



## **TRASTORNO DE ASPERGER VERSUS TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMIENTO**

**Manuel OJEA RÚA**  
Campus de Ourense  
Universidade de Vigo

*Data de recepción: 26/10/2006*  
*Data de aceptación: 21/05/2007*

### **RESUME**

Este estudo mostra os resultados dunha investigación, que ten como finalidade aportar os datos sobre a nosoloxía específica do trastorno de Asperger e o trastorno autista de alto funcionamento, en canto puideran constituír dúas categorías clínicas diferenciais, así como, se fóra o caso, as implicacións que as súas conclusións puideran significar para a intervención psicoeducativa de ambas poboacións de estudantes.

### **ABSTRACT**

This study offer the outputs of the research whose exhibit the information over the classification different specific about of the Asperger's syndrome and the high function of autistic disorder, as well as the implications of result in for the psychoeducational intervention on the students group.

### **KEY WORDS**

Asperger's syndrome/ Autistic spectrum disorder/ High functioning autism/ Feature tests.

### **INTRODUCCIÓN**

A pesar da sorprendente coincidencia entre os síntomas publicados por Kanner (1943) sobre a condición do “autismo infantil” respecto á categoría denominada “psicopatía autista” publicada por Asperger (1944), ambos autores adoptaron modelos explicativos distintos respecto a ambas entidades clínicas. Por unha parte, Kanner (1943) considera ao “autismo infantil” como un trastorno do desenvolvemento, do cal a súa manifestación inicial ocorre durante os tres primeiros anos de vida, etapa na que comeza a manifestar anomalías severas no desenvolvemento da linguaxe, comportamentos repetitivos e estereotipados. Por outra parte, Asperger (1944) considera a “psicopatía autista” como un trastorno da personalidade, do cal os síntomas iniciais non se manifestan ata unha idade avanzada da infancia, así como, en diferenza con Kanner (1943) os individuos mostran un desenvolvemento da linguaxe avanzado e pon énfase na existencia de intereses e preocupacións excesivas por tópicos específicos. Ambas hipóteses continúan na actualidade intentando establecer os criterios de especificidade de ámbolos dous trastornos. Non obstante, a preocupación xorde co

---

### **Correspondencia:**

Facultade de CC. Educación, As Lagoas, s/n, 32004 Ourense. E-mail: moxea@uvigo.es

feito de que se as conclusións nas que poden derivarse estes estudos inflúen de maneira decisiva na planificación educativa, o que, en consecuencia, puidera supoñer a consideración dun erro os deseños e intervencións psicoeducativas actuais.

## 1. O SÍNDROME DE ASPERGER

Asperger (1944) identifica un patrón singular de síntomas que establece dentro dunha patoloxía infantil denominada “psicopatía autista”, da que destaca os seguintes rasgos característicos:

- 1) O trastorno comeza a manifestarse arredor do terceiro ano de vida do neno/a ou, en ocasións, a unha idade máis avanzada.
- 2) O desenvolvemento lingüístico do neno/a (gramática e sintaxe) é adecuado e con frecuencia avanzado.
- 3) Existen deficiencias graves con respecto á comunicación pragmática ou uso social da linguaxe.
- 4) A miúdo, obsérvase un retraso no desenvolvemento motor e unha torpeza na coordinación motriz.
- 5) Trastorno da interacción social: incapacidade para a reciprocidade social e emocional.
- 6) Trastorno da comunicación non verbal.
- 7) Desenvolvemento de comportamentos repetitivos e intereses obsesivos de natureza idiosincrásica.
- 8) Desenvolvemento de estratexias cognitivas sofisticadas e pensamentos orixinais.
- 9) Prognóstico positivo con posibilidades altas de integración na sociedade.

O cadro clínico exposto por Asperger constitúe o que actualmente coñécese como

*síndrome de Asperger*, termo que foi introducido por Wing (1981), quen o describe coma un conxunto de cambios en relación coa etapa específica do desenvolvemento, os aspectos lingüísticos, as áreas de habilidades cognitivas e establece un prognóstico máis pesimista na evolución dos estudantes. As principais características clínicas do síndrome de Asperger segundo Wing (1981) en diferenza con Asperger (1944) son as seguintes:

- 1) Algunhas anomalías condutuais comezan a manifestarse no primeiro ano de vida.
- 2) O desenvolvemento da linguaxe é adecuado, aínda que nalgúns individuos pode existir un retraso inicial moderado.
- 3) O estilo de comunicación tende a ser pedante, literal e estereotipado.
- 4) O neno/a presenta un retraso da comunicación non verbal.
- 5) O neno/a presenta un trastorno grave da interacción social recíproca cunha capacidade diminuída para a expresión e a empatía.
- 6) Os patróns de comportamento son repetitivos e existe unha resistencia ao cambio.
- 7) O xogo do neno/a pode alcanzar ao estadio simbólico, pero é repetitivo e pouco social.
- 8) Obsérvase un desenvolvemento intenso de intereses restrinxidos.
- 9) O desenvolvemento motor grosso e fino pode manifestarse retrasado e con dificultades de coordinación motriz.
- 10) O diagnóstico de autismo non exclúe o diagnóstico do síndrome de Asperger.

Así mesmo, as investigacións realizadas por Gillberg (1989; 1991) e Gillberg e Gillberg (1989), Szatmari, Bremner e Nagy

(1989) e Tantam (1988; 1991) profundizan na análise dos criterios que conforman o síndrome de Asperger, os cales, en síntese, establecen un conxunto de características referidas ás

seguintes dimensións: 1) linguaxe, 2) aspectos cognitivos, 3) desenvolvemento motor, 4) interacción social e 5) condutas repetitivas (ver táboa 1).

**Táboa 1:** criterios para o diagnóstico do síndrome de Asperger.

<b>D</b>	<b>SÍNDROME DE ASPERGER</b>
<b>Linguaxe</b>	Desenvolvemento axeitado dos compoñentes formais da linguaxe na infancia temperá.
	Ausencia aparente de retraso lingüístico.
	A prosodia é anómala e o estilo conversacional é egocéntrico, pedante e unilateral
	Posúe facilidade para expresar ideas verbalmente.
	Verbosidade marcada.
	Vocabulario sofisticado e idiosincrático.
	Contido de conversación de natureza complexa.
	Referencias conversacionais inusuais e ambiguas no contexto.
<b>Cognición</b>	Habilidades cognitivas verbais e non verbais axeitadas.
	Interese de exploración na infancia temperá.
	Adquisición de habilidades de autosuficiencia.
	Actuación adecuada en áreas de razoamento verbal, comprensión verbal, vocabulario e memoria auditiva.
	Déficit na integración visomotora, percepción espacial, memoria visual e formación de conceptos non verbais.
Actuación máis axeitada en tarefas de Teoría da Mente.	
<b>Motricidade</b>	Retraso motor na infancia temperá.
	Motricidade torpe e dificultades de coordinación motriz.
	Persistencia dos problemas motores na adolescencia.
<b>Interacción Social</b>	Formación de vínculos de apego coa nai.
	As condutas de iniciación da interacción social son frecuentes pero inapropiadas e idiosincrásicas.
	Interese social por iguais, pero de xeito inadecuado.
	Intelectualización das emocións e intencionalidade dos outros.
	Concienciación das dificultades sociais e das diferenzas.
	Desexo por desenvolver relacións sociais.
<b>Condutas repetitivas</b>	Interese en acumular datos informativos sobre temas específicos.
	Posúe xogo imaxinativo, pero non interactivo.
	Imposición dos seus intereses aos demais nos procesos de interacción social.
	Manierismos motores e movementos estereotipados.

A clasificación internacional feita no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos

Trastornos Mentais DSM- IV- TR (APA, 2000), no parágrafo F84.5 (299.80), que cons-

títue a guía básica internacional para a nosoloxía do trastorno de Asperger, establece os seguintes criterios para o seu diagnóstico:

A. Alteración cualitativa da interacción social, manifestada, polo menos, por dúas das seguintes características:

(1) importante alteración do uso de múltiples comportamentos non verbais como contacto ocular, expresión facial, posturas corporais e xestos reguladores da interacción social

(2) incapacidade para desenvolver relacións con compañeiros apropiadas ó nivel de desenvolvemento do suxeito

(3) ausencia da tendencia espontánea a compartir ledicias, intereses e obxectos con outras persoas

(4) ausencia de reciprocidade social ou emocional.

B. Patróns de comportamento, intereses e actividades restritivos, repetitivos e estereotipados, manifestados cando menos por unha das seguintes características:

(1) preocupación absorbente por un ou máis patróns de intereses estereotipados e restritivos que son anormais, sexa pola súa intensidade, sexa polo seu obxectivo

(2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas ou rituais específicos, non funcionais

(3) manierismos motores estereotipados e repetitivos

(4) preocupación persistente por partes dos obxectos.

C. O trastorno causa un deterioro clinicamente significativo da actividade social, laboral e outras áreas importantes da actividade do individuo.

D. Non hai retraso xeral da linguaxe clinicamente significativo.

E. Non hai retraso clinicamente significativo do desenvolvemento cognoscitivo nin do desenvolvemento de habilidades de autoaxuda propias da idade, comportamento adaptativo e curiosidade acerca do ambiente durante a infancia.

F. Non cumpre os criterios doutro trastorno xeneralizado do desenvolvemento nin de esquizofrenia.

Así mesmo, dispónse de estudos que profundizan na avaliación dos criterios de diagnóstico, dos que cabe citar os seguintes:

1) A escala de Gillberg e Gillberg (1989), que inclúe os criterios relacionados coas seguintes dimensións factoriais: a) déficit social, b) interese focalizado, c) rutinas repetitivas, d) peculiaridades na fala e na linguaxe, e) problemas na comunicación non verbal, f) torpeza motriz.

2) A escala de Szatmari, Bremmer e Nagy (1989), que inclúe os seguintes criterios de diagnóstico: a) solitario, b) interacción social deficiente, c) comunicación non verbal deficiente, d) fala estraña.

En síntese, pódese afirmar que as persoas con trastorno de Asperger presentan, entre outras, as seguintes características: 1) teñen dificultade para facer amigos/as, 2) presentan déficits para comunicarse a través de sinais non verbais, 3) mostran intereses obsesivos por feitos ou obxectos, 4) presentan déficits motores e de coordinación manual, 5) son inflexibles diante das rutinas, 6) manifestan unha comunicación lingüística, pero esta é plana, con patróns mecánicos na construción de frases, 7) mostran ausencia de condutas espontáneas de compartir con outros (dificultades do acto de sinalar ou de mostrar obxectos de interese), 8) falta de reciprocidade social e/ou emocional e 9) manifestan estere-

otipias motoras repetitivas (sacudida de mans, retorcer os dedos, movementos complexo de todo o corpo, entre outras).

A análise da presenza destes criterios de diagnóstico identifícanse por medio de escalas de observación e cuestionarios específicos, dos que cabe citar a ASAS “Australian Scale for Asperger’s syndrome” (Escala Australiana do Síndrome de Asperger) de Garnett e Attwood (1995), que veu a substituír á escala de Ehlers e Gillberg (1993). A Escala Australiana do Síndrome de Asperger consta de 24 ítems valorados nunha escala de 0 – 10, onde 0 representa un nivel formal esperado para a idade evolutiva “normal”. Os 24 ítems están agrupados entornó ás 5 dimensións seguintes: 1) habilidades sociais e emocionais, 2) habilidades comunicativas, 3) habilidades cognitivas, 4) intereses específicos, e 5) habilidades motrices. A estas 5 dimensións engádesse un 6º apartado de “outras características”. Así mesmo, neste mesmo contorno, é útil a escala específica de diagnóstico CAST “Childhood Asperger Syndrome Test” (Williams e outros, 2005).

## **2. O TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO**

Os criterios de diagnóstico do trastorno autista establecidos na clasificación internacional dos trastornos mentais (APA, 2000) atópanse recollidos nos criterios F84.0 (299.00). A diferenciación entre estes criterios respecto aos criterios indicados para o diagnóstico do trastorno de Asperger como categoría diferencial son evidentes, non obstante cando nos situamos dentro do trastorno autista de alto funcionamento, nivel máximo do continuo do espectro autista, as diferenzas son máis difíciles de precisar.

Desde os estudos iniciais de Kanner (1943) ata a configuración do trastorno autis-

ta considerado como un espectro feito por Wing (1976), Wing e Gould (1979), continuados posteriormente por Rivière (2001) e Wing (1995), que salientan a conceptualización do trastorno dentro dun continuo de distintas intensidades, no nivel máis alto do rendemento cognitivo dos estudantes con trastornos do espectro autista obsérvanse un conxunto de diferenzas con respecto ás características sinaladas para a especificidade do trastorno de Asperger e, seguindo a mesma estrutura dimensional realizada na táboa anterior, pódense observar na táboa 2.

A detección e a avaliación da presenza destes criterios pódese realizar mediante o uso das escalas de diagnóstico seguintes: 1) o CARS “The Childhood Autism Rating Scale” (Gilliam, 1995), 2) o CHAT “Checklist for Autism in Toddlers” (Baron-Cohen e outros, 1992), 3) o PL- ados “The Pre- Linguistic Autism Observation Scale” (Di Lavore e outros, 1995), 4) o PDDST “The Pervasive Developmental Disorders Screening” (Siegel, 1996), 5) o STAT “The Screening Tool for Autistic Disorder in Toddlers” (Rogers, 2001), 6) o ADI-R “The Autism Diagnostic Interview- Revised” (Lord e outros, 1994), 7) o ABC “The Autism Behavior Checklist” (Krug e outros, 1980), 8) o CSBS “The Communication and Symbolic Behavior Scales” (Wetherby e Prizant, 1993), 9) o PEP “Psychoeducational Profile” (Schopler e Reichler, 1979), 10) o AAPEP Adolescent and Adult Psychoeducational Profile” (Mesibov e outros, 1988), que constitúe a versión para adolescentes e adultos do PEP, 11) o ERC- A III O BRETONNEAU III (Barthélemy, 1986).

Así pois, fronte ás similitudes de base existentes en ámbolos dous trastornos, obsérvanse, así mesmo, diferenzas claras entre eles, agora ben ¿estas diferenzas son suficientemente importantes para a consideración diferencial de cada categoría clínica?

**Táboa 2:** criterios para o diagnóstico do trastorno autista de alto funcionamento.

<b>D</b>	<b>TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO</b>
<b>Linguaxe</b>	Dificultades (ou incapacidade) no desenvolvemento da linguaxe.
	Retraso no desenvolvemento da linguaxe.
	Desviación das habilidades lingüísticas.
	Habilidades de linguaxe expresivo pouco desenvolvidas.
	Ecolalias. Linguaxe repetitiva.
	Uso inapropiado de patróns de entoación.
	Ausencia de referencias con respecto á información do interlocutor.
<b>Cognición</b>	Desenvolvemento axeitado de habilidades cognitivas non verbais.
	Interese reducido na exploración do entorno.
	Retraso na adquisición de habilidades de autonomía.
	Actuación avanzada en áreas non verbais de razoamento, capacidades espaciais, formación de conceptos non verbais e memoria visual.
	Déficit frecuente na percepción e memoria auditiva, articulación, vocabulario, razoamento verbal e comprensión.
	Comprensión deficiente de tarefas de Teoría da Mente.
<b>Motricidade</b>	Desenvolvemento axeitado de habilidades motoras.
	Axilidade motora.
	Interese de actividades físicas. Posibilidade de dificultades motrices na adolescencia como resultado dunha imaxe corporal anómala.
<b>Interacción Social</b>	Ausencia de vínculos de apego coa nai.
	Ausencia de pracer na interacción social.
	Ausencia de interese por outros nenos/as.
	Falta de conciencia sobre as emocións dos outros.
	Capacidade diminuída das propias limitacións sociais.
	Ausencia de desexo polas relacións sociais.
<b>Condutas repetitivas</b>	Interese excesivo por actividades manipulativas e visoespaciais.
	Retraso no xogo simbólico.
	Habilidades musicais “savant”.
	Manierismos motores frecuentes.

### **3. TRASTORNO DE ASPERGER VERSUS TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO**

Pois ben, a investigación sobre a especificidade de cada categoría pon de manifesto dous enfoques claramente opostos:

1) Aqueles que consideran ambos trastornos con similitudes importantes: problemas de

interacción social, disfuncións na comunicación e comportamentos anómalos, que os converte nun mesmo déficit con distintos graos de intensidade, nos cales o trastorno de Asperger constitúe o nivel alto do trastorno autista.

2) A outra corrente baséase nun desenvolvemento máis tardío do trastorno de Asperger, que se caracteriza pola presenza da

capacidade lingüística intacta e na existencia de problemas motores moito máis marcados que no trastorno autista. Deste xeito, a pesar de presentar algúns síntomas comúns, as diferenzas son cualitativas, constituíndo dúas discapacidades esencialmente diferentes.

En efecto, a clasificación internacional da APA, recollida no DSM- IV- TR, inclúe ao trastorno de Asperger como unha subcategoría clínica diferencial dentro dos trastornos xeneralizados desenvolvemento. Dentro desta clasificación os diferentes trastornos que a conforman posúen aspectos comúns, caracterizados por unha perturbación grave e xeneralizada de varias áreas do desenvolvemento: 1) as habilidades para a interacción social, 2) as habilidades para a comunicación e 3) a presenza de comportamentos, intereses e actividades estereotipadas.

En efecto, entre ambos trastornos, o trastorno autista e o trastorno de Asperger, existen claras diferenzas, das cales destacan as seguintes características distintivas referidas ás dimensións: 1) comunicación e linguaxe, 2) relación social e 3) déficits motores e sensoriais.

#### *Comunicación e linguaxe:*

A linguaxe efectivamente non está tan afectada nos estudantes con trastorno de Asperger como no trastorno autista, non obstante, nos estudantes con trastorno de Asperger a linguaxe posúe pobreza de entoación, sendo horizontal e mecánico, con pouca modulación de ton e desaxuste do volume ao contexto. Destaca un axeitado vocabulario, con discurso pouco axeitado á situación e desconexo da temática da conversación. Así mesmo, destacan dificultades para adaptarse ás normas inherentes a unha conversación como son o turno de palabra ou as indicacións verbais e non verbais para un cambio de tema, así como hiperlexia, pero con escasa ou nula comprensión do seu significado.

#### *Relación social:*

A diferenza neste campo é especialmente importante, pois, sen dúbida, constitúe a sintomatoloxía características do trastorno do espectro autista, xa que mentres no trastorno autista non parecen existir interese pola relación, no trastorno de Asperger, este interese é manifesto, son conscientes da existencia dos outros, desexan relacionarse e ter amigos/as, pero non saben como facelo ou lles falta competencia social. As persoas con trastorno de Asperger son capaces de describir as intencións, as emocións e os pensamentos das outras persoas, pero non aplican ese coñecemento adecuadamente na súa vida social, buscando, polo contrario, apoio en normas rixidas de conduta.

#### *Déficits motores e sensoriais:*

As persoas con trastorno de Asperger presentan dificultades de motricidade fina e grosa, existindo retrasos típicos na adquisición de habilidades motoras complexas e déficits na coordinación óculo motora, presentando unha ambulación característica e certamente estraña e mentres as habilidades motoras simples tenden a mellorar co desenvolvemento evolutivo, as habilidades motoras complexas tenden a deteriorarse.

Tamén poden observarse determinados déficits sensoriais, referidos á percepción táctil ou auditiva, así como na discriminación e recoñecemento dos olores.

Agora ben, a especificidade dunha categoría clínica relaciónase coa consistencia na validez externa. Neste contorno, un síndrome posúe validez externa cando pódese diferenciar non so sobre a base da sintomatoloxía ou comportamentos observables de maior ou menor intensidade, senón tamén respecto a outras variables externas, tales como: 1) a etioloxía, 2) os perfis cognitivos, 3) as funcións psicolóxicas, e 4) os tratamentos aplicados.

### *Etioloxía:*

A implicación xenética dos trastornos do espectro autista é un feito amplamente estendido tanto referido ao trastorno autista como ao trastorno de Asperger. E, se ben, como indica Gillberg (1998), o trastorno de Asperger puidera ser un trastorno predominantemente xenético, o autismo de funcionamento alto puidera ser ben un trastorno xenético cun patrón de herdanza diferente ao do síndrome de Asperger, ou ben ser causado por un dano cerebral. As conclusións neste sentido determinan que a investigación non atopa mecanismos xenéticos específicos e únicos subxacentes ás condicións clínicas diferenciais.

### *Perfiles cognitivos:*

Existe certa evidencia, aínda que limitada, que apoia unha diferenciación entre o trastorno de Asperger e o autismo de funcionamento alto. En efecto, os individuos con trastorno de Asperger, en diferenza cos estudantes con autismo de alto funcionamento mostran unha actuación superior nas escalas verbais dos tests cognitivos, mentres manifestan dificultades nas escalas visoespaciais, sobresaen en áreas neurocognitivas, tales como a percepción auditiva, a memoria verbal, a articulación e o vocabulario. Por outro lado, as persoas con autismo de alto funcionamento posúen actuacións superiores en probas non verbais de natureza visual e manipulativa, ao mesmo tempo que mostran dificultades en escalas verbais (Klin, Carter e Sparrow, 1997).

### *Teoría da Mente:*

Así mesmo, en tarefas de Teoría da Mente, Ozonoff, Rogers e Pennington (1991) e Bowler (1992) mostran que os individuos con trastorno de Asperger resolven con éxito as tarefas de atribución dos estados mentais fronte ao déficit manifesto na execución destas tarefas polos individuos autistas.

### *A función executiva:*

En xeral, tódolos datos aportados neste capítulo aportan conclusións que fan referencia a unha actuación similar en tarefas executivas en ambos trastornos referido ás funcións de execución de condutas complexas, as cales abranguen habilidades que van desde a capacidade de planificación, a flexibilidade mental e a inhibición de condutas ata a representación mental das tarefas e os obxectivos (Pennington e Ozonoff, 1996).

Os datos aportados por estes estudos suxiren a existencia dun déficit severo na función executiva, concluíndo que as dificultades en planificación de tarefas, a visualización de obxectos e de flexibilidade mental parecer ser alteracións primarias e nucleares do trastorno de Asperger (Pennington e Ozonoff, 1996).

## **4. VALIDEZ NOSOLÓXICA DO TRASTORNO DE ASPERGER VERSUS TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO**

Seguindo a liña aportada por Rutter (1978) sobre a validez nosolóxica do trastorno de Asperger, co fin de establecer a especificidade das dúas categorías clínicas, preséntase os datos aportados pola seguinte investigación.

O estudo realízase cunha poboación total de  $N=8$ , empregando dous grupos de igual tamaño, un primeiro grupo formado por estudantes con trastorno de Asperger ( $n=4$ ) e un segundo grupo conformado por estudantes con trastorno autista de alto funcionamento ( $n=4$ ). O obxectivo principal desta investigación consiste en comprobar o grao de similitude e/ou diferenzas significativas achadas respecto ás dimensións e variables de validez externa seguintes:

- 1) Etioloxía (*variables*: trastorno médico asociado, irmáns con trastornos, tratamento farmacolóxico).
- 2) Idade de aparición do diagnóstico (*variables*: antes dos 3 anos, despois dos 3 anos).



- 3) Cognición (*variable*: nivel cognitivo).
- 4) Tipo de linguaxe (*variables*: linguaxe oral, linguaxe pictográfico, linguaxe signado, non posúe linguaxe).
- 5) Motricidade (*variable*: coordinación motora).
- 6) Interacción social (*variable*: relacións con iguais, relacións con adultos).
- 7) Tipo de centro (*variables*: centro ordinario, centro específico).
- 8) Tipo de aula (*variables*: aula ordinaria, aula ordinaria con apoio, aula específica).
- 9) Niveis de adecuación curricular (*variables*: ordinaria, reforzo educativo (RE), adaptación curricular (AC)).
- 10) Tipo de recurso empregado (*variables*: pedagogía terapéutica (PT), profesorado de audición e linguaxe (AL), coidador/a, outros).
- 11) Tipo de programas aplicados (*variables*: educativos, psicolóxicos, lingüísticos, interacción familiar).
- 12) Resultados (*variables*: académicos, interacción social, comunicación, ficción e simbolismo).

A metodoloxía empregada baséase na utilización dun cuestionario aplicado aos responsables educativos dos estudantes, mentres que os resultados exprésanse en termos de frecuencias (**F**) observadas nas anteditas dimensións- variables, así como establécense os porcentaxes (**P**) correspondentes ás frecuencias obtidas en relación á poboación n. Na derradeira columna da dereita poden observarse as diferenzas ( $\pi$ ) achadas entre os porcentaxes resultantes de ambas poboacións (trastorno de Asperger- trastorno autista) (ver táboa 3).

**Táboa 3:** diferenzas atopadas nas variables externas para a poboación de estudantes con trastorno de Asperger: n=4 en relación á poboación de estudantes con trastorno autista de alto funcionamento: n=4.

DIMENSIÓN	VARIABLES	VALORES	SÍNDROME ASPERGER		TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO		≠
			F	P	F	P	%
Etioloxía <sup>1</sup>	Trastorno médico asociado	Si					
		Non	4	100	4	100	
	Irmáns con trastornos	Si					
		Non	4	100	4	100	
	Tratamento farmacolóxico	Si	3	75	3	75	
		Non	1	25	1	25	
Idade de diagnóstico	Aparición dos síntomas	Antes dos 3 anos			4	100	<b>100</b>
		Despois dos 3 anos	4	100			<b>100</b>
Cognición	Nivel cognitivo	Alto	1	25			
		Medio	3	75	4	100	
		Baixo					
Linguaxe	Tipo de linguaxe que posúe <sup>2</sup>	Linguaxe oral	4	100	4	100	
		Linguaxe pictográfico			1	25	<b>25</b>
		Linguaxe signado					
		Non posúe linguaxe					
Motricidade	Coordinación motora	Alta			3	75	<b>75</b>
		Media	3	75	1	25	<b>50</b>
		Baixa	1	25			<b>25</b>
Interacción social	Relación con iguais	Alta	2	50			<b>50</b>
		Media	1	25	1	25	
		Baixa	1	25	3	75	<b>50</b>
	Relación con adultos	Alta	3	75			<b>75</b>
		Media	1	25	4	100	<b>75</b>
		Baixa					

**Táboa 3:** continuación

DIMENSIÓN	VARIABLES	VALORES	SÍNDROME ASPERGER		TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMENTO		≠
			F	P	F	P	%
Modelo de escolarización	Tipo de centro	Centro ordinario	4	100	4	100	
		Centro específico					
	Tipo de aula	Aula ordinaria	2	50			50
		Aula ordinaria con apoio	2	50	2	50	
	Aula específica			2	50	50	
Resposta educativas	Nivel de adecuación curricular	Ordinaria	1	25			
		RE	2	50	2	50	
		AC	1	25	2	50	25
Recursos educativos	Tipo de recursos humanos especializados <sup>3</sup>	PT	3	75	4	100	25
		AL	2	50	4	100	50
		Coidador/a			2	50	50
		Outros	1 <sup>4</sup>	25			25
Programas específicos	Tipo de programas <sup>5</sup>	Educativos	3	75	4	100	25
		Psicolóxicos	1	25	1	25	
		Linguaxe	2	50	4	100	50
		Interacción familiar	2	50	4	100	50
<b>Resultados</b>	Rendemento académicos	Alto					—
		Medio	4	100	3	75	25
	Desenvolvemento da interacción social	Baixo			1	25	25
		Alto	1	25			25
		Medio	3	75	2	50	25
	Desenvolv. da comunicación	Baixo			2	50	50
		Alto	1	25			25
		Medio	3	75	3	75	—
	Desenvolvemento en ficción e simbolismo	Baixo			1	25	25
		Alto	1	25			25
		Medio	3	75	3	75	
		Baixo			1	25	25

## 5. DISCUSIÓN DOS RESULTADOS

Aínda que o tamaño da poboación é relativamente pequeno, o que dificulta os niveis de significatividade dos datos, o estudo mostra a existencia de claras diferenzas nas varia-

bles externas estudadas respecto ás dúas categorías clínicas:

- 1) Na dimensión referida ao proceso de diagnóstico inicial, desde o punto de vista evolutivo as diferenzas son altamente significati-

<sup>1</sup> As variables empregadas: trastornos médicos asociados, irmáns con trastornos, tratamento farmacolóxico relacionanse con etioloxías de tipo xenético.

<sup>2</sup> As respostas pódense acumular (por exemplo, un estudante pode ter linguaxe oral adquirido e pode empregar unha linguaxe pictográfica).

<sup>3</sup> As respostas pódense acumular (por exemplo, un estudantes pode recibir a atención do profesorado de PT e, así mesmo, precisar recibir a atención do profesorado de AL e/ou recibir as atencións do coidador/a).

<sup>4</sup> Outros: comisión universitaria de apoio ao alumno formada por becarios/as e voluntarios/as.

<sup>5</sup> As respostas pódense acumular (por exemplo, pódese aplicar un programa educativo e, paralelamente, empregar un programa de desenvolvemento da linguaxe, un programa de intervención psicolóxica e/ou un programa de interacción familiar).

vas, nas que os estudantes con trastorno de Asperger son diagnosticados, como media, máis alá dos 3 anos de idade, mentres que os estudantes con trastorno autista, en tódolos casos, posúen un diagnóstico con data anterior aos 3 anos de idade, o que se debe probablemente á aparición máis tardía dos síntomas nas persoas con trastorno de Asperger.

- 2) As diferenzas a nivel motriz son tamén significativas, así fronte a un nivel alto de coordinación motora de 3 estudantes con trastorno autista de funcionamento alto e tan so 1 con coordinación motriz media, 3 estudantes con trastorno de Asperger presentan, sen embargo, unha coordinación motriz media e 1 posúe coordinación motora baixa, o que mostra un retraso motor nos estudantes con trastorno de Asperger.
- 3) As diferenzas no ámbito da interacción social, tanto referidas á relación cos iguais, como en relación cos adultos son, así mesmo, evidentes, sendo estas interaccións sensiblemente mellores nos estudantes con trastorno de Asperger.
- 4) Así mesmo, obsérvanse diferenzas, aínda que non tan significativas, nos diferentes niveis do desenvolvemento da linguaxe, pois aínda que tódolos estudantes teñen adquirido a linguaxe oral, un estudante con trastorno autista de alto funcionamento debe utilizar a comunicación aumentativa (linguaxe pictográfica) como apoio para a comunicación oral.
- 5) A nivel de centro educativo non hai diferenzas no proceso de escolarización, sen embargo, os estudantes con trastorno autista posúen ditames de escolarización con emprazamentos diferenciais a nivel de aula, os cales son de carácter máis específico en comparación cos emprazamentos indicados para os estudantes con trastorno de Asperger. Por outra banda, as formas educativas empregadas, o uso dos recursos extraordinarios e a aplicación de programas específicos presentan un maior grado de excepcionalidade nos estudantes con trastorno autista de alto funcionamento que aos estudantes con trastorno de Asperger.

- 6) Os estudantes con trastorno autista de funcionamento alto mostran puntuacións máis baixas nos resultados referidos ao desenvolvemento, tanto a nivel académico, como nos demais factores estudados, isto é, a interacción social, a comunicación e os procesos de ficción e simbolismo, mentres que os alumnos/as con trastorno de Asperger mostran resultados con puntuacións medias- altas nesas mesmas variables.

En síntese, pódese afirmar que, en efecto existen diferenzas sintomáticas entre o trastorno autista de alto funcionamento e o trastorno de Asperger en relación aos perfiles referidos ás habilidades cognitivas, comunicativas e motoras, así como obsérvanse diferenzas cuantitativas con respecto ás manifestacións do trastorno da interacción social, o que conleva a diferenzas nas formas da resposta educativa de ambas poboacións.

Agora ben, ¿estas diferenzas son suficientes para considerar o trastorno de Asperger como unha categoría distintiva do trastorno autista?

Efectivamente, as diferenzas sintomáticas aínda nun nivel cuantitativo diferencial están vinculadas aos diferentes graos de severidade cos que un trastorno se reflicte nun continuo, o que se explica dentro do continuo sintomático conceptualizado polo espectro autista. Esta mesmo argumento é válido para explicar as diferenzas nos proceso educativo diferencial e os diferenzas nos resultados obtidos polos estudantes. Así que, á falta de estudos máis concluintes, non parecen existir probas rigorosas que xustifiquen unha diferenciación clara entre ámbolos dous trastornos.

Ademais, a consideración do espectro autista facilita a ubicación dentro deste abanico de diferenciacións individuais ás características diferenciais de ambos trastornos, o que supón, a efectos prácticos, aquelas implicacións educativas, sociais, clínicas e médicas co fin de cubrir a gran gama de necesidades avaliadas na poboación afectada.

Desde esta perspectiva e mentres non se dispoña de investigación máis concluínte nesta cuestión, ¿a nosa programación educativa está adecuadamente cuberta se houbera que modificar estas conclusións debido ás investigacións futuras sobre a súa diferenciación?, ¿poderían influír de xeito determinante no deseño do proceso educativo específico as conclusións en favor da existencia de dúas categorías clínicas claramente diferentes? Nas conclusións deste estudo intentamos responder a esta interrogación.

## 6. CONCLUSIÓNS

Pois ben, se ben é certo que esta diferenciación exerce unha clara influencia no eido educativo, desde un punto de vista global, a investigación sobre o pensamento subxacente dentro dos modos de procesamento da información aportado pola psicología cognitiva referidas aos cadros clínicos indicados, constitúe o pilar determinante da efectividade da programación educativa utilizada.

Desde este punto de vista, independientemente da especificidade, o pensamento en ámbolos dous casos, caracterízase pola súa disposición á análise dos estímulos perceptivos coa finalidade de darlles sentido e certa coherencia. Con este propósito, o pensamento intenta establecer relacións significativas entre a nova información entrante e aquela xa existente na estrutura de memoria. Esta coherencia de significado facilita a comprensión dos feitos e das accións, da súa pertenza a un contexto determinado, a situar este contexto dentro de contidos cada vez máis amplos, de establecer relacións entre contextos diferentes e de proporcionar un sentido global dentro dun *gestalt* ou totalidade.

A integración do input perceptivo prodúcese así de dúas maneiras basicamente, por unha parte, os estímulos están guiados pola información dispoñible no sistema de memoria, composto polos coñecementos previamente adqui-

ridos, é dicir, de arriba abaixo e, por outra, cando os estímulos son analizados desde as características dos datos observados, tamén coñecido como estrutura perceptiva de abaixo arriba. Posiblemente, ambos procesos de análise atópanse interrelacionados, xa que as características dos datos son atribuídos en función do coñecemento previo que temos adquirido.

Pois ben, cando buscamos teorías explicativas do funcionamento dentro dos modelos cognitivos, moi probablemente existen nesta poboación dificultades importantes na unión de ámbolos dous tipos de niveis de procesamento da información ou ben que a análise dun dos niveis indicados, o de abaixo arriba, ven determinado pola existencia de problemas no outro, o de arriba abaixo.

O grao de coherencia central cognitiva posúe relación conceptual similar ós estilos cognitivos de procesamento da información de dependencia e independencia de campo. Deste xeito, o estilo cognitivo de independencia de campo relaciónase cunha coherencia central débil xa que non ten en conta o contexto global no que se desenvolve a acción obxecto de análise, mentres que os estilos cognitivos de dependencia de campo relaciónanse cunha coherencia central cognitiva forte, pois relaciónanse coa capacidade de analizar as situacións dentro dun contexto e aportan unha explicación cognitiva dun feito tendo en conta as variables que o rodean.

Pois ben, seguindo os estudos de Frith (2004), os nenos/as con trastorno autista e con trastorno de Asperger, sen distinción entre si, obteñen bos resultados en tarefas que implican un illamento estimular que requiren certa desconexión, mentres que renden moito menos naqueles outros que esixen relacións favorecedoras da coherencia, dentro do que se denomina unha tendencia á coherencia central débil.

En efecto, como se demostra nos resultados obtidos nas probas de *Cubos* ou nas probas de *Figuras Enmascaradas*, as persoas con

trastorno autista e con trastorno de Asperger, sen diferenzas entre si, posúen unha alta capacidade de resolución nos procesos de descomposición de figuras xeométricas, acadando bos resultados na análise das partes dos elementos obxecto de estudo, mentres que mostran maiores dificultades nos procesos que implican a integración conceptual para proporcionar a comprensión dos fenómenos.

As investigacións realizadas neste ámbito (Ozonoff, Rogers e Pennington, 1991) permiten deducir que a aprendizaxe nos procesos de execución dependentes de campo, a xeneralización das condutas aprendidas ás diferentes situacións e as súas aplicacións intencionais con coherencia convértense nun aspecto principal para a intervención educativa en estudantes con trastorno autista e con trastorno de Asperger.

A intervención psicoeducativa deba ter en conta, pois, os principios básicos do funcionamento cognitivo indicado respecto aos modos de percibir, procesar e codificar a información, que é semellante nas persoas con trastorno de Asperger e con trastorno autista de alto funcionamento. Se é así, moi probablemente estarmos no camiño correcto da adecuación da programación educativa ás necesidades específicas avaliadas en ámbalas dúas categorías clínicas máis alá da delimitación nosolóxica diferencial.

## REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnosics and Statistics Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association.

ASPERGER, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen". *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76- 136.

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J. e GILLBERG, C. (1992). Can autism be detected

at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839- 843.

BARTHÉLEMY, C. (1986). Évaluations cliniques quantitatives en Pédiopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfant*, 34, 2-3, 63-91. Kanner, L. (1943). Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217- 205.

BOWLER, D. M. (1992). Theory of Mind in Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 877- 893.

DILAVORE, P.; LORD, C. e RUTTER, M. (1995). Pre- linguistic autism diagnostic observation schedule. *Journal of Autistic Disorder and Developmental Disorders*, 25, 355- 379.

EHLERS, S. e GILLBERG, C. (1993). The epidemiology of Asperger's syndrome, a total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1523- 1531.

FRITH, U. (2004). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza Editorial.

GARNETT, M. S. e ATTWOOD, A. J. (1995). The Australian Scale for Asperger's Syndrome. Documento presentado na *National Autism Conference*, Brisbane, Australia.

GILLBERG, C. (1989). Asperger syndrome in 23 Swedish children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520- 531.

GILLBERG, C. (1991). Outcome in autism and autistic-like conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 375- 382.

GILLBERG, C. (1998). Asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Psychiatry*, 172, 200- 209.

- GILLBERG, I. C. e GILLBERG, C. (1989). Asperger syndrome: some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 631- 638.
- GILLIAM, J. E. (1995). *Gilliam Autism Rating Scale*. Austin: Texas: Por-ed.
- HURLBUTT, K. (2004). *Adults with Asperger Syndrome: how they have helped my teaching*. U. S. North Dakota: Adrs. Price.
- KANNER, L. (1943). Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-205.
- KLIN, A. e SPARROW, S. S. (1997). Psychological assessment. En D. J. Cohen e F. R. Volkmar (eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (2ª ed.) (p. 418- 427). New York: Wiley.
- KRUG, D. A.; ARICK, J. e ALMOND, P. (1980). Autism Behavior Checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 221- 229.
- LAURENT, A. C. e RUBIN, M. (2004). Challenges in emotional regulation in Asperger Syndrome and high functioning autism. *Topics in Language Disorders*, 24 (4), 286- 297.
- LORD, C.; RUTTER, M. e LECOUTER, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659- 685.
- MESIBOV, G., SCHOPLER, E.; SCHAFER, B. e LANDRUS, R. (1988). *Individualised assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children* (vol. 4). *Adolescent and adult psychoeducational profile (AAPEP)*. Austin, Texas: University Park Press.
- OJEA, M. (2004a). *El espectro autista. Intervención psicoeducativa*. Málaga: Aljibe.
- OJEA, M. (2004b). Intervención psicoeducativa en estudiantes con autismo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57 (1), 69- 82.
- OZONOFF, S.; ROGERS, S. J. e 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.
- PENNINGTON, B. F. e OZONOFF, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51- 87.
- RIVIÈRE, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- ROGERS, S. (2001). Diagnosis of autism before the age of 3. En L. M. Glidden (ed.), *International Review of Research in Mental Retardation* (vol. 23, pp. 1- 31). San Diego, CA: Academic Press.
- RUBIN, E. e LAURENT, A. C. (2004). Implementing a Curriculum Based Assessment to prioritize learning objectives in Asperger Syndrome and high functioning autism. *Topics in Language Disorder*, 24 (4), 298- 315.
- RUTTER, M. (1978). Diagnostic validity in child psychiatry. *Advances in Biological Psychiatry*, 2, 2- 22.
- SCHOPLER, E. e REICHLER, R. J. (1979). *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: Psychoeducational profile*

- (vol. 1). Baltimore: University Park Press.
- SIEGEL, B. (1996). *The world of the autistic child: understanding and treating autistic spectrum disorders*. New York: Oxford University Press.
- SIROTA, K. G. (2004). Positive politeness as discourse process: politeness practices of high functioning children with autism and Asperger Syndrome. *Discourse Studies*, 6 (2), 229- 251.
- SZATMARI, P.; BREMMER, B. A. e NAGY, J. (1989). Asperger's syndrome: a review of clinical features. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 554- 560.
- TANTAM, D. (1988). Annotation. Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 245- 255.
- TANTAM, D. (1991). Asperger's syndrome in adulthood. En U. Frith (ed.), *Autism and Asperger syndrome* (p. 147- 183). Cambridge: Cambridge University Press.
- WETHERBY, A. e PRIZANT, B. (1993). Profiling communication and symbolic abilities in young children. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 15, 23- 32.
- WILLIAMS, J.; SCOTT, F.; SCOTT, C.; ALLISON, C.; BOLTON, P. e BARON-COHEN, S. (2005). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test). *Autism the International Journal of Research and Practice*, 9 (1), 45- 68.
- WING, L. (1976). *Early childhood autism*. Oxford: Pergamon Press.
- WING, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115- 129.
- WING, L. (1995). *The autistic spectrum. A guide for parents and professionals*. London: Constable.
- WING, L. e 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.