituye la forma más suave o menos severa del mismo trastorno subyacente que se da en el autismo.

Por su parte, Riviere (2001) menciona que el concepto de "espectro autista" fue inicialmente desarrollado por Wing (1995) quien tuvo en cuenta dos ideas importantes, la primera que el autismo en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas que se define por la conducta. No es una "enfermedad", puede asociarse a diferentes trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales variados. La segunda, que existen muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas, sin ser propiamente cuadros de autismo.

El mismo autor considera que la idea del espectro autista (rasgos autistas como situados en continuos o dimensiones) tuvo su origen en un estudio realizado por Wing & Gould (1979) cuyo objetivo era conocer el número y las características de los niños menores de 15 años con deficiencias importantes en las capacidades de relación. De una muestra de 35.000 sujetos, encontraron que 95 tenían deficiencias sociales severas y sólo 7 eran autistas en el sentido estricto. En todos estos niños se observaron los síntomas principales del espectro autista (trastornos de la relación, de la capacidad de ficción y juego simbólico, de las capacidades lingüísticas y comunicativas y de la flexibilidad mental y comportamental). La presencia de estos

rasgos era más probable cuanto menor era el coeficiente intelectual de los niños estudiados.

Otro elemento importante en la explicación sobre el espectro autista, a mediados de la década de los ochenta, parte de estudios realizados sobre el desarrollo de la comprensión social en los niños pequeños. Baron-Cohen, Leslie & Frith (1985) establecieron la hipótesis de que las personas con AAF y T.A. no tienen una "teoría de la mente", término un poco confuso utilizado por Premack (Premack & Woodruff, 1978) para expresar la capacidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás con el fin de predecir y explicar los comportamientos sociales. "Si a una persona le faltara teoría de la mente, si estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo le parecería caótico y confuso y se comportaría de forma similar a como lo hace con los objetos inanimados" (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Esta hipótesis ha sido abordada por Leslie (1987) al hablar de "metarrepresentaciones" las cuales implican no sólo atribuir estados mentales, sino también la posibilidad de desdoblarse cognitivamente de las representaciones primarias perceptivas: fallar en la capacidad de tener representaciones sobre representaciones. Leslie ha trabajado en las habilidades cognitivas subyacentes en los niños normales de 2 años para comprender el juego de ficción (Leslie, 1987, 1988) – junto con la observación de personas con AAF y TA, donde se hacen evidentes alteraciones en la imaginación. Esto ha conducido al planteamiento de que las personas con AAF y TA presentan una alteración específica del mecanismo cognitivo necesario para representarse estados mentales, o "mentalizar" (Wolff, 1985).

Frith (1989) cree que esta ceguera mental hace que las personas con espectro autista se sientan extrañas en un mundo que es fundamentalmente social y la presencia de comportamientos "raros" puede ser entendida si se recuerda que no pueden leer la mente de la manera como los otros lo hacen. Al igual que con los ciegos se hacen adaptaciones pertinentes, sugiere que se asuma un enfoque educativo mucho más constructivo para las personas con espectro autista, adaptando el mundo a sus

necesidades, mientras se enseñan habilidades compensatorias. Utilizar los "islotos de capacidad" que pueden ser desarrollados para paliar los déficits, contribuyendo a regular el mundo social, haciendo explícitos aspectos de la interacción que no captan y enseñándoles a copiar estrategias en cada nueva situación. Adicionalmente Frith (1999), afirma que tanto las capacidades como las deficiencias en el espectro autista emergen de una única causa en el nivel cognitivo y por un desequilibrio específico en la integración de información a distintos niveles. Una característica del procesamiento normal de la información es la tendencia a conectarla para construir un significado de más alto nivel dentro del contexto, lo que Frith (1999) denomina la "coherencia central". Por ejemplo, lo esencial de una historia se recuerda fácilmente, mientras que lo superficial se pierde rápidamente y es un esfuerzo inútil retenerlo. Bartlett (1932), citado por Happé (1998), al resumir una serie de experimentos para recordar imágenes e historias, concluía: "... una persona generalmente no retiene una situación con todo detalle... en todos los ejemplos normales, posee una fuerte tendencia a quedarse sencillamente con una impresión general del conjunto y con base en esto, construye el detalle más probable" (p. 206). Otro ejemplo de coherencia central es la facilidad con la que reconocemos el sentido adecuado con el contexto de muchas de las palabras ambiguas que usamos en el habla cotidiana (revelar-rebelar; uso-huso; hay-ay; vacabaca). Se puede observar también una tendencia similar para procesar la información en un determinado contexto para darle un sentido global con material no verbal – por ejemplo, la tendencia diaria a no tener en cuenta los detalles de una pieza de un rompecabezas y basarse en la posición que se espera ocupe dentro del conjunto del cuadro. Es probable que esta preferencia para manejarse con niveles de significado más elevados pueda también ser característica de personas con retraso mental (no autistas), que parecen ser sensibles a las ventajas que tiene el recordar material organizado frente al no organizado.

Frith (1999) sugirió que esta característica universal del procesamiento humano de la información estaba alterada en el espectro autista. Con base

en esto, la misma autora predijo que las personas con autismo serían relativamente buenas en aquellas tareas en las que se primaba la atención en la información local (procesamiento relativamente fragmentario), pero que lo harían mal en tareas que requirieran el reconocimiento del sentido global. Un ejemplo es el procesamiento de caras, tarea que parece implicar dos tipos de procesamiento, el de los rasgos y el del conjunto (Tanaka & Farah, 1993, citado por Frith, 1999). De estos dos tipos de información, el que se altera cuando se invierte la presentación de las caras es el procesamiento del conjunto (Rhodes, Brake & Atkinson, 1993; Bartlett & Searcy, 1993, citados por Frith, 1999). Esto puede explicar el descubrimiento, antes incomprendible, de que las personas con espectro autista tienen menos dificultades para procesar caras invertidas (Langdell, 1978, Hobson, Ouston & Lee, 1988, citados por Frith, 1999). Sin embargo, la facilidad para procesar rasgos puede desaparecer cuando se trata de reconocer la expresión emocional de la cara, ya que aquí es necesario un procesamiento de conjunto; esto hace que las personas con espectro autista tengan dificultades relativamente importantes para reconocer las emociones.

Por su parte Ozonoff, Pennington & Rogers (1991) utilizaron el término funciones ejecutivas, como el constructo cognitivo usado para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos frontales y en términos prácticos como la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura. Incluyen conductas tales como planificación, control del impulso, inhibición de respuestas prepotentes pero irrelevantes, mantenimiento del conjunto, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y acción, básicos para el funcionamiento adaptativo de los individuos. Toda función ejecutiva comparte la habilidad para "desprenderse" del entorno inmediato o guiarse por modelos mentales o representaciones internas.

En el espectro autista el déficit en estas funciones genera conductas rígidas, gran ansiedad ante cambios en el entorno e insistencia en seguir las rutinas. También se observan conductas perseverantes, centrándose en intereses limitados o reali-

zando comportamientos estereotipados, muchos jóvenes con TA poseen información, pero no pueden aplicarla de manera significativa y pertinente y se centran en los detalles sin poder captar la globalidad.

Los primeros estudios controlados de funciones ejecutivas en personas con espectro autista fueron realizados por Rumsey, 1985; Rumsey & Hamburger, 1998, 1990, (citados por Riviere, 1997), donde encontraron una ejecución deficiente en el Wisconsin Card Sorting Test, comparada con la del grupo control, con déficits en la planificación y en el uso del *feedback* para flexibilizar los cambios en estrategias de solución de problemas.

Una última consideración, planteada por Rivière (1997), se basa en el testimonio de Temple Grandin (persona con espectro autista TA), quien informa de los problemas sensoriales y perceptivos que ha tenido a lo largo de su vida, sus dificultades para hablar en la niñez y su forma predominantemente "visual" de pensar. "Mis sentidos eran hipersensibles a los ruidos altos y al tacto, los ruidos altos me dañaban los oídos y me abstenía de tocar para evitar sensaciones agobiantes...construí una máquina compresora, que me ayudaba a calmar los nervios y a tolerar, tocar... todo mi pensamiento es visual, como videos puestos en mi imaginación... incluso los conceptos abstractos, como llevarse bien con alguien, los visualizo con imágenes de puertas" (Grandin, 1992, citada por Rivière, 1997, pp. 199). Continúa diciendo "soy una pensadora visual, para mí el lenguaje y las palabras son formas extrañas de pensamiento, todos mis pensamientos son como diferentes videos que veo en el videocasete de mi imaginación, suponía que todos pensaban visualmente... cuando me enfrento a una situación social nueva, tengo que escanear mi memoria para buscar experiencias previas que hayan sido similares y consecuencias sociales de los diferentes métodos de respuesta y después tomo una decisión lógica sobre cómo responder... en la medida en que acumulo más memoria, llego a ser más hábil para predecir cómo actuarán otras personas en una situación particular..." (Grandin, 1995, citada por Rivière, 1997).

La mayoría de autores coinciden en considerar para la clasificación del Trastorno de Asperger, las mismas áreas (socioemocional, lenguaje, comportamiento, cognición), con variaciones en la especificidad de su descripción.

Tanto el DSM IV-TR, el CIE-10, Gillberg & Gillberg (1989), Rivière (1997), Szatmari, Bremner & Nagy (1989), están de acuerdo en que existen alteraciones en la manifestación de comportamientos no verbales en las interacciones (contacto visual, expresiones faciales y gestos), presentan dificultades para desarrollar relaciones con pares (los evitan, no muestran interés, no son recíprocos, emiten respuestas unilaterales, no comparten logros y se les dificulta adaptarse a la proximidad física).

A nivel comportamental coinciden en que presentan inflexibilidad, adhesión a rutinas y rituales no funcionales, interés repetitivo y estereotipado por objetos y actividades, actitudes perfeccionistas y preocupación por partes de objetos, acciones, situaciones o tareas sin detectar totalidades coherentes. Sin embargo, se observan algunas diferencias en el área del lenguaje. Por su parte el DSM IV-TR y el CIE-10 plantean que no existe un retraso significativo en la adquisición del mismo (a los 2 años utilizan palabras sencillas y a los 3 frases comunicativas). En contraposición Gillberg & Gillberg (1989) y Riviere (1997), consideran que existe un retraso en la adquisición del lenguaje, utilización de excesivos formalismos, alteraciones en la prosodia, falta de cohesión en la conversación, uso idiosincrásico de las palabras, comprensión deficiente y dificultad para interpretar enunciados no literales. Adicionalmente Gillberg & Gillberg (1989), Rivière (1997) y Szatmari, Bremner & Nagy (1989), están de acuerdo con la presencia de torpeza motora.

Todos los autores coinciden en que en el T.A no se observa un retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo, aunque sí presentan "islotas de capacidad" y no hay alteración en las habilidades de autoayuda.

DIFERENCIAS ENTRE EL TRASTORNO DE ASPERGER Y EL AUTISMO

A pesar del aparente acuerdo sobre las características del Trastorno de Asperger (TA), se presenta aún confusión con el diagnóstico de autismo, por tanto es importante resaltar las diferencias.

Schopler (1985) describe el TA como un tipo de autismo leve o menos severo, que se diferencia de los otros trastornos generalizados del desarrollo, por la no presencia de retraso en el desarrollo del lenguaje, y por tener un cociente intelectual –CI– dentro de rangos normales. Igual planteamiento es hecho por Frith (1991), quien considera que ambos síndromes están caracterizados por los déficit en la interacción social, habilidades de comunicación deterioradas e inusuales y raros comportamientos. Sin embargo, en el TA, los déficit motores están más pronunciados, el principio parece ser más tardío, y los déficit sociales están presentes con un deterioro cualitativamente diferente del habla y del lenguaje.

Leekam, Lobby, Wing, Gould & Gillberg (2000), citados por Mardomingo (2003) realizaron una investigación en donde compararon los criterios diagnósticos del CIE-10 y los planteados por Gillberg & Gillberg (1989) para el TA en una muestra de 200 niños y encontraron que si se seguían estrictamente los parámetros planteados por el CIE-10 sólo 3 niños de la muestra podrían ser diagnosticados con TA; por el contrario, si se utilizaban los criterios planteados por Gillberg & Gillberg, 95 niños podrían recibir el diagnóstico.

Ozonoff, South & Millar (2000), citados por Mardomingo (2003) compararon 23 niños con diagnóstico de autismo de alto funcionamiento y 12 con TA en cuanto a desarrollo cognoscitivo, sintomatología actual e historia, encontrando que estos dos grupos presentaban más diferencias en cuanto al desarrollo temprano, que en la sintomatología actual, por esto, plantearon que los síntomas son los mismos para estas dos entidades y sólo encontraron una pequeña diferencia en cuanto a la severidad en que se presentan.

Eisenmajer, Prior, Leekam, Wing, Gould, Welham & Ong (1996), citados por Mardomingo (2003), realizaron una comparación entre dos grupos de niños diagnosticados con autismo de alto nivel de funcionamiento y otros con T.A, e hicieron un seguimiento a través de varios años. Encontraron que se presentan más diferencias en cuanto a sintomatología en edades preescolares que en edades posteriores, ya que en estas últimas, los síntomas son muy similares; la única diferencia encontrada por los autores es que el TA tiende a presentar una mayor comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los resultados sugieren que el TA y el autismo de alto nivel de funcionamiento (AAF) son un continuo y no desórdenes diferentes. Dadas las divergencias en cuanto a la separación de los dos síndromes, presentaremos las diferencias entre los dos, en cuanto a las áreas más significativas: inicio del cuadro y retraso mental, lenguaje, interacción social.

INICIO DEL CUADRO Y RETRASO MENTAL

El TA puede distinguirse del AAF por los tempranos patrones de contacto, ya que en el primero, en la niñez temprana, establecen relaciones con los miembros de su familia (aunque de manera impropia y torpe) y en el autismo la conexión con familiares muestra modelos más atípicos y marcados por el retiro y el aislamiento (Klin & Volkmar, 1997).

El diagnóstico de autismo está acompañado de retraso mental en aproximadamente el 75% de los casos, pero en el TA, el DSM-IV-TR lo incluye como criterio diferencial. Comparando el CI entre el TA y el AAF es inferior en este último y en el TA el puntaje verbal es superior al manipulativo (Gillberg, 1989 y Ozonoff & Farham, 1994).

AUTISMO Y ASPERGER: DIFERENCIAS EN CUANTO AL LENGUAJE

Las anomalías y el retraso en el lenguaje y la comunicación pueden ser más severos en AAF

que en el TA, sin embargo, según Attwood (2002), los niños con TA, aunque normalmente a la edad de 5 años hablan con fluidez, no son capaces de desarrollar una conversación natural, copian frases escuchadas, utilizan la tercera persona a la hora de referirse a sí mismos y presentan alteraciones en la pragmática (uso del lenguaje en un contexto social), la semántica (no reconocer que las palabras tienen diferentes significados) y la prosodia (ritmo o acento inusual). Estas características persisten a lo largo de la infancia y la adolescencia.

También se presenta en algunos casos uso de lenguaje formal y concreto, que carece de inflexiones y modismos, lo que los lleva a perder el hilo de la conversación. En otros casos presentan tendencia a ser hiperverbales, desconocen que esto aparta a las demás personas, ya que por lo general hablan solamente del tema que es de su interés, sin tener en cuenta a su interlocutor. Este patrón de comportamiento es más notorio como problema en la adolescencia, donde a diferencia de los niños pequeños, las interacciones verbales son más cercanas e íntimas.

Artigas (1999) por su parte, plantea que en el TA el lenguaje en sus aspectos formales no presenta ningún déficit significativo, pero confirma alteraciones a nivel pragmático, como no respetar la reciprocidad del diálogo, fallar al identificar los marcadores convencionales en las conversaciones, tender a interrumpir las de otros con comentarios fuera de contexto que sólo son de su interés. Adicionalmente se les dificulta iniciar de manera espontánea una conversación funcional y empiezan la interacción con un comentario irrelevante o rompiendo los códigos sociales y culturales. En el mantenimiento de la conversación muestran, que cuando no entienden el contenido implícito en la misma, tienden a cambiar de tema de una manera anárquica. La conversación puede ser malinterpretada o carecer de reciprocidad debido a la literalidad y la dificultad de leer signos o claves, metáforas, ironías o doble sentido.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se puede concluir que las personas con TA pueden presentar en su mayoría un desarrollo del habla dentro de los parámetros normales, sin embargo,

los déficits comienzan a ser evidentes dentro de contextos sociales donde la comunicación es bidireccional y se exige que las personas tengan la capacidad de comprender sutilezas, gestos, dobles sentidos, de ponerse en el lugar del otro, mostrar interés por los temas y las personas, etc., (lo que como ya hemos mencionado es más probable en la adolescencia). Las personas con TA son literales, no siguen ni mantienen una conversación de manera espontánea, se centran de manera perseverativa en temas que son sólo de su interés sin reciprocidad, mostrando poca flexibilidad comportamental al momento de la interacción comunicativa.

AUTISMO Y ASPERGER: DIFERENCIAS EN CUANTO A CONDUCTA SOCIAL

En cuanto a la conducta social, una de las diferencias entre los dos trastornos es que cuando entra a la adolescencia, el joven con TA se da cuenta de su aislamiento, siente motivación para relacionarse con niños de su edad, pero como sus habilidades para el juego social son inmaduras y rígidas, muchas veces es rechazado por los demás. Cuando los códigos de conducta social se le enseñan, tiende a obedecerlos de manera rígida, llegando a ser inflexible en su aplicación (Attwood, 2002).

La ausencia de habilidad para hacer amigos puede conducir a la frustración y como consecuencia a problemas de comportamiento (agresión, conducta oposicionista, daño a objetos). Adicionalmente Tantam (1991 citado por Attwood, 2002), ha reportado una alta incidencia de desórdenes afectivos, dentro de los cuales sobresale la depresión. Informa que las personas con TA tienen en la adolescencia una probabilidad del 15% más alta de presentar episodios depresivos en comparación con la población normal, lo cual no se presenta en los demás trastornos del espectro autista.

AUTISMO Y ASPERGER: DIFERENCIAS EN CUANTO A LA TEORÍA DE LA MENTE

Otro aspecto fundamental en la descripción de los trastornos del espectro autista, fue planteado por

Frith, 1991) y se refiere a que las personas con TA se dan cuenta de la presencia de los otros, pero están involuntariamente aisladas, porque sus aproximaciones tienden a ser inadecuadas; aunque pueden describir las intenciones, emociones y pensamientos de los otros, son incapaces de entenderlos y aprovechar este conocimiento de manera útil y espontánea. Esta capacidad del ser humano es llamada, como se mencionó anteriormente, "Teoría de la mente" y consiste en poder atribuir estados mentales a las otras personas y a sí mismo, entender que los demás son personas diferentes, tienen sentimientos, creencias distintas y poder "ponerse en el lugar del otro". Se presentan fallas al predecir el comportamiento de gente con representaciones inexactas de la realidad. (Riviere, 2001). En este sentido, las personas con AAF y TA sufren una alteración en su habilidad para entender la naturaleza de las representaciones mentales y su papel en la determinación del comportamiento de la gente (que actúa con base en sus creencias y deseos), siendo susceptible de aprender, de manera mecánica, en las personas con TA. El abordaje de la Teoría de la mente aporta que el mismo mecanismo cognitivo básico es usado para entender la simulación y la falsa creencia, puesto que en ambos casos es un asunto de comprensión de la diferencia entre representación y realidad y por eso se presentan deficiencias en el juego simbólico y en la comprensión del lenguaje no formal (Schopler, Mesibov & Kuncze, 1998).

En la adolescencia, las personas con TA pueden comprender vagamente que son diferentes a los demás y que los excluyen de muchas relaciones interpersonales (Kanner, 1971), pues aunque acumulan muchas experiencias en su vida, no logran integrarlas de forma significativa y estos conocimientos fragmentados les dificulta una ejecución significativa; a pesar de tener una inteligencia moderada y a menudo habilidades académicas adecuadas, se describen como faltos de sentido común (Frith, 1971, citado por Paluzny, 1987).

Como hemos venido mencionando, se han planteado diferencias entre las personas con TA y los AAF en cuanto al lenguaje, el área social y emocional, pero otros autores siguen presentando dudas de

que se trate de entidades diferentes. Varios estudios han intentado determinar si puede trazarse una distinción entre los dos, sin resultados definitivos. No diferencias en el lenguaje (Eisenmajer y cols., 1996), en ambos grupos se encontraba alterada la calidad de la interacción social (Kereshian, Burd & Fisher, 1990). Encontraron que niños inicialmente diagnosticados con autismo, al llegar a la adolescencia luego de haber recibido tratamiento, eran revalorados emitiéndose un diagnóstico de TA (Manjiviona & Prior, 1995); los dos grupos poblacionales comparten los mismos déficits en cuanto a funciones ejecutivas (Ozonoff, Rogers & Pennington, 1991); las diferencias son más notorias por la ausencia de comunicación en algunas personas con autismo, pero cuando ambos grupos poseen comunicación, éstas de minimizan (Szatmari, Bartolucci & Bremner, 1989) y actualmente, según Atwood (2002), los resultados de los mismos sugieren que no hay diferencias significativas entre los dos, afirma el autor, que el término autismo de alto funcionamiento se ha usado, durante un tiempo, en países de habla inglesa y continúan empleándolo algunos clínicos que prefieren esa etiqueta diagnóstica. El mayor uso tiene que ver con las políticas de las organizaciones gubernamentales, la mayor posibilidad de recibir fondos por diagnósticos conocidos y la falta de información y conocimiento para el diagnóstico de TA. Por tanto, sugiere el autor, el mismo niño puede ser diagnosticado con AAF en un lugar y con TA en otro.

El punto de vista más popular parece ser que el T.A es un sinónimo del AAF (Schopler, 1985). Sin embargo, parece que hay algunas ventajas en mantenerlos separados. En primer lugar, todavía existe un debate de hasta qué punto se solapa el TA con el AAF (Rutter & Schopler, 1987). En segundo lugar, el pronóstico para el TA es considerablemente mejor que para el AAF y para los demás desórdenes del espectro autista. Por este motivo, varios especialistas (por ejemplo, Wing, 1981; Attwood, 2002; Riviere, 2001) han abogado en favor de usar el término de TA, aunque aceptando que las diferencias entre éste y el AAF pudieran ser simplemente una cuestión de grado. Tantam (1988, citado por Attwood, 2002) argumentó que, sin esta categoría, se dejaba a estos niños en un limbo diagnóstico, y en

consecuencia, sus problemas no eran reconocidos ni se les proporcionaban cuidados para ellos, ya que sus déficits no eran lo suficientemente severos o extendidos como para ser considerados con el término "autista". El número de niños afectados no es despreciable: Gillberg & Gillberg (1989) encontraron que el TA era cinco veces más frecuente que el autismo. Otra razón práctica para conservar el término de TA es que puede ser un diagnóstico más aceptable para padres y profesionales, muchos de los cuales tienen una visión estereotipada del espectro autista, basada en el cuadro clínico de niños pequeños (Wing, 1988).

Nuestra labor en el Centro, que incluye la evaluación de 800 personas con Trastornos Generalizados del Desarrollo, nos muestra que las diferencias entre los dos cuadros es útil y necesaria, dado que si bien las personas con TA comparten la mayoría de los criterios diagnósticos con el autismo, la diferencia se da no sólo en el inicio de la sintomatología, sino en cuanto a la calidad de su manifestación. Es frecuente que la calidad del lenguaje sea superior en las personas con TA, las interacciones sociales mejoren con adultos más no con pares y sea más frecuente que estén integrados al aula regular cuando se identifican las dificultades o luego de la misma y dadas las habilidades cognitivas se sugiera su ubicación en ese tipo de educación. Igualmente y debido al proceso educativo regular se hacen evidentes más habilidades especiales en las personas con T.A que aquellas que tienen autismo.

INTEGRACIÓN ESCOLAR DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE ASPERGER

¿Por qué hablar entonces de integración escolar? Los déficit en las funciones ejecutivas, sumados a todas las características anteriormente descritas, hacen necesario que las personas con este trastorno requieran desde el comienzo de su escolaridad y en especial en la adolescencia, un acompañamiento por parte de un profesional especializado en el tema, que incluya además, orientación a la familia, capacitación y asesoría permanente al equi-

po de profesores, compañeros y a todos los demás estamentos del colegio.

Dado que el desarrollo del niño durante los primeros años y al comienzo de la escolaridad puede no haber sido inusual o problemático, los profesionales y profesores no suelen pensar que se trate de algún trastorno del espectro autista. Por su parte, los padres perciben que juega con sus hermanos e interactúa funcionalmente con ellos, por tanto, no reportan ningún problema. Hay que tener en cuenta que la diferencia en el comportamiento del niño es más evidente en ambientes poco familiares.

En el colegio, un profesor perceptivo sí puede notar comportamientos diferentes a los demás, como evitar o no comprender el juego social, no entender los códigos de conducta en la clase, conversar y jugar de manera distinta, tener fascinación por temas especiales o extraños y no mostrar habilidad ni gusto por las tareas motoras. Puede igualmente observar que se torna agresivo si tiene que esperar o si otro niño se le aproxima sin razón aparente para él, Atwood (2002).

Respecto a la integración escolar y tal como lo plantea Martin (2000), cualquier decisión educativa sobre qué aspectos deben ser potenciados y de qué forma, se debe basar en el conocimiento que se tenga del niño o joven determinando cuáles son sus capacidades, fortalezas y debilidades. El lugar, el medio, las personas y la periodicidad de la intervención, deberán siempre ser desarrollados de manera individual y en función de cada uno.

Cuando llega el momento de decidir en qué lugar iniciar el proceso de escolaridad, los padres comienzan a sentir lo que significa tener un hijo con dificultad y esto va a determinar la forma de escolarización. Es importante que los padres recuerden que no se trata de una simple solicitud de matrícula, se trata de una decisión que requiere una evaluación previa que determine si el niño o joven es candidato para alguna modalidad o tipo de integración escolar, con ayudas especiales que cubran las necesidades educativas. Es entonces, cuando el trabajo con los padres se encamina a orientar sobre el tipo de escolaridad que sus hijos necesitan, expli-

carles las ventajas y desventajas de cada modalidad educativa para que puedan comprender y ayudar de la manera más eficaz a su hijo. Martin (2000).

Tener presente las dificultades y capacidades, permite que se puedan poner en práctica planes de trabajo con objetivos que sean funcionales, adaptados a las circunstancias particulares del caso e incluso creativos, que aumenten y posibiliten el desarrollo educativo. En este sentido, la integración escolar de personas con espectro autista requiere el control de múltiples variables ambientales, físicas y sociales, que no suele ser fácil en el medio educativo. El reto de los padres y el profesional de apoyo es medir y valorar la accesibilidad a un medio en el que dicho control sea posible y/o desarrollar las adaptaciones que sean necesarias. Las variables a controlar y las decisiones sobre el medio más accequible van a estar determinadas por aspectos de la persona con espectro autista, como: nivel de comprensión del medio social, alteraciones sensoriales, dificultades emocionales (bajo umbral de frustración y ansiedad), traducidas en definitiva en dificultades comportamentales. Se debe además valorar las capacidades adaptativas (lenguaje, actividades académicas, juego, imitación y otros repertorios básicos), lo cual debe tener la misma importancia que las dificultades para que los alumnos tengan las máximas oportunidades educativas.

Por su parte, Casanova (2000), plantea que antes de tomar en consideración alguna propuesta escolar, hay que reflexionar sobre la posibilidad que ofrece el sistema educativo para que la integración de una persona con espectro autista pueda llevarse a la práctica con éxito.

Riviere (2001) sugiere de igual manera que la integración de personas con espectro autista requiere que el sistema educativo asegure dos cosas importantes: diversidad y personalización, ya que los sistemas homogéneos y los modelos poco individualizados del proceso enseñanza-aprendizaje son incapaces de atender a las necesidades de aquellas personas cuyo modo de desarrollo se aparta más del "modelo estándar de desarrollo humano".

El sistema educativo, según (Casanova, 2000; Riviere, 2001) debe reunir condiciones como poseer un currículo flexible y abierto, tener autonomía curricular y organizativa, disponer de canales para la participación de la comunidad educativa en las distintas instancias de decisión.

Los centros escogidos, dice el autor, deberán ser pequeños en tamaño y número de alumnos, que no exijan interacciones sociales de excesiva complejidad, preferiblemente estructurados, con estilos didácticos directivos y formas de organización que hagan "anticipable" la jornada escolar. Los colegios deberán permitir la asesoría de un profesional externo y especializado en el tema e incluso en caso de necesidad, permitir la observación de las rutinas diarias en el salón. También deberán utilizar un sistema de lenguaje teniendo en cuenta el nivel de comprensión (uso de agendas visuales e historias sociales), no sobrecargando a esta persona que es "pensadora visual" con extensas frases de información verbal, sino con información escrita. Deberán reforzar sus acciones de manera permanente, propondrán actividades diversas que eviten el aburrimiento y la falta de interés, serán concretos en la solicitud de tareas, respetarán las distancias que el niño requiera, para que no sienta invadido su espacio, tendrán en cuenta sus miedos, fobias u obsesiones y mantendrán un ambiente ordenado y tranquilo.

En cuanto al personal del colegio, es imprescindible un compromiso real del grupo de profesores que están en contacto con el joven con TA y deben existir recursos complementarios, en especial psicólogo y otros terapeutas, que tengan funciones de orientación y manejo del grupo de profesores, quienes por su parte, deberán respetar y aceptar su ritmo de comportamiento.

Según Riviere, 1997) para contribuir en la planificación de las actividades de los jóvenes con TA, se les puede enseñar a dividir las tareas en pasos, a desarrollar una jerarquía creciente de objetivos y secuenciar actividades para terminar o llevar a cabo un objetivo complejo. Para los déficits en consolidación y aplicación del cono-

cimiento, se puede enseñar a identificar la idea principal en una nueva información, establecer asociaciones entre ésta y el conocimiento ya adquirido y ver la globalidad más que centrarse en los detalles.

Referente a los compañeros es conveniente que el colegio y los profesionales les proporcionen claves para comprender la situación y apoyar sus aprendizajes y relaciones. Adicionalmente para una integración escolar "exitosa", Attwood ((2002) recomienda tener en cuenta además las siguientes características de la persona con TA.

A muchos jóvenes con TA no les gustan las multitudes, rechazan estar en los salones de clase y les molesta los rumores de las conversaciones de otros; no pueden concentrarse en más de una cosa al mismo tiempo, a veces les cuesta trabajo dejar una actividad y empezar otra, no les gusta que les pregunten cuando están concentrados y se les dificulta recordar lo que les habían preguntado. En ocasiones les gusta que los oigan cuando están hablando de temas de su interés y les molesta que los ignoren, en otras, pasa lo contrario. Algunos profesionales han observado que les molestan detalles pequeños e insignificantes de los demás (dejar cajones abiertos, cosas fuera del lugar), mostrándose intolerantes frente a dichos estímulos. Les cuesta mucho trabajo estar en un grupo, se comportan distinto y se distraen fácilmente. Cuando conocen a alguien por primera vez, lo ubican en una categoría determinada (amigo o no) y no les gusta cambiar de opinión. Les es más fácil estar con un solo niño que con tres o cuatro, se les dificulta hacer amigos, pero los que tienen son buenos y harían lo que fuera para no decepcionarlos; se les dificulta quedarse quietos y los maestros los caracterizan aduciendo que "tienen mucha energía". Los procesos de toma de decisiones representan una serie de dificultades para las personas con este trastorno. Se ha observado que ellos prefieren que las cosas no cambien demasiado, no les gustan los cambios de planes ni las situaciones o eventos inesperados.

A nivel socioemocional, los jóvenes con TA sienten las cosas de distinta manera, pueden llegar

a ser muy sensibles, parecen inmunes a ciertos dolores, otros los sienten con mucha intensidad. Prefieren los ruidos suaves, rechazan los fuertes como la aspiradora o licuadora y también las conversaciones bulliciosas. Son muy sensibles con todo lo relacionado con el pelo, que les caiga sobre la frente, no soportan las peluquerías (tijeras, máquina). Tienen problemas con la comida, no ingieren la mayoría de alimentos, no les gusta probar algo nuevo, las cosas mezcladas, algunas texturas y prefieren no comer en sitios fuera de su casa. Prefieren estar solos, no les gusta que vayan extraños a la casa, les encantan sus habitaciones, a muchos les fascina leer, una y otra vez los mismos libros. Algunos preferirían no ir al colegio, sino tener un profesor en casa.

Attwood (2002) afirma que algunas cosas las pueden aprender rápidamente (leer), otras siempre y cuando no sean absurdas para ellos y las enseñen adecuadamente. Como ya se mencionó, a veces ven sus pensamientos, les interesan las palabras y cuando los demás hablan ven en forma de texto lo que están diciendo. Les gustan las bromas y el humor, aunque a veces no las entiendan.

Las cualidades de un joven con TA, se centran en la honestidad y sinceridad (no pueden decir mentiras o hacer algo que no crean y que no sea cierto), si no quieren hacer algo, se niegan a hacerlo y se enojan muy fácilmente si las cosas no son como quieren o cuando cometen errores. Además tienden a no hacer lo que se les manda porque no le ven sentido, no saben lo que se espera de ellos y por esto necesitan que se les expliquen las cosas con claridad. Les cuesta trabajo entender la autoridad y no saben ser "amables", porque no "se ponen en el lugar del otro". Estas características, en un ambiente que no esté preparado para eso, pueden ocasionar comportamientos disruptivos. (Attwood, 2002).

Si bien las características de una persona con TA persisten a lo largo del tiempo, es importante considerar que las necesidades de un niño/joven en la escuela primaria, versus la secundaria, son distintas debido a la edad, al desarrollo social, emocional, cognitivo y académico respectivo, por

tanto las recomendaciones anteriores y las siguientes, no deben tomarse aisladamente, sino ir de la mano del conocimiento de la persona con T.A y de las características personales de su proceso de integración.

PAPEL DEL PROFESOR DENTRO Y FUERA DEL AULA ESCOLAR

Según Attwood (2002), cualquier profesor que tenga a su cargo personas con espectro autista, deberá recurrir a los otros niños como claves para indicar qué hacer, por ejemplo, si se presentan problemas de comportamiento, podrá indicar a la persona integrada que observe a los otros con el objeto de copiarlos, asumiendo que lo que hacen es lo apropiado. Podrá organizar juegos cooperativos en grupos pequeños, con supervisión para el manejo de turnos y para controlar el deseo de querer ser el primero y ganar. Según el mismo autor, también puede modelar a los otros alumnos cómo relacionarse con el niño, fomentando la tolerancia a la diferencia y estimulando la puesta en práctica de habilidades sociales, esto ayuda a los compañeros a entender cómo actuar frente a la persona integrada.

El profesor puede explicar medios alternativos de búsqueda de ayuda, enseñando a la persona integrada otras alternativas distintas al profesor para resolver problemas. Facilitar el encuentro con amigos potenciales, detectando uno o varios de ellos que dadas sus características le ofrezcan ayuda, sean guardianes, incluirlo en actividades de juego e incluso servir de puente con la familia de la persona integrada. Adicionalmente proporcionar supervisión en el recreo, puesto que este es el momento más probable para poner en práctica habilidades de interacción social aprendidas (Attwood, 2002).

LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN COLOMBIA

La experiencia de la integración escolar en el país ha sido desarrollada por interés de los padres al observar que sus hijos se quedan sin oportunidades

de atención, por algunos profesionales e instituciones interesados en estas problemáticas y la apertura que algunos colegios le ofrecen a las familias y a los niños con TA.

En 1996, el senado de la república promulgó la Ley 300 en donde se establecen mecanismos de integración social, de las personas con limitación y en el capítulo II, artículo 10 referente a la educación se menciona: "El Estado colombiano en sus instituciones de educación pública garantizará el acceso a la educación y la capacitación en los niveles primario, secundario, profesional y técnico para las personas con limitación, quienes para ello dispondrán de una formación integral dentro del ambiente más apropiado a sus necesidades especiales".

Igualmente la ley establece que el gobierno deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación; establecerá el diseño, producción y difusión de materiales educativos especializados, así como de estrategias de capacitación y actualización para docentes en servicio; todo centro educativo de cualquier nivel deberá contar con los medios y recursos que garanticen la atención educativa apropiada a las personas con limitaciones. Ningún centro educativo podrá negar los servicios educativos a personas limitadas físicamente; el Ministerio de Educación Nacional y el ICFES establecerán los procedimientos y mecanismos especiales que faciliten a las personas con limitaciones físicas y sensoriales la presentación de exámenes de estado. (Artículos 12, 13 y 14). (República de Colombia, 1996).

A lo largo de la experiencia acumulada por el equipo profesional de Anthiros y a partir de la ley de integración escolar, se ha podido

CONCLUSIONES

El presente artículo ha pretendido dar herramientas teórico – prácticas a los profesionales, profesores y padres que están en contacto con niños o jóvenes con TA y/o AAF, con el fin de compren-

der las características inherentes y las diferencias entre estos trastornos en términos de funcionamiento, nivel cognitivo, desarrollo del lenguaje y estilo comportamental para poder llevar a cabo la integración escolar, concibiéndola como un proceso que debe incluir un trabajo en equipo con los padres, los profesores del centro educativo y un equipo de profesionales. Ellos serán quienes tracen las directrices a partir de las características particulares y del conocimiento que se tenga de cada uno, incluyendo adaptaciones curriculares y espaciales necesarias, que favorezcan el desarrollo de habilidades funcionales a nivel social, académico y comportamental. Los principales argumentos que sustentan una integración escolar son que la persona que presenta este trastorno pueda participar en un proceso educativo al interior de un grupo de pares, que le sirvan como modelos de comportamiento acordes con su edad, poder potencializar las capacidades individuales del mismo y permitirle la no participación en actividades o materias en las cuales, por las características descritas a lo largo del artículo, no podrá realizar según unos estándares académicos preestablecidos.

La experiencia de integración escolar en Anthiros, ha mostrado que a partir de la promulgación de la ley, son más las instituciones

que han reconocido la importancia de llevar a cabo estos procesos, pero en la práctica ha sido evidente que muchos no cuentan con la infraestructura necesaria (equipo de profesores comprometidos, profesionales de apoyo). Dado que los PEI en muchos casos están fundamentados en principios de educación tradicional, es difícil la aceptación de nuevas reglas, no permiten hacer las adecuaciones curriculares y espaciales requeridas y tampoco están abiertas a recibir asesoría por parte de un equipo especializado.

Esto hace que los niños y jóvenes que ingresan a un proceso de "integración escolar", terminen dentro de una escolaridad igual a la de los otros, donde no se tienen en cuenta las diferencias y las necesidades particulares, según las características mencionadas a lo largo del artículo, con exigencias

Adicionalmente, consideramos que es un tema que debe ser estudiado más ampliamente en especial los aspectos relacionados con las diferencias diagnósticas entre los distintos trastornos que conforman los TGD y avanzar en la investigación sobre la etiología, la teoría de la mente y las funciones ejecutivas, en las que regularmente observamos alteraciones importantes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3a. ed.) Washington, DC, EE.UU.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.) Washington, DC, EE.UU.: American Psychiatric Association.
- Artigas, J. (1999). Language in autistic disorders. *Review of Neurology*, 28, 118-123.
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Casanova, M. (2000). La integración educativa del niño autista. En A. Riviere & J. Martos (Comps.), *El niño pequeño con autismo*. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Ciaranello, A. & Ciaranello, R. (1995). The Neurobiology of infantile autism. *Annual Review of Neuroscience*, 18, 101-128.
- Eisenmajer, R., Prior, M., Leekman, S., Wing, L., Gould, J., Welham, M & Ong, B. (1996). Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1523-1531.
- Frith, U. (1989). *Autism. Explaining the enigma*. Londres: Basil Blackwell.
- Frith, U. (1991) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frith, U. (1999). *Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.
- Gillberg, C. (1989). Asperger's Syndrome in 23 Swedish Children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520-531

- Gillberg, C. & Gillberg, I. (1989). Asperger Syndrome – Some epidemiological considerations: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 631-638.
- Happé, F. (1998). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza
- Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 119-145.
- Kerbestrian, J., Burd, L., & Fisher, W. (1990). Asperger's Syndrome and Tourette syndrome. The case of the pinball wizard. *British Journal of Psychiatry*, 148, 731-736.
- Klin, A. & Volkmar, F. (1997). *Asperger's syndrome: guidelines for assessment and diagnosis*. Washington, D.C: Learning Disabilities Association of America.
- Leslie, A. (1987). Pretence and representation: the origins of "theory of mind". *Psychological Review*, 94, 412-426
- Leslie, A. (1988) Some implications of pretence for mechanisms underlying the child's - Theory of Mind. En J. W. Astington., P. Harris. & D. R. Olso. (Eds.). *Developing Theories of mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- López-Ibor, J., & Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Manjiviona, J., & Prior, M. (1995). Comparison of Asperger's Syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 23-39.
- Mardomingo, M. (2003). Bases neurobiológicas. En G. Tomas (Ed.), *El espectrum autista: evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Madrid: Alertes.
- Martin, M. (2000). Orientaciones educativas en el niño pequeño con autismo. En A. Riviere y J. Martos (Eds.), *El niño pequeño con autismo*. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Ozonoff, S., & Farham, J. (1994). Can standard measures identify subclinical markers of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 429-441.
- Ozonoff, S., Pennington, B. F. & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1081-1105.
- Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Pennington, B. F. (1991). Asperger's syndrome: evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1107-1122.
- Paluzny, M. (1987). *Autismo. Estrategias para padres y profesionales*. México: Trillas.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpancé have a 'theory of mind'? *Behavioural and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- República de Colombia. (1996). *Discapacidad y derecho. Lineamientos normativos para la equiparación de oportunidades*. Santa Fe de Bogotá.
- Riviere, A. (1997). Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación. Tratamiento y definición del espectro autista II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. En A. Riviere & J. Martos. (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: Imerso-APNA.
- Riviere, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Editorial Trotta.
- Rutter, M. (1982). Diagnóstico y definición. En M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autismo: reevaluación de los conceptos y el tratamiento*. Madrid: Alambra.
- Rutter, M. & Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 159-186.
- Schopler, E. (1985). Editorial: Convergence of Learning disability, higher level autism, and Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 359.
- Schopler, E., Mesibov, G., & Kunce, L. (1998). *Asperger Syndrome or High-functioning Autism?* Nueva York: Plenum Press.
- Szatmari, P., Bartolucci, G., & Bremner, R. (1989). A follow up of high functioning autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 213-225.
- Szatmari, P., Bremner, R., & Nagy, J. (1989). Asperger's Syndrome: A review of clinical features. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 554-560.
- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: A Clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-130.
- Wing, L. (1988). *Aspects of Autism: Biological Research*. Londres: Gaskell/National Autistic Society.
- Wing, L. (1995). *The Autistic Spectrum. A guide for parents and professionals*. Londres: Constable.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29
- Wolff, (1985). *Loners: The life path of unusual children*. Londres: Rautledg.