

# LOS SUBGRUPOS FRENTE AL ESPECTRO: UN ANALISIS DE UN GRUPO MUESTRA DE NIÑOS AUTISTAS

MARGOT PRIOR, RICHARD EISENMAJER, SUSAN  
LEEKAM, LORNA WING y JUDIT GOULD

Universidades de Melbourne y La Trobe, Australia; Canterbury U.K.;  
y National Society for Autistic Children, U.K.

## INTRODUCCION

Los sistemas de clasificación psiquiátrica actuales (p.ej. DSM IV, CIE-10) han intentado crear subcategorías de autismo y síndrome de Asperger para los niños con TGD/autismo. Las investigaciones indican que esta estrategia conseguirá poco éxito, y los médicos están confusos acerca de cómo diagnosticar estas condiciones de un modo válido y fiable, basado en la situación actual y la historia del desarrollo. El resurgimiento del interés en el síndrome de Asperger que ha tenido lugar en los últimos años ha generado un número considerable de investigaciones destinadas a intentar identificar parecidos y diferencias entre el síndrome de Asperger y el autismo.

Varios estudios (p.ej. Gillberg & Gillberg, 1989; Szatmari, Tuff, Finlayson & Bartolucci, 1990; Waterhouse y cols., 1996; Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991) han comparado niños a los que se había diagnosticado autismo o síndrome de Asperger en relación a cuadros de síntomas, manifestaciones de conducta, perfiles cognitivos y tareas de teoría de la mente, para intentar encontrar modos más objetivos de distinguir entre los trastornos. Probablemente sea cierto decir que ninguno de estos intentos ha llegado a conclusiones generalizables. En general, parece que los niños con síndrome de Asperger tienen el mayor grado de funcionamiento entre el grupo de niños con trastorno autista. No se les distingue fácilmente de niños autistas con un alto grado de funcionamiento.

Un método de investigar si existen de hecho diferencias diagnósticas empíricamente ciertas es emplear enfoques estadísticos, observar

los factores o conjuntos de síntomas que caracterizan a los posibles subgrupos diferenciables. Se han realizado intentos anteriormente de crear subcategorías de niños autistas empleando técnicas taxonómicas o analíticas, normalmente utilizando niños de poca edad. Entre los estudios recientes en este campo se encuentra el de Waterhouse (Waterhouse y cols., 1993, 1995; Golden & Mayeer, en imprenta), que identificaron dos conjuntos o subgrupos de niños (de tres a siete años de edad) diferenciados principalmente por el nivel de desarrollo (más que por síntomas), incluyendo edad cronológica y CI verbal.

Szatmari (1992), Castelloe & Dawson (1993), Eaves y cols. (1994) y Siegel y cols. (1986) han informado también de intentos de subclasificación. Probablemente sea apropiado decir que en la mayoría de este trabajo, se revelaron diferencias en relación a la gravedad de la discapacidad y grado de funcionamiento más que a cuadros de síntomas.

Otro tema de interés está en la relación entre el diagnóstico y la clasificación y otras variables características del autismo. Se ha destacado la importancia de la «habilidad mentalista» o Teoría de la Mente (TM) como una característica distinguible del autismo, y por conexiones probables entre sistemas cerebrales específicos o módulos y capacidades de este tipo. En el caso del autismo se supone que hay una disfunción básica en esos sistemas que sustentan las funciones de mentalización (p.ej. Baron-Cohen, 1989; Frith, 1989). En un principio se creía que esta capacidad era independiente de las capacidades verbales y cognitivas, pero las investigaciones recientes proponen que esto es una creencia falsa. Estudios realizados con niños con alto grado de funcionamiento, incluyendo casos de síndrome de Asperger, han revelado cierta capacidad de mentalización aunque limitada en comparación con la de los niños con un desarrollo normal.

Es posible que los pacientes que demuestran tener capacidad de teoría de la mente pertenezcan a una categoría o subgrupo dentro del trastorno autista diferente de los que no la tienen, por lo tanto el papel de la teoría de la mente como característica diagnóstica puede ser relevante dentro del espectro autista. Esta investigación tiene como objeto examinar esta posibilidad.

Resumiendo, nuestro estudio intentaba descubrir si:

- a) podíamos encontrar un subgrupo de niños con síndrome de Asperger diferentes de los autistas o de niños con trastornos relacionados como trastornos generalizados del desarrollo no específicos;
- b) la realización de tareas de teoría de la mente podría diferenciar significativamente los subgrupos de autistas, síndrome de Asperger y «otros» niños, y así proporcionar cierta validez a los subgrupos de trastornos generalizados del desarrollo.

El primer paso de este proyecto fue reunir una muestra numerosa de niños con estos diagnósticos clínicos, e intentar dividirlos en conjuntos derivados empíricamente, conforme a cuadros de síntomas e historial evolutivo. Entonces podríamos observar la TM y otras características cognitivas y neurofisiológicas para ver si podrían dar validez a estos conjuntos y proporcionar indicios relativos a teorías de etiología (ver Manjiviona y Prior, 1995) en relación a los datos sobre el indicador de discapacidad y el estudio de 1996 presentado en este congreso).

Este estudio informa sobre los análisis sobre conjuntos que se han realizado para alcanzar estos objetivos y las relaciones entre la realización de tareas experimentales sobre TM y pertenencia a un conjunto.

## METODO

**Pacientes:** Primero se reunió a un grupo de niños diagnosticados con síndrome de Asperger o autismo con alto grado de funcionamiento o trastornos generalizados del desarrollo relacionados, de Gran Bretaña y de los estados del SE de Australia (N = 135).

A este grupo de muestra se añadió un grupo de 22 niños normales británicos como grupo control.

Sólo se incluyeron niños con alto grado de funcionamiento puesto que el estudio incluía una prueba sobre teoría de la mente, que requiere una edad mental de unos tres o cuatro años como mínimo. En cualquier caso, la confusión diagnóstica que ha llevado a realizar este estudio está relacionada principalmente con casos de nivel alto.

Los niños habían sido diagnosticados independientemente por 19 clínicos de diferentes centros. Los diagnósticos recibidos eran autismo de nivel alto, síndrome de Asperger, trastornos generalizados del desarrollo no específicos, DAMP o rasgos autistas.

Sus edades oscilaban entre los tres y los veintiún años, con un promedio de edad de 10.22. La edad mental verbal, evaluada mediante el PPVP o el BPVS oscilaba entre los 2.5 y los 34 años, con un promedio de edad de 9.8 años. Eran 114 chicos y 21 chicas (Tabla 1).

## Medidas

La medida principal empleada para proporcionar un informe detallado de la historia de desarrollo y las características conductuales de los pacientes fue una lista de comprobación de diagnóstico, que fue diseñada por los autores y que incluye los síntomas necesarios para el diagnóstico conforme a los sistemas DSM-III-R, DSM-IV y

CIE-10. De este modo los conjuntos diagnósticos empíricamente diferenciados pueden compararse con el diagnóstico clínico mediante cualquiera de estos sistemas.

La versión de la lista de comprobación que se utilizó en este estudio estaba basada en una anterior, creada por Wing (publicada en Rapin, 1996) más algunos elementos del Diagnostic Interview for Social & Communicative Disorders (Entrevista para el diagnóstico de trastornos sociocomunicativos). Comprende los siguientes campos:

Deficiencias en la interacción social. (Usar el lenguaje corporal, conducta de saludo, buscar y ofrecer consuelo, juego e imitación, juego interactivo y atención conjunta, juego simulado e imitación)

Deficiencias en la comunicación e imaginación: comprensión y empleo del lenguaje, características de habla, comunicación no verbal, imaginación y simulación. Limitaciones y repetición en las conductas elegidas por uno mismo: movimientos estereotipados, estar absorto en objetos e intereses concretos, mantener la monotonía...

Además, cuando es posible, se recogen datos sobre el historial del embarazo y el parto, momentos clave del desarrollo, problemas de salud, historial familiar relativo a cualquier trastorno, comienzo del trastorno (o cuando se observó por primera vez), tratamiento y medio ambiente educativo actual.

Se administra al niño un test de vocabulario denominado Peabody Picture para obtener una medida de edad mental verbal y nivel medio.

Las medidas de TM incluyen la ya conocida prueba de «Sally y Anne» y la prueba de «la caja de Smarties», como pruebas de TM de primer orden, en este caso «creencias falsas». La realización de estas pruebas muestra si los niños tienen la capacidad de darse cuenta de que otras personas pueden tener creencias falsas sobre una situación, lo que les lleva a comportarse de determinadas maneras.

También realizamos un test de TM de segundo orden, es decir, entendimiento relacionado con una creencia acerca de la creencia de otra persona. En Australia se utilizó una versión de la historia de las compras de Bowler (1992) y en Gran Bretaña la historia del helado de Baron-Cohen. Ambas historias tratan de dos personajes que quieren comprar algo y tras una serie de circunstancias desarrollan diferentes estados de conocimiento. Se pide al niño que resuelva un problema del tipo «X piensa que Y piensa que...» y que prediga la conducta de un personaje conforme a su creencia falsa.

La lista se completaba con una entrevista con los padres en su propia casa o (alguna vez) en la clínica. En algunos casos las preguntas eran solo relativas a la historia anterior (p. ej. balbuceos) o actual (p.ej. tener amistades en la escuela o el trabajo), con lo que se incorporaban datos importantes del desarrollo. También se observaba a los niños antes, durante o después de la entrevista.

La entrevista y evaluación lleva como media unas dos horas con cada niño y su familia.

## RESULTADOS

### Métodos de análisis

El enfoque principal elegido para constatar subcategorías fue un análisis K de promedios en conjuntos. Este enfoque emplea un método de partición sucesiva en el cual se subdividen los datos consecutivamente en el número de conjuntos determinado. Intentamos posibilidades de 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 conjuntos, y la posibilidad de 3 conjuntos pareció ser la que mejor se adaptaba a la presentación clínica según se aprecia en los informes redactados. Esta posibilidad es la que presentamos aquí.

(Nota: se eliminaron 5 variables para las que hubo más del 10% de respuestas afirmativas. Estas variables eran: ausencia de balbuceos, ausencia de lenguaje oral, ausencia de respuesta a la comunicación, falta de actividad espontánea y heces con mal olor.)

### *La posibilidad de tres conjuntos*

Conjunto 1. Al que se denominó «Moderado». 42 casos (más todos los del grupo control, a los que no volveremos a referirnos en las próximas comparaciones, pero que sirve como un modo de validación de un grupo menos problemático).

Conjunto 2. 42 casos. Se denominó conjunto Asperger.

Conjunto 3. 57 casos. Se denominó conjunto autista.

La tabla 2 ilustra las relaciones entre los diagnósticos de conjuntos y los diagnósticos clínicos. Muestra cómo la mayoría de los niños diagnosticados con síndrome de Asperger se incluyeron en el conjunto de síndrome de Asperger. Los niños con diagnóstico clínico de autismo se dividieron entre los conjuntos de síndrome de Asperger y el autista y el conjunto moderado comprendía la mayoría de los niños con trastornos generalizados del desarrollo y «otros» así como un pequeño número compuesto a partes iguales por niños con diagnóstico clínico de síndrome de Asperger o autismo.

La cuestión principal es cómo se diferenciaron unos niños de otros, es decir, cuál fue la base para la división en tres conjuntos.

El apartado siguiente proporciona información sobre variables discriminativas.

## 1. Variables generales

No había diferencias dentro de los grupos en:

Edad, género, historia de retraso o trastorno del lenguaje, edad a la que se comenzó a caminar, edad a la que se observaron los primeros problemas e historia familiar del trastorno.

El grupo moderado tendía más a un retraso en la capacidad de sentarse erguidos que los otros dos grupos ( $P = 0.016$ ).

El grupo con síndrome de Asperger tendía más a mostrar retraso en la capacidad de gatear ( $P = 0.04$ ).

El grupo moderado tendía menos, y el autismo más, a presentar una historia e dificultades en el parto ( $p = 0.01$ ).

El grupo autista tenía mas edad que el moderado (11.6 frente a 8.5 años,  $p < 0.05$ ).

La edad mental verbal del conjunto autista era significativamente más baja a los 8 años, con un equivalente en los grupos de síndrome de Asperger y moderado de 11.7 y 10.9 años ( $p < 0.05$ ) Ver tabla 1.

Los niños con mayor grado de funcionamiento tendían a incluirse en los grupos con síndrome de Asperger o moderado.

## 2. Variables diagnósticas (Tablas 3, 4 y 5)

Se utilizaron análisis de regresión logística que permiten emplear variables dicotómicas (p.ej. síntoma o conducta presente o ausente), como medio para identificar síntomas discriminantes entre los grupos. Esta técnica elige las mejores (pero no las únicas) variables para identificar diferencias entre grupos, conforme a poca o mucha importancia.

Se realizaron primero comparando los grupos de autismo y síndrome de Asperger, segundo los grupos síndrome de Asperger y moderado y tercero los grupos moderado y autista. Las tasas de predicción de pertenencia a un grupo fueron altas en todos los campos, con comparaciones de grupos que variaban de un 74% a un 99% de predicciones acertadas.

En la mayoría de los síntomas en los que se descubrió una diferencia el resultado siempre era que el grupo autista mostraba las deficiencias más graves. Esto se cumplió en las comparaciones con los grupos de síndrome de Asperger y moderado. Se dieron algunas excepciones que se destacan en las tablas.

Las comparaciones entre el grupo síndrome de Asperger y el moderado resultaron siempre en que el moderado mostraba menor deficiencia.

Las revelaciones de estos análisis que tienen importancia para nuestro dilema diagnóstico son:

Los niños de síndrome de Asperger mostraban: mayores posibilidades que los otros grupos de tener un amigo con intereses restringidos similares, mayores posibilidades que los niños autistas de emplear lenguaje pedante y denso, mayores posibilidades de mostrar conducta de atención conjunta, mayores posibilidades que el grupo moderado (pero no que el autista) de mantener un monólogo repetitivo y de interpretar el lenguaje de un modo literal.

### 3. Comparaciones de la teoría de la mente

Las tablas 6 y 7 muestran que había diferencias significativas entre los grupos en las pruebas de TM.

En cada caso el grupo con síndrome de Asperger tendía a dar respuestas demostrando TM o capacidad de mentalización.

Sin embargo es importante recordar que este grupo está formado por niños de más edad y con una edad mental verbal más alta en comparación con el grupo autista (pero no el moderado). Casi todos los niños con síndrome de Asperger superaron las pruebas de primer orden. También debe destacarse que más de la mitad del grupo con Síndrome de Asperger superaron pruebas de TM de segundo orden, en comparación con menos de 1/3 del grupo moderado (que eran 2 ó más años menores que los otros dos grupos) y 1/3 del grupo autista.

Los resultados acerca de las relaciones entre la pertenencia a un grupo diagnóstico y realización de la prueba de TM se ven así limitados por asociaciones de edad y edad mental verbal.

Se confirma que el conjunto con síndrome de Asperger tiene deficiencias menos graves en comparación con el grupo autista, en todos los campos.

Sin embargo, sintomáticamente los niños con síndrome de Asperger muestran en muchos campos deficiencias más graves que el grupo moderado, su mejor realización de las pruebas de TM podría explicarse en términos de diferencias de CI y edad. Esto indica que estas variables podrían influir en la división en subgrupos más que las deficiencias sociocomunicativas relacionadas con el autismo. Esto confirma los estudios relativos a que la TM puede tratarse de otra característica del desarrollo cognitivo intelectual, más que de un factor cognitivo «modular» específico.

## RESUMEN Y DISCUSION

1. La división empírica en conjuntos mostró que era posible distinguir entre 3 conjuntos que apenas se correspondían con los que

conocíamos por la práctica clínica. Pero las comparaciones de grupos indicaban que la gravedad de los síntomas era un factor causante importante, más que los síntomas particulares. Por lo tanto quizá sería más conveniente estudiar un concepto del espectro de trastornos autistas más que categorías distintivas.

En otras palabras, parece haber pocas pruebas, aparte de la gravedad de los síntomas y niveles de funcionamiento cognitivo (que son, sin duda, factores relacionados) para considerar al Síndrome de Asperger como un grupo diferenciable. Estos niños se distinguieron sobre todo por sus menores deficiencias en habilidades de atención conjunta, su estilo de lenguaje pedante y denso y su tendencia a ser capaces de tener una «amistad» basada en intereses «limitados» compartidos.

Ha de destacarse el hecho de que no hubiera diferencias entre los conjuntos en historia de retraso o desviación del lenguaje. Esto indica que no es una característica distintiva que pueda emplearse con seguridad en los diagnósticos diferenciales.

2. La comparación de los diagnósticos clínicos con la pertenencia a un conjunto indica que los niños pertenecientes al conjunto de síndrome de Asperger normalmente han recibido diagnóstico de síndrome de Asperger, pero que los niños del conjunto autista han recibido tanto diagnóstico de síndrome de Asperger como de autismo. Esto puede relacionarse con el significativo aumento de la elección clínica del diagnóstico de síndrome de Asperger para niños con alto grado de funcionamiento, a lo largo de los años que comprende este estudio.

Las comparaciones  $X^2$  mostraron que no había diferencias sistemáticas entre los profesionales (ni entre los niños australianos y británicos) en la tendencia a elegir diagnóstico de síndrome de Asperger o autismo.

También hay que recordar que la muestra de este estudio tenía un alto grado de funcionamiento, excluyendo la importante proporción de niños a los que no se evalúa fácilmente con los test normales, por lo tanto la muestra pertenecía al extremo superior del espectro.

Todos los niños con síndrome de Asperger cumplían también los criterios diagnósticos de autismo DSM-III-R, CIE-10. El análisis de conjuntos muestra que a pesar de esto podían distinguirse en algunas pautas importantes de comportamiento.

3. La realización de las pruebas de teoría de la mente confirmaron la importancia de las variables de capacidad /edad, que aparecen cada vez más en este tipo de estudios. Pocos niños con síndrome de Asperger fallaron en las pruebas de primer orden y más de la mitad pudo también superar la prueba de segundo orden. La comparación

con el estudio de Bowler (1992) (Tabla 7) indica que una proporción similar de pacientes con síndrome de Asperger superaron la prueba de segundo orden.

También puede destacarse que más de la mitad del grupo autista superó también la TM de primer orden, y de ese subgrupo que realizó la prueba de segundo orden, más de la mitad la superó. Esto indica que cuando la capacidad verbal no está demasiado alejada del nivel medio, estos déficits no son tan evidentes. De nuevo afirmamos que esta discapacidad puede estar principalmente asociada a un retraso en el desarrollo cognitivo y del lenguaje más que a trastornos simplemente autistas.

En general, creemos que los resultados de este estudio apoyan la teoría de un «continuum» de trastornos autistas, en el cual la gravedad de las deficiencias sociocomunicativas causa las diferencias individuales. Esta misma conclusión puede aplicarse casi por completo a la interpretación de la realización de las pruebas de TM.

Waterhouse y cols. (1996) realizaron un estudio comparando dos grupos (un conjunto autista y otro de «trastornos del desarrollo») diferenciados taxonómicamente mediante sistemas CIE y APA y con la categoría de «activo pero extraño» de Wing y Gould. Consideraron si el grupo reflejaba diferencias relativas al nivel de funcionamiento, basadas en la existencia de un grupo autista central y «otros» o basadas en un espectro o «continuum» de gravedad. Esta cuestión también es importante en nuestras interpretaciones.

Teniendo en cuenta que teníamos un grupo de muestra de mayor edad y tres grupos en lugar de dos (comparado con Waterhouse, nuestro conjunto no autista se subdividía en síndrome de Asperger y grupo moderado), nuestros datos confirman en general la interpretación basada en lo que Waterhouse denominó «gravedad de situación del desarrollo». Afirmamos que esto no contradice la conceptualización del espectro del autismo. Los resultados de las pruebas de TM demostraron que las capacidades de comprensión verbal eran importantes al ayudar a los niños con deficiencias sociales importantes a superar las pruebas de TM. Nuestras comparaciones entre los grupos síndrome de Asperger y trastorno moderado destacan la importancia de esta variable. Hemos avanzado un paso más que Waterhouse, al demostrar que un grupo con trastornos en el desarrollo puede subdividirse conforme a deficiencias sociales y capacidad de TM y al mostrar que esto tiene relación con la capacidad verbal. Afirmamos que los síntomas distintivos del síndrome de Asperger (amistades limitadas, lenguaje pedante e intereses restringidos) podían estar relacionados con el nivel de funcionamiento cognitivo (ver Tsai, 1992, y Prior & McMillan, 1973), lo que indica que esto es lo que influye principalmente en el diagnóstico de síndrome de Asperger.

El hecho de que las variables de historia del desarrollo no difieren entre los subgrupos de ningún modo significativo en el diagnóstico (destacando particularmente que la variable de desarrollo de lenguaje no puede distinguir niños con síndrome de Asperger) indica la necesidad de emplear estos datos racionalmente para un diagnóstico diferencial. Implica que también los factores etiológicos pueden apoyar un concepto de espectro de trastornos autistas.

## BIBLIOGRAFIA

- BARON-COHEN S. (1991b). The theory of mind deficit in autism: How specific is it? *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 301-314.
- BOWLER D.M. (1992). «Theory of Mind» in Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 5, 877-893.
- CASTELLO P. & DAWSON G. (1993). Subclassification of children with autism and Pervasive developmental disorders: A questionnaire based on Wing's subgrouping scheme. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 225-237.
- EAVES L.C., HO H.H. & EAVES D.M. (1994). Subtypes of autism by cluster analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 3-22.
- FRITH U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- GHAZIUDDIN M., BUTLER E., TSAI L. & GHAZIUDDIN N. (1994). Is clumsiness a marker for Asperger syndrome? *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 5, 519-527.
- GILLBERG I.C. & GILLBERG C. (1989). Asperger syndrome - Some epidemiological considerations: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 4, 631-638.
- MANJIVIONA J. & PRIOR M. (1995). Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 23-39.
- 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.
- PRIOR M.R. & MCMILLAN M.B. (1973). Maintenance of Sameness in children with Kanner's syndrome. *Journal of Autism & Childhood Schizophrenia*, 3, 154-167.

- RAPIN I. (1996). Preschool children with inadequate communication: developmental language disorders, autism or low IQ. *Clinics in Developmental Medicine*, No. 139, McKeith Press: London.
- SIEGAL B., ANDERS T.F., CIARANDELLO R.D., BIENENSTOCK B. & KRAMER H.C. (1986). Empirically derived subclassification of the autistic syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 275-294.
- SZATMARI P. (1992). The validity of Autistic spectrum disorders: A literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 583-600.
- SZATMARI P., ARCHER L., FISMAN S., STREINER D.L. & WILSON F. (en imprenta). Asperger's syndrome and autism: Differences in behaviour, cognition and adaptive functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- SZATMARI P., TUFF L., FINLAYSON M.A.J. & BARTOLUCCI G. (1990). Asperger's syndrome and Autism: Neurocognitive aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 130-136.
- TSAI L. (1992). Diagnostic issues in high functioning autism. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), *High Functioning Individuals with autism*, pp. 11-40. New York: Plenum.
- WING L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- 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.

Tabla 1

N = 157 (22 del grupo control)

M = 114

F = 21

Trastornos generalizados del desarrollo

—  
 X Edad cronológica

Asperger 11 - 6 ( N = 42)  
 Autismo 10-3 (N = 57)  
 «Moderado» 8-5 (N = 36)  
 Asp> Moderado p < 0.05

—  
 X Edad Mental cronológica (PPVT)

Asperger = 11-7  
 Autismo = 8.0  
 «Moderado» = 10-9  
 Autismo < Asperger p<0.05

Tabla 2. **Diagnósticos clínicos**

*Diagnósticos de conjuntos*

	<i>Autismo</i>	<i>Asperger</i>	<i>Trastornos del desarrollo no específicos</i>	<i>«Otros»</i>
«Moderado»	11	12	5	8
«Asperger»	11	30	0	1
«Autismo»	26	27	2	2

p = 0.000. Diferencias entre grupos altamente significativas

Tabla 3

VARIABLE	Moderado/poca tendencia → grave/más tendencia
<i>Campo social</i>	
A1BC - no le gusta el afecto físico	asp- aut
A3DC- Busca consuelo estereotipado	asp-aut
A4CC - no le importa el dolor ajeno - no ofrece consuelo ni muestra empatía	asp-aut
A5EC - tiene 1 amigo con los mismos intereses limitados	<u>aut -asp</u>
A5EC - está algo relacionado con A7HC (= 0.5) (ver más abajo)	
A6AC - no consciente de la necesidad de modestia	asp-aut
A6AC está algo relacionado con A6BC ( $\emptyset = 0.5$ ) «no consciente de barreras psicológicas».	
A7AC - desinterés por juegos sencillos	asp-aut
A7AC está altamente relacionado con A3AC ((=1.0) «nunca busca consuelo,/ignora dolor, calor, frío»	
A7BC - no señala objetos para mostrar interés/placer	asp-aut
A7EC - utiliza otros niños sólo como ayuda mecánica en el juego	<u>aut-asp</u>
A7HC - se relaciona con otra persona con los mismos intereses limitados (relacionado con A5EC)	<u>aut-asp</u>
Indice de predicción de grupos 97-98% con estas variables sociales	
<i>Campo de la comunicación</i>	
B1CC - tiene habla pero no inicia la conversación	asp<aut
B2BC - no responde a instrucciones	asp<aut
B2CC - responde con frecuencia a palabras/frases fuera de contexto	asp<aut
B3AC - uso de ecolalia	asp<aut
B3BC - cambios de pronombres	asp<aut
B3CC - uso de palabras o frases idiosincráticas	asp<aut
B3DC - empleo de discurso denso pedante	<u>aut&lt;asp</u>
B3DC está altamente relacionado con A6DC ((= 1.0) «Hace observaciones inapropiadas en público)	
Indice de predicción de grupos 86.9%	

*Campo de conductas repetitivas/estereotipadas*

C3BC - colecciona objetos sin propósito aparente	<u>aut&lt;asp</u>
C3DC - muestra interés en partes de los objetos	<u>aut&lt;asp</u>
C3FC - interés inusual en propiedades abstractas de los objetos	asp<aut
C5AC - insiste en mantener rutinas	asp<aut
C7AC - deficiencia grave de actividades espontáneas	asp<aut

Indice de predicción 74%

Tabla 4. **SEGUNDO ANALISIS - Qué variables indican Asperger y grupo moderado N=78**

*Campo social*

A2BC - no se despide con la mano espontáneamente	mod<asp
A2DC - no dice o gesticula «hola»	mod<asp
A3CC - muestra sufrimiento ante el dolor - no busca consuelo	mod<asp
A3DC - quiere amigos pero escasa amistad	mod<asp
A5CC - está algo relacionado con	
A4AC ( $\emptyset = 0.52$ ) «no consciente del espacio personal de otros»	
A5EC - tiene 1 amigo con el mismo interés limitado	mod<asp
A5EC está altamente relacionado con	
A2EC ( $\emptyset = 1.0$ ) «muestra afectividad inapropiada», y algo relacionado con	
A7HC ( $\emptyset = 0.58$ ) «se relaciona con otra persona con su mismo interés»	
A6DC - hace observaciones inapropiadas en público	mod<asp
A8EC - intenta imitar conducta social - extraño	mod<asp
A8EC está altamente relacionado con	
B6BC ( $\emptyset = 1.0$ ) «muestra empleo apropiado de objetos de juguete pero el juego es mecánico»	
A9AC - no da movimiento a muñecas o animales de juguete, etc.	mod<asp
A9AC está algo relacionado con	
A9BC ( $\emptyset = 0.52$ ) «da movimiento a algunos juguetes pero de un modo limitado y repetitivo»	

Indice de predicción 98.72%

*Campo de la comunicación*

B1DC - monólogos repetitivos	mod<asp
B2DC - interpreta el lenguaje de modo literal	mod<asp
B3AC - ecolalia	mod<asp
B3CC - uso idiosincrático del lenguaje	mod<asp
B4AC - tono de voz anómalo	mod<asp

Indice de predicción 89.74%

*Campo de conductas repetitivas estereotipadas*

C1DC - empleo de movimientos complejos en dedos y manos	mod<asp
C1CD - está altamente relacionado con	
A2EC (Ø = 1.0) «muestra inapropiada de afecto»	
A8DC (Ø = 1.0) «imita persona, animal u objeto» y	
C2CC (Ø = 1.0) se autolesiona	

**Tabla 5. TERCER ANALISIS - Qué variables indican autismo y grupo moderado N=93**

*Campo social*

A2DC - decir hola para saludar	mod<aut
A6AC - no consciente de la necesidad de modestia	mod<aut
A6AC - está altamente relacionado con	
A1CC (Ø = 1.0) «no mira o sonríe ante interacción social»	
A3EC (Ø = 1.0) «un amigo con el mismo interés»	
A6BC (Ø = 0.5) «no consciente de barreras psicológicas»	
A9AC (Ø = 1.0) «no da movimiento a juguetes»	
C5BC (Ø = 0.5) «tiene actividades elegidas por él mismo limitadas» y	
C5CC (Ø = 1.0) «prefiere apegarse a su casa o lugar conocido»	
A6DC - hace observaciones inapropiadas en público	mod<aut
A6EC - no consciente/respuesta inadecuada a emociones ajenas	mod<aut
A7BC - no señala objetos	mod<aut
A9BC - da movimiento a pocos juguetes de modo limitado repetitivo	

Indice de predicción 97.9%

*Campo de comunicación*

B1CC - no inicia conversaciones	mod<aut
B1DC - monólogos repetitivos	mod<aut
B2DC - entiende el lenguaje de un modo literal	mod<aut
B2DC - está altamente relacionado con	
A3EC (Ø = 1.0) «búsqueda de consuelo extraña y repetitiva» y	
A9AC (Ø = 1.0) «no da movimiento a juguetes, muñecas»	
B3AC - ecolalia	mod<aut
B5AC - no utiliza comunicación no verbal	mod<aut

Indice de predicción 88.2%

*Campo de conductas repetitivas/estereotipadas*

C2DC - trastornos sensoriales	mod<aut
C5AC - interés en mantener las mismas rutinas	mod<aut
C5BC - repertorio limitado de actividades elegidas por él mismo	mod<aut
C6BC - imita personas, animales...	mod<aut
C6CC - habilidad especial	mod<aut

Indice de predicción 83.9%

C3BC - colecciona objetos sin propósito aparente	mod<aut
C5BC - tiene un repertorio limitado de actividades elegidas por él mismo	mod<aut
C6BC - imita personas de un modo repetitivo	mod<aut
C6CC - tiene una habilidad especial	mod<aut
C6CC - está algo relacionado con	
A5EC - «tiene un amigo con los mismos intereses» y	
A7HC - «se relaciona con un amigo con el mismo interés»	

Indice de predicción 92.3%

Tabla 6

*Teoría Mental*

Hay diferencias significativas en ambas pruebas de TM de primer orden. El grupo con síndrome de Asperger tiene mayores probabilidades de superarlas.

TM Sally/Anne  $p = 0.000$

	Moderado	Asperger	Autismo
Superada	53%	90%	58%
No superada	47%	10%	42%

TM Smarties  $p = 0.000$

	Moderado	Asperger	Autismo
Superada	50%	90%	55%
No superada	50%	10%	45%

**Tabla 7. Historia de Bowler. TM de Segundo Orden (sólo realizada por los que superaron el primer orden)  $P < 0.005$**

	Moderado	Asperger	Autismo
Superada	53% (28%)	63% (57%)	50% (28%)
No superada	47% (72%)	36% (43%)	50% (72%)

Números entre paréntesis = % de la muestra total

Nota 1. Asp = de mayor edad y con una edad mental verbal significativamente mayor.

Nota 2. Los que superaron la prueba no pudieron explicar sus respuestas.

Nota 3. Similitud de resultados c.f. Grupo con síndrome de Asperger de Bowler que tenían más edad.