

El diagnóstico del síndrome de Asperger en el DSM-5

Blas González-Alba¹, Pablo Cortés-González² y Moisés Mañas-Olmo³

Universidad de Málaga, Málaga. España

Resumen. El propósito de este estudio teórico es revisar la bibliografía más relevante en el ámbito clínico y educativo sobre el síndrome de Asperger con el fin de reabrir el debate acerca de su inclusión en el DSM-5 considerándolo un punto dentro del continuo de los TEA. Se ha utilizado la base de datos Ebsco Host, se han analizado 48 artículos en inglés y 23 en español, se han revisado 15 páginas webs y 17 libros del ámbito de la psicología, la psiquiatría y la educación. La bibliografía consultada refleja el beneficio del diagnóstico de síndrome de Asperger frente al de TEA “leve”, pues minimiza la aparición de cuadros depresivos, ansiosos o estresores como resultado de un diagnóstico más exhaustivo, y mejora la comunicación entre profesionales. Abogar por la independencia diagnóstica del síndrome de Asperger es el primer paso para la elaboración de un diagnóstico sindrómico.

Palabras claves: *Síndrome de Asperger, DSM-5, diagnóstico, educación estudio teórico.*

The diagnosis of Asperger's syndrome in the DSM-5

Abstract. The purpose of this theoretical study is to review the most relevant bibliography in the clinical and educational field about Asperger syndrome with the purpose of reopen the debate about its inclusion in the DSM-5 considering it a point

¹ Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga, Málaga. España. Miembro del grupo de investigación ProCIE (Universidad de Málaga) blasbatera@hotmail.com

² Doctor en Ciencias de la Educación y profesor de la Universidad de Málaga, Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Miembro del grupo de investigación ProCIE (Universidad de Málaga) Málaga. España.

³ Doctorando en Ciencias de la Educación y pedagogo en la asociación CEPER. Miembro del grupo de investigación ProCIE (Universidad de Málaga) Málaga. España.

within the TEA continuum. The Ebsco Host database has been used, 48 articles have been analyzed in English and 23 in Spanish, 15 web pages and 17 books in the field of psychology, psychiatry and education have been reviewed. The literature reviewed reflects the benefit of the diagnosis of Asperger's syndrome as opposed to that of "mild" ASD, since it minimizes the appearance of depressive, anxiety or stressors as a result of a more comprehensive diagnosis and improves communication among professionals. Advocating for the diagnostic independence of Asperger syndrome is the first step in the development of a syndromic diagnosis.

Keywords: *Asperger syndrome, DSM-5, diagnosis, education, theoretical study.*

O diagnóstico da síndrome de Asperger no DSM-5⁴

Resumo: O objetivo deste estudo teórico é revisar a literatura relevante sobre o nível clínico e educacional, sobre o síndrome de Asperger, a fim de reabrir o debate sobre a sua inclusão no DSM-5, considerando um ponto dentro do contínuo de TEA. O banco de dados Ebsco Host foi usado com 48 artigos em inglês e 23 em espanhol foram analisados 15 páginas web e 17 livros no campo da psicologia, psiquiatria e educação foram revisados. A bibliografia reflete o benefício de diagnóstico de síndrome de Asperger contra TEA "leve", portanto, diminui a ocorrência de depressão, ansiedade ou estresse como resultado de uma tabela de diagnóstico mais abrangente, e melhora a comunicação entre os profissionais. Defender a independência do diagnóstico do síndrome de Asperger é o primeiro passo no desenvolvimento de um diagnóstico sindrômico.

Palavras-chave: síndrome de Asperger, DSM-5, diagnóstico, educação, estudo teórico

⁴ Agradecimientos al Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Facultad de Educación de la Universidad de Málaga y al grupo de investigación ProCIE (HUM619) de la misma.

1. El diagnóstico del síndrome de Asperger en el DSM-5

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, 5ª edición, 2014) es el manual más utilizado por los psiquiatras y psicólogos (Berkenkotter, 2001) para realizar los diagnósticos y evaluaciones en el ámbito clínico. La APA (American Psychiatric Association) que es la responsable de su elaboración, ha revisado en su última edición una serie de categorías diagnósticas entre las que se encuentra el síndrome de Asperger (SA), provocando que este cuadro diagnóstico haya pasado a establecerse en los considerados TEA (Trastornos del espectro autista), formando parte de un continuo mucho más amplio.

Esto ha significado que el síndrome de Asperger haya perdido su autonomía como entidad diagnóstica, con todo lo que significa tanto en el ámbito clínico como educativo. El DSM-5 ha desplazado la categoría diagnóstica de síndrome de Asperger (SA) hacia el diagnóstico de Trastornos del espectro Autista (Harris, 2014), eliminando la independencia diagnóstica de la que gozaba anteriormente e introduciendo una serie de modificaciones significativas (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón y Perona-Garcelán, 2014).

Este hecho ha provocado confusión, indignación y controversia entre el colectivo de personas con SA, sus familias, y los profesionales (King, Navot, Bernier y Webb, 2014; Kite, Gullifer y Tyson, 2013; Linton, Krcek, y Sensui, 2014; Volkmar y Reichow, 2013), pues esta nueva denominación no facilita la comunicación ni el trabajo entre los especialistas, debido a la imprecisión diagnóstica a la que hace referencia el término TEA nivel de gravedad grado 1 “necesita ayuda”, tal y como se describe en el nuevo manual.

El diagnóstico de TEA plantea imprecisiones terminológicas que dificultan la comprensión patológica y la atención socio-educativa de las personas con SA, debido a su ambigüedad, poca precisión terminológica y diagnóstica, aspectos que se unen a los argumentos que esgrimen los profesionales que abogan por la supresión de toda etiqueta diagnóstica (Timini, 2014).

En los últimos años han surgido diferentes grupos formados por personas diagnosticadas con SA que prefieren utilizar el concepto “aspie” para autodenominarse y definirse como colectivo (Carmack, 2014), abogando por la neurodiversidad. Esta denominación les permite diferenciarse de las personas llamadas “neurotípicas” y de las personas diagnosticadas con autismo o autismo de alto funcionamiento, pues entienden que son diferentes (Ghaziuddin, 2008), y sus necesidades sociales, psicológicas y educativas e identitarias también lo son (González Alba, 2018; González Alba, Cortés González y Rivas Flores, 2018).

Esto no significa que el concepto adquiera tintes peyorativos, al contrario, pues “la neurodiversidad se originó como un movimiento entre individuos diagnosticados con TEA que querían ser considerados diferentes, pero no discapacitados” (Armstrong, 2012, p.20), la cual viene marcada precisamente por la neurodiversidad (Nicolaidis, 2012).

A través de una revisión teórica de la literatura especializada se pone en tela de juicio la sustitución del diagnóstico clínico de SA por el de TEA nivel de gravedad grado 1 “necesita ayuda”, pues de acuerdo con Tsai y Ghaziuddin (2013) existen diferencias cuantitativas y cualitativas entre ambos que han de ser tenidas en cuenta, entre las que encontramos su capacidad para interpretar emociones y/o estados de ánimo (Unzueta y Pinto, 2009; Unzueta y García, 2012)

Al solapamiento que ha sufrido el SA, se le une la aparición de conductas secundarias y el escaso conocimiento del cuadro por parte de los profesionales de la educación; esto provoca que estos alumnos no sean atendidos tal y como sus necesidades y potencialidades educativas lo requieren, incluso que aparezcan otras conductas asociadas. Por este motivo se hace necesario justificar los motivos por los que dicha categoría ha de ser mantenida en el ámbito clínico y educativo.

2. Metodología

Para la revisión de la literatura especializada hemos utilizado principalmente artículos científicos, libros especializados y páginas webs específicas sobre los temas de referencia. Se realizó una búsqueda de artículos en revistas especializadas a través del buscador de revistas on line Ebsco Host de la Universidad de Málaga. Los descriptores

utilizados han sido: síndrome de Asperger, autismo, autismo de alto funcionamiento, diagnóstico, Trastorno del Espectro Autista, DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM IV, DSM-5, comorbilidad, estrés, ansiedad, hipersensibilidad e hiposensibilidad. El buscador “google académico” ha permitido completar la búsqueda con la consulta de artículos. Se han consultado un total de 48 artículos de las principales revistas internacionales en los ámbitos de la psicología y del trastorno del espectro autista escritas en lengua inglesa y 23 escritas en castellano.

Los libros consultados en la biblioteca de la Universidad de Málaga han permitido completar la búsqueda bibliográfica de la literatura más especializada bajo los descriptores de síndrome de Asperger, autismo, trastorno del espectro autista, comorbilidad, hipersensibilidad e hiposensibilidad y DSM-5.

3. Objetivos

El propósito del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica que justifique con solvencia el uso del diagnóstico de SA como una herramienta que aporte información más precisa tanto a los profesionales del ámbito clínico como educativo, pues el nuevo manual diagnóstico DSM-5 dificulta dicho cometido, por ello nos proponemos

- Revisar la literatura especializada
- Realizar un análisis histórico del DSM como manual diagnóstico
- Plantear nuevos retos diagnósticos clínicos y educativos
- Identificar otros modelos diagnósticos más precisos

Este trabajo se enmarca en la línea de los estudios como los de Ghaziuddin (2010), Ellie Wilson (2013) o Romero et al. (2016), que tratan de arrojar luz sobre un tema tan controvertido como es el diagnóstico clínico.

4. Una perspectiva histórica

En 1911, Paul Eugen Bleuer, relevante psiquiatra y eugenista, utilizó por primera vez el término autismo para referirse a la tendencia a aislarse del mundo real, uno de los principales síntomas de la esquizofrenia. Leo Kanner, por su lado, en 1943 fue el primero en describir el autismo tal y como lo conocemos, bajo el nombre de “autismo infantil temprano”.

En 1944, el médico austriaco Hans Asperger (1906-1980) escribió un artículo (*Autistic Psychopathy in Childhood*) donde describía una serie de características conductuales comunes a unos casos (Fritz, Harro, Ernst y Hellmuth) definió el síndrome como “psicopatía autística” observando que existía una prevalencia mayor en hombres, y que algunos padres presentaban una personalidad parecida a la de sus hijos, esto le llevó a plantearse que el trastorno podría heredarse genéticamente. Los niños mostraban intereses extraños y originales, poco comunes en niños de la misma edad, establecían poco contacto ocular y realizaban extraños movimientos corporales (entre otras conductas). En relación al lenguaje, este resultaba pedante y con un vocabulario avanzado, aunque poco natural y presentando dificultades con la prosodia y el paralenguaje que afectaban principalmente al timbre, al tono y al ritmo.

En 1952, el campo de la psiquiatría organiza su campo diagnóstico con la aparición del DSM-I, en él se registran y categorizan las principales enfermedades mentales contempladas en la época, las psicosis orgánicas, las neurosis psicógenas y los trastornos del carácter (Sandín, 2013). En 1968 aparece el DSM II, como señala Sandín, (ibídem), se pasa de 106 a 121 trastornos, entre ellos el autismo, denominado “esquizofrenia infantil”, y formando parte de la llamadas ‘psicosis infantiles’ (Holguín, 2003).

En 1980, con la aparición de la tercera edición del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales, DSM-III, se introduce un cambio en el modelo de diagnóstico de las enfermedades mentales, prestando mayor atención a los síntomas (Sandín, ibídem). El autismo pasa a formar parte de una nueva categoría diagnóstica, los trastornos pervasivos del desarrollo (PDD). En esta nueva clasificación encontramos los diagnóstico de autismo Infantil, PDD de iniciación en la niñez y el PDD atípico, dejando en algunos casos el diagnóstico de PDD no especificado, el cual era utilizado para ubicar los diagnósticos que no encajaban en los anteriores.

Lorna Wing (1981) fue la primera persona en utilizar el término *Síndrome de Asperger*, recogió los escritos y las investigaciones de Asperger y añadió nuevas observaciones (como se citó en Belinchón, Hernández y Sotillo, 2008). Identificó tres grandes áreas afectadas, *la socialización, la comunicación y la flexibilidad e imaginación*, las cuales dieron lugar a la denominada *Triada de Wing*. Esta triada es considerada un

denominador común dentro del autismo, situándose el SA, en el nivel de mejor funcionamiento y pronóstico dentro de los TEA.

En esta línea Gillberg y Gillberg (1991) desarrollaron una escala con sus propios criterios diagnósticos, la mayoría compartidos con los criterios de Asperger y Wing, con la novedad de que se contempla la torpeza motora como un ítem clave a tener en cuenta. En 1992 se incorporó el SA como categoría diagnóstica en el CIE-10 (Manual de Clasificación Internacional de los Trastornos de la Organización Mundial de la Salud) y se agregó al DSM-IV (Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, 1994). En ambos manuales el SA aparece como un subgrupo dentro de los TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo) debido a que comparten algunas características cualitativas propias del síndrome, centrándose en el desarrollo de los sujetos en las áreas de interacción social, lenguaje comunicativo y juego simbólico (Molina, 2007)

El DSM-IV-TR recibió críticas por parte de los clínicos, debido a que: 1) No incluye alteraciones motoras, cuando en todas las descripciones clínicas del trastorno se alude a la existencia de “torpeza motora”; 2) No recoge la existencia de retraso en la adquisición del lenguaje ni hace mención a las alteraciones pragmáticas y prosódicas.

Con la aparición del DSM-5, el TGD y el SA como subcategoría desaparece y pasa a denominarse TEA (Matson, Kozlowski, Hattier, Horovitz, y Sipes, 2012), aspecto que ha no ha dejado indiferente a los expertos (Kite, et al., 2013; Linton, et al., 2014; Volkmar et al., 2013), pues el SA se convierte en un trastorno que se mueve en un ‘continuo’, dónde en un extremo del espectro encontramos los casos más graves, y en el otro, las formas leves, dónde se encontraría el SA. Actualmente en dicho manual el TEA aparece como único diagnóstico, más exhaustivo que el que realizaba el anterior manual (Beighley, et al., 2013; Buxbaum y Baron-Cohen, 2013), pues contempla la interacción y la comunicación social y los intereses restrictivos como categorías independientes, y añade la hiper e hiposensibilidad como criterio diagnóstico (King, Navot, Bernier, y Webb, 2014).

5. Niveles diagnósticos y educación

Desde concepciones clínicas, el diagnóstico se ha concebido históricamente desde una

perspectiva positivista. En la actualidad los investigadores, psicólogos y pedagogos, entre otros profesionales, están prestando mayor atención a las características cualitativas del diagnóstico, por las ventajas que este reporta, aunque no abandonan del todo la utilización de pruebas de carácter psicométrico.

En este sentido el libro Blanco (2003) de Atención temprana considera tres niveles diagnósticos; funcional, sindrómico y etiológico, siendo el primero el que nos interesa por su utilidad práctica, pues

el diagnóstico funcional constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas. El diagnóstico funcional es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención (p.20).

Este tipo de diagnóstico permite conocer las características de los alumnos y alumnas, y personalizar los procesos de enseñanza-aprendizaje, ofreciendo respuestas que se adapten a las necesidades educativas específicas del alumnado. Solo desde una perspectiva educativa que personalice los procesos educativos, se podrá ofrecer una respuesta centrada en el alumnado, partiendo de sus necesidades, de sus interacciones con el entorno y de sus potencialidades (González Alba, 2018). En esta línea García Barrera (2003) nos recuerda que “debemos dejar de centrarnos en las necesidades educativas especiales de unos pocos, para comenzar a centrarnos en las *necesidades educativas personales* de todos y cada uno de nuestros alumnos” (p.22).

Un diagnóstico exhaustivo y preciso evita la aplicación de medidas estándar (Martos, Ayuda, González, Freire y Llorente, 2012) a dificultades específicas, las cuales no suelen funcionar, debido a la heterogeneidad (Tantam, 2000) existente en la población con SA, lo que provoca una falta de respuesta a las necesidades específicas de apoyo educativas que precisan.

El diagnóstico sindrómico, por otro lado, nos acerca a las características de tipo genético, conductuales y cognitivas de los sujetos, y nos permite conocer las estructuras, (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno (libro blanco de atención

temprana, 2012), como afirma Borreguero (2004),

un síndrome tiene validez cuando puede ser diferenciado de otras condiciones no solo sobre la base de la sintomatología o comportamientos observables, sino también con respecto a otras variables externas entre las que figuran la etiología, mecanismos cerebrales, funciones neuropsicológicas y tratamiento. (p.124)

De acuerdo con Rodríguez García, Rodríguez-Pupo, Blanco-Vallejo y Espinosa-González (2002) entendemos el carácter sindrómico como el “síntoma principal asociado con otros síntomas variables” (p.884), de tal modo que relacionamos un cuadro diagnóstico con una serie de comportamientos asociados a él, lo que se conoce como fenotipo (Saresella et al. 2009).

Artigas Pallarés (2002) hace referencia al fenotipo conductual, y lo define como “la conducta en sentido amplio (aspectos cognitivos e interacción social) asociada a un síndrome específico con etiología genética, en el cual no existe duda de que el fenotipo es resultado de la lesión subyacente” (p.38).

Por último, encontramos el diagnóstico etiológico, este hace referencia al conjunto de variables biológicas, psicológicas, contextuales o de cualquier otro tipo que han podido influir o ser la causa del síndrome o trastorno. Este tipo de diagnóstico se centra en las causas (mutaciones, incompatibilidad o anomalías genéticas, exposición a tóxicos, factores biológicos o ambientales, etc) que han originado las posibles dificultades, su detección permite conocer los factores que han influido en el origen del síndrome.

6. La importancia de un diagnóstico precoz y preciso en la escuela

Las dificultades sociales (Carmack, 2014) y cognitivas (Ozzonof, South y Miller, 2000) que presentan el alumnado con SA se enmascaran y suelen pasar desapercibidas en el entorno escolar para el profesorado. A menos que exista un diagnóstico firme, las dificultades escolares se esconden bajo el diagnóstico de retraso madurativo durante los primeros años, y de dificultades de aprendizaje o TDAH (Sinzig, Walter, y Doepfner, 2009) durante la etapa de educación primaria, lo que provoca que en la mayoría de

casos no reciban apoyo en la escuela, o si lo reciben no se ajuste a las necesidades reales.

Como sugieren Belinchón, Hernández y Sotillo (2008), “los problemas de aprendizaje de este alumnado son tan sutiles o atípicos que a veces se considera que no son alumnos con necesidades educativas especiales” (p.168), este aspecto repercute en los apoyos que van a recibir a lo largo de su escolarización e influyen en su desarrollo cognitivo, social (Frith, 2004), y emocional (Volkmar, Klin, Schultz, Rubin y Bronen, 2000; Wing, 1981) presente y futuro.

Los periodos de transición como la adolescencia, cambios de etapa escolar o el comienzo de la búsqueda de empleo son momentos que generan estados depresivos y ansiosos (Kim, et al., 2000) en las personas con SA, por ello precisan de una etapa de formación y anticipación específica que le permita afrontar estos nuevos retos (Zardaín y Trelles, 2009).

Un mal diagnóstico y una mala praxis conduce a la aparición durante la adolescencia de cuadros depresivos (Sandín, 2013), ansiedad (Kerns y Kendall, 2013; Soussana, Sunyer, Pry, y Baghdadli, 2012; Sukhodolsky, Bloch, Panza, y Reichow, 2013), estrés (Martos, et al., 2012), TDAH (Rao y Landa, 2014), o trastorno obsesivo compulsivo (Borreguero, 2004), que aparecen como consecuencia de no atender las necesidades reales, y suelen ser considerados por los profesionales como aspectos comórbidos (Simonoff, et al., 2008) del propio síndrome.

Estos patologías asociadas al SA surgen en ocasiones como respuestas a situaciones o dificultades relacionadas con a hipersensibilidad (Bogdashina, 2007) o dificultades sociales (Cederlund, Hagberg, Billstedt, Gillberg y Gillberg, 2008; Howlin, 2003), más que a un proceso de comorbilidad, entendido este como la aparición de dos patologías que actúan a la vez, Martos et al. (2012) sugieren que

para que el término “comorbilidad” sea de utilidad clínica y terapéutica, es importante que se den dos condiciones: en primer lugar, que la presencia de comorbilidad implique una forma de presentación , su pronóstico y la implantación de un programa terapéutico para cada uno de los procesos comórbidos; y en segundo lugar, que la frecuencia con la que uno aparece cuando

el otro está presente sea más alta que la prevalencia aislada en la población general.(p.125)

Un diagnóstico preciso permite perfilar una intervención psicoeducativa (Martos, 2005) más precisa y ajustada a las necesidades y potencialidades del alumnado con SA, y prevenir la aparición de conductas secundarias que subyacen al cuadro principal. Las conductas relacionadas con la ansiedad y/o estrés pueden venir derivadas de las dificultades hipersensitivas que muestran las personas con SA, (Atwood, 2009; Bogdashina, 2007) y que conducen a problemas relacionados con la regulación emocional, (Attwood y Scarpa, 2013), con la salud física, (Alisanski, Amanullag y Church, 2000; Dunn, Mules, y Orr, 2002), con el nivel de energía o sueño (Grandin, 1995) y/o con la alimentación (Attia, 2013, Call, Walsh y Attia, 2013) repercutiendo en la capacidad de trabajo, entre otros aspectos.

7. Conclusiones

Las modificaciones introducidas por el DSM-5 se han visto reflejadas en el ámbito clínico, al igual que las diferentes modificaciones que han sufrido las versiones anteriores (Blashfield, Keeley, Flanagan, y Miles, 2014). En el terreno educativo esta modificación ha repercutido de forma directa en la elaboración de los informes psicoeducativos, aun así el término SA mantiene su uso “no formal” entre especialistas y familias.

Las personas con SA presentan características específicas que las definen como colectivo (Ghaziuddin, 2010; Szatmari, et al., 2000), en este sentido no podemos obviar que las diferencias entre el TEA nivel de gravedad grado 1 “necesita ayuda” y el SA, aunque sean sutiles, existen, por ello abogamos por su independencia diagnóstica, pues esta facilita la comunicación entre los profesionales (Borreguero, 2004; Tantam, 2000).

Por lo tanto entendemos que la atención socio-educativa de cualquier alumno con necesidades específicas de apoyo educativo pasa por un doble diagnóstico.

Por un lado un diagnóstico clínico que indique la categoría diagnóstica en la que se encuadra dicho trastorno, diagnóstico sindrómico, pues el diagnóstico que nos ofrece el

DSM-5 sobre las diferentes categorías del TEA es un término vago e impreciso que no aporta suficiente información ni para el diagnóstico ni para la intervención psico-educativa.

En este sentido la escala Australiana para el Síndrome de Asperger, CAST (Childhood Asperger Syndrome Test), ASDI (Asperger Syndrome Diagnostic Interview) entre otras, son escalas que aportan información relevante para detectar conductas relacionadas con el SA y ayudar a su diagnóstico clínico, pues en un primer momento se utilizan como screening para posteriormente corroborar el diagnóstico con pruebas más exhaustiva como el ADOS, ADIR y/o DSM-5.

Por otro lado, acercarnos al diagnóstico desde una perspectiva funcional, pues los problemas de aprendizaje que presentan las personas con SA están más relacionados con las metodologías y estrategias educativas, con el diagnóstico erróneo o tardío y con las malas praxis que se utilizan en las aulas, que con el trastorno en sí.

La dificultad del diagnóstico del SA estriba en la propia heterogeneidad de su expresión, pues no encontramos a dos personas iguales, y sí conductas que se mueven a lo largo de un continuo (Frith, 2004). Por ello entendemos que el diagnóstico tiene que ir acompañado de una evaluación rigurosa que viene respaldada por la observación y evaluación de los intereses, motivaciones, potencialidades, capacidades de aprendizajes del alumno, entre otras características (Grzadzinski, Huerta y Lord, 2013). Estas estrategias son fundamentales para realizar adaptaciones del currículo que atiendan y se ajusten a las necesidades del alumnado. La adaptación de estrategias y métodos en el aula tienen que venir respaldados por un diagnóstico preciso y una evaluación profunda de las necesidades y dificultades que presentan las personas con SA, aspecto al que no contribuye el nuevo manual.

A este aspecto se le suma las conductas secundarias (ansiedad, estrés, depresión, trastornos obsesivo-compulsivo, déficit de atención, hiperactividad, etc) que aparecen asociadas al SA y se asocian a aspectos comórbidos (Helles, Gillberg, Christopher y Billstedt, 2016). En la actualidad son numerosos los estudios (Green y Ben-Sasson, 2010; Shankar, Smith y Jalihal, 2013; Smith y Sharp, 2013) que relacionan los estados de estrés y ansiedad a las características hipersensitivas las cuales desembocan en problemas conductuales (Sofronoff, Lee, Sheffield y Attwood, 2014).

Independientemente de las causas que generan los estados de estrés y ansiedad abogamos por un diagnóstico específico y funcional, el cual permita prevenir la aparición de estas conductas secundarias y mejore el rendimiento académico y la calidad de vida de las personas con SA.

Un diagnóstico preciso, unido a evaluaciones periódicas, y una atención y seguimiento a lo largo de toda la escolarización permite desarrollar actuaciones de carácter preventivo que reporten al colectivo una serie de beneficios. Evitar la aparición de conductas secundarias (estrés, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo,...) se hace prioritario, pues estas conductas se asocian a dificultades por las que pasan las personas con SA y que influyen frontalmente en su rendimiento académico y, por ende, en su desarrollo personal y social.

Al respecto, y para concluir, señalamos dos elementos desde una mirada educativa para trabajar al respecto. Por un lado, es necesario repensarse cómo actuar de acuerdo a unos rasgos diagnósticos del SA que no se centren, exclusivamente, en el contenido curricular, sino que explore nuevas formas didácticas y en estrategias que puedan conducir la propia diversidad del aula sin tener que aislar o excluir continuamente al alumnado. Dicho de otro modo, la propia aplicación didáctica y la lógica de procedimiento estratégico, debe ser en sí misma inclusiva e ideada desde la diversidad; lo que lleva que, a su vez, contenga y contemple procesos específicos al SA, en este caso.

Por otro lado, para lograr este fin y de acuerdo a lo expuesto anteriormente a la largo de este artículo, es imprescindible un trabajo coordinado entre los agentes educativos y agentes diagnósticos para un desarrollo óptimo de los planes escolares; en muchos casos, nos lleva a entender que la formación o reciclaje del profesorado es una herramienta esencial al respecto.

8. Bibliografía

- Alisanki, S., Amanullag, S., y Church, C. (2000). The Social, Behavioural and Academic Experiences of Children with Asperger Syndrome. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 15, 12-20.
<http://dx.doi.org/10.1177/108835760001500102>
- American Psychiatric Association, APA. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1st edition (DSM-I). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association, APA. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2nd edition (DSM-II). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association, APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association, APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition revised (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition revised (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Armstrong, T. (2012). *El poder de la neurodiversidad*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Artiga-Pallarés, J. (2002). Fenotipos conductuales. *Revista de neurología*, 34, 38-48.
- Asperger, H. (1991). "Psicopatía autística" en la infancia. En U. Frith. (Ed.), *Autism and Asperger síndrome* (pp. 37-91). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Attia, E., Becker, A.E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H.W., Kreipe, R.E., Marcus, M.D., Mitchell, J.E., Striegel, R.H., Walsh, B.T., Wilson, G.T., Wolfe, B.E., y Wonderlich, S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 1237-1239.
<http://dx.doi.org/10.1176/2013.13030326>.

- Attwood, T. (2009). *Guía del síndrome de Asperger*. Barcelona, España: Paidós.
- Attwood, T., & Scarpa, A. (2013). Modifications of cognitive-behavioural therapy for children and adolescents with high-functioning ASD and their common difficulties. En A. Scarpa, S. W. White & T. Attwood (Eds.), *CBT for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorders* (pp. 27–44). New York, USA: Guilford Press.
- Beighley, J.S., Matson, J.L., Rieske, R.D., Jang, J., Cervantes, P.E., & Goldin, R.L. (2013). Comparing challenging behavior in children diagnosed with autism spectrum disorders according to the DSM-IV-TR and the proposed DSM-5. *Developmental Neurorehabilitation*, *16*, 375-381. <http://dx.doi.org/10.3109/17518423.2012.760119>
- Belinchón, M., Hernández, J.M., & Sotillo, M. (2008). *Personas con síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid, España: CPA-UAM y otros.
- Berkenkotter, C. (2001). Genre systems at work: DSM-IV and rhetorical reconceptualization in psychotherapy paperwork. *Written Communication*, *18*, 326–329. <http://dx.doi.org/10.1177/0741088301018003004>.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Oxford, United Kingdom: International Universities Press.
- Bogdashina, O. (2007). *Percepción sensorial en el Autismo y Síndrome de Asperger*. Ávila, España: Autismo Ávila
- Borreguero, P. (2004). *El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Borreguero, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con SA: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. *Revista de Neurología*, *41*, 115-122.
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S.R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 25-51.

- Buxbaum, J.D., & Baron-Cohen, S. (2013). DSM-5: The debate continues. *Molecular Autism*, 4, 1-2. <http://dx.doi.org/10.1186/2040-2392-4-11>
- Call, C., Walsh, B.T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 532-536. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a321>.
- Carmack, H. (2014). Social and Tertiary Health Identities as Argument in the DSM-V Asperger's/Autism debate. *Western Journal of communication*, 78, 462-479. <http://dx.doi.org/10.1080/10570314.2013.845792>
- Cederlund, M., Hagberg, B., Billstedt., Gillberg, I.C., & Gillberg, C. (2008). Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 72–85. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-007-0364-6>
- Dunn, W., Mules, B.S., & Orr, S. (2002). Sensory Processing Issues Associated with Asperger Syndrome: A Preliminary Investigation. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 97–102.
- Frith, U. (2004). Emanuel Miller Lecture: Confusions and Controversies about Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45, 672–86. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00262.x>
- García-Barrera, A. (2013). *Proponiendo un concepto nuclear latente en educación: las Necesidades Educativas Personales (N.E.P.)*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Ghaziuddin, M. (2008). Defining the behavioral phenotype of Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 138–142. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-007-0371-7>
- Ghaziuddin, M. (2010). Should the DSM-V drop Asperger syndrome? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1146–1148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0969-z>
- Ghanizadeh, A. (2011). Can Retaining Asperger Syndrome in DSM V Help Establish

- Neurobiological Endophenotypes? *Journal of Autism Developmental Disorder*, 41, 130-130. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-1028-5>
- González Alba, B. A., Cortés González, P., & Rivas Flores, J. I. ¿ Ser o no ser síndrome de Asperger?. *Revista de estudios culturales y regionales*, (Decenir) 34, 153-180.
- Gonzalez Alba, B. (2018). *Pedagogía de la Posibilidad. Descubriendo las Potencialidades Educativas Resilientes (PER) que se han desarrollado en la trayectoria vital de dos personas diagnosticadas de Síndrome de Asperger.* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga.
- Grandin, T. (1995). The learning style of people with autism: An autobiography. En K.A. Quill (Ed.), *Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization* (pp.33-52). Albany, USA: Delmar Publishers Inc.
- Green S.A., & Ben-Sasson, A. (2010). Anxiety disorders and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders: Is there a causal relationship? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1495–1504. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-1007-x>
- Grupo de Atención Temprana. (2000). Libro blanco de Atención temprana. Recuperado de http://www.coflarioja.org/fileadmin/usuario/LOGOTIPOS/secciones/libro_blanco_atencion_temprana.pdf
- Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*, 4, 12. <http://dx.doi.org/10.1186/2040-2392-4-12>
- Harris, J.C. (2014). New classification for neurodevelopmental disorders in DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 95-97. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000042>
- Holguín, J.A. (2003). El autismo de etiología desconocida. *Revista de Neurología*, 37, 259-266.

- Howlin, R. (2003). Asperger Syndrome in the Adolescent Years. En L. Hollyday. (Ed.), *Asperger Syndrome in Adolescence: Living with the Upsand Downsand Things in Between* (pp. 13–37). London, United Kingdom: Jessica Kingsley.
- Kanner, L. (1943). Perturbaciones autísticas del contacto afectivo. Madrid, España: Siglo Cero.
- Kenny, L. Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., & Pellicano, E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*, 20, 442–462. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361315588200>
- Kerns, C. M., & Kendall, P.C. (2013). The Presentation and Classification of Anxiety in Autism Spectrum Disorder. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 19, 323-347.
- Kim, J.A., Szatmari, P., Bryson, S.E., Streiner, D.L., & Wilson, F.J. (2000). The Prevalence of Anxiety and Mood Problems among Children with Autism and Asperger Syndrome. *Autism*, 4, 117–32. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361300004002002>
- King, B.H., Navot, N., Bernier, R., & Webb, S.J. (2014). Update on diagnostic classification in autism. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 105-109.
- Kite, D., Gullifer, J., & Tyson, G. (2013). Views on the diagnostic labels of autism and Asperger's disorder and the proposed changes in the DSM. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1692–1700.
- Linton, K.F., Krcek, T.E., & Sensui, L.M. (2014). Opinions of people who self-identify with autism and Asperger's on DSM-5 criteria. *Research on Social Work Practice*, 24, 67–77.
- Martos, J. (2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. *Revista de Neurología*, 40, 177 - 180.
- Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire, S., & Llorente, M. (2012). *El Síndrome de Asperger: Evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

- Matson, J.L., Kozlowski, A.M., Hattier, M.A., Horovitz, M., & Sipes, M. (2012). DSM-IV vs DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 15, 185–190
<http://dx.doi.org/10.3109/17518423.2012.672341>
- Molina, A. B. (2007). Neuropsicología y comunicación familiar en el autismo de Asperger. *Ajayu*, 5(2), 219-243.
- Nicolaidis, C. (2012). What can physicians learn from the neurodiversity movement? *Virtual Mentor: American Medical Association Journal of Ethics*, 14, 503–510.
- O'Neill, M., & Jones, R.S.P. (1997). Sensory-Perceptual Abnormalities in Autism: A Case for More Research? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 283–93. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025850431170>
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.
- Ozonoff, S., South, M., & Miller, J.N. (2000). DSM-IV – defined Asperger Syndrome: cognitive, behavioural and early history differentiation from high-functioning autism. *Autism*, 4, 29– 46. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361300041003>.
- Rao, P.A., & Landa, R.J. (2014). Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18, 272–280
<http://dx.doi.org/10.1177/1362361312470494>
- Rodríguez-García, P.L., Rodríguez-Pupo, L., Blanco-Vallejo, A., & Espinosa-González, R. (2002). Bases para el diagnóstico de síndromes clínicos. *Revista de neurología*, 35, 883-90
- Rodríguez-Testal, J.F, Senín-Calderón, C., & Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical*

and Health Psychology, 14, 221–231.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>

Romero, M., Aguilar, J.M., Del-Rey-Mejías, A., Fermín Mayoral, Rapado, M., Peciña, M., Barbancho, M.A., Ruiz-Veguilla, M., & Lara, J.P. (2016). Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 266-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.03.001>

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>

Saresella, M., Marventano, I., Guerini, F.R., Mancuso, R., Ceresa, L., Zanzottera, M., Rusconi, B., Maggioni, E., Tinelli, C. & Clerici, M. (2009). An autistic endophenotype results in complex immune dysfunction in healthy siblings of autistic children. *Biological Psychiatry*, 66, 978–984. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.020>

Shankar, R., Smith, K., & Jalihal, V. (2013). Sensory processing in people with Asperger syndrome. *Learning Disability Practice*, 16, 22-27 <http://dx.doi.org/10.7748/ldp2013.03.16.2.22.e658>

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921–929. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>

Sinzig, J., Walter, D., & Doepfner, M. (2009). Attention deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: Symptom or syndrome? *Journal of Attention Disorders*, 13, 117–126.

Smith, R.S., & Sharp, J. (2013). Fascination and isolation: a grounded theory exploration of unusual sensory experiences in adults with Asperger syndrome.

Journal of Autism Developmental Disorder, 43, 891-910.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-012-1633-6>.

Sofronoff, K., Lee, J., Sheffield, J., & Attwood, T. (2014). The construction and evaluation of three measures of affectionate behaviour for children with Asperger's syndrome. *Autism*, 18, 903-913.
<http://dx.doi.org/10.1177/1362361313496336>

Soussana, M., Sunyer, B., Pry, R., & Baghdadli, A. (2012). Anxiety in children and adolescents with pervasive developmental disorder without mental retardation: Review of literature. *L'Encephale*, 38, 16-24.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2011.05.007>

Sukhodolsky, D.G., Bloch, M.H., Panza, K.E., & Reichow, B. (2013). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children with high-functioning autism: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132, 1341-1350. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-1193>

Szatmari, P., Bryson, S., Streiner, D., Wilson, F., Archer, L. & Rysse, C. (2000). Two-Year Outcome of Preschool Children with Autism or Asperger's Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1980-1987.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1980>

Tantam, D. (2000). Psychological Disorder in Adolescents and Adults with Asperger Syndrome. *Autism*, 4, 47-62. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361300004001004>

Timini, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished International. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>

Tsai, L.Y., & Ghaziuddin, M. (2014). DSM-5 ASD moves forward into the past. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 44, 321-330.
<http://dx.doi.org/doi:10.1007/s10803-013-1870-3>

Unzueta, J., & Pinto, B. (2009). Neuropsicología del reconocimiento de rostros en niños con síndrome de Asperger. *Ajayu*, 7(1), 48-75.

- Unzueta, J., & García, R. (2012). Déficit del procesamiento facial en los Trastornos del Espectro Autista: ¿Causa o consecuencia del impedimento social? *Ajayu*, 10(2), 19-33.
- Volkmar, F.R., Klin, A., Schultz, R.T., Rubin, E., & Bronen, R. (2000). Asperger Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 157, 262–267.
- Volkmar, F., & Reichow, B. (2013). Autism in DSM-5: Progress and challenges. *Molecular Autism*, 4, 13. <http://dx.doi.org/10.1186/2040-2392-4-13>
- Wilson, C.E., Gillan, N., Spain, D., Robertson, D., Roberts, G., Murphy, C.M., Maltezos, S., Zinkstok, J., Johnston, K., Dardani, C., Ohlsen, C., Deeley, P.Q., Craig, M., Méndez, M.A., Happé, F., & Murphy, D.G. (2013). Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-5 in an Adult Autism Spectrum Disorder Diagnostic Clinic. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 43, 2515-2525. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-013-1799-6>
- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: a Clinical Account. *Psychological Medicine*, 11, 115-130. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700053332>
- Zardaín, P., & Trelles, G. (2009). El síndrome de asperger. Recuperado de <http://aspergerasturias.org/proyecto/el-sindrome-de-asperger>.

Recibido: 6 de junio del 2019
Aceptado: 26 de junio del 2019
SIN CONFLICTOS DE INTERÉS