

Episodio depresivo en adolescente con Trastorno de Asperger: Reporte de un caso

A case of depression in an adolescent with Asperger's Disorder: Clinical presentation

Bernardo Pacheco P.¹, Carmen Sandoval C.² y Claudia Torrealba A.³

Method: The case and treatment of a 14-year-old boy, who had a depressive episode and Asperger's Syndrome is described. A 14-year-old adolescent developed dissociative behavior and pseudo-psychotic symptoms; he affirmed that he is a TV actor (humorist). The psychiatric assessment concluded that he presented a masked depression with dissociative symptoms in a non diagnosed Asperger's syndrome. He had a substantial symptoms remission when was treated with behavioral intervention, antidepressive medication plus atypical antipsychotic. **Conclusion:** A wide variety of bizarre behaviors occur in adolescent patients with Asperger's disorder. But a depressive episode is not rare and has to be considered as a possible diagnosis in patients with behavioral manifestations.

Key words: Asperger's disorder, adolescent, depression, quasi-delirant.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (3): 199-206

Introducción

La depresión es un trastorno psiquiátrico frecuente y que a menudo su inicio y detección ocurre en la adolescencia. El estado depresivo es típicamente multifactorial, afecta al sujeto en su vida emocional, su pensar, su conducta, sus relaciones interpersonales y su estado físico. Es un trastorno con tendencia a la cronicidad y recurrencia y puede persistir hacia la adultez^{1,2}. Globalmente su prevalencia se sitúa alrededor de un 2% para los niños y un 4% para los adolescentes³.

La sintomatología depresiva se ve influida por el desarrollo mental en su manifestación fenomenológica. Los niños más pequeños presentan más síntomas somáticos, en tanto la anhedonia y el retardo psicomotor tienden a estar más presentes hacia la adolescencia^{4,5}. La depresión ocurre comúnmente con otros trastornos psiquiátricos, principalmente con los trastornos del comportamiento y por ansiedad⁶. La comorbilidad entre depresión, Síndrome de Asperger (SA) y Autismo; los llamados Trastornos Pervasivos del Desarrollo (TPD) es relativamente poco conocida y con frecuencia tiende a ser subdiagnosticada⁷.

Recibido: 17 de abril de 2008

Aceptado: 9 de agosto de 2008

¹ Psiquiatra Infanto Juvenil.

² Residente de Pediatría.

³ Médico Cirujano.

Sin embargo, se ha sugerido que la depresión es quizás uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes en los trastornos pervasivos del desarrollo¹ y que su prevalencia estimada podría variar ampliamente desde un 2%⁸ a un 38%⁹.

El SA es un trastorno del desarrollo mental en el cual existen anormalidades tipo autísticas, semejantes al autismo descrito por Kanner (alteración en la interacción social recíproca y un peculiar patrón de conductas e intereses) pero donde no existe retraso del lenguaje o del desarrollo cognitivo¹⁰. Su etiología es desconocida y se han postulado como posibles causas factores genéticos, metabólicos, infecciosos y ambientales¹¹. El SA tiene una prevalencia estimada de 26 a 36 casos por cada 10.000 niños en edad escolar, con cierta predominancia en el sexo masculino y una mayor incidencia en familiares de primer grado^{10,12}. Contrario a la creencia popular, la dificultad en la expresión emocional y comprensión de la experiencia afectiva que esta presente en los sujetos con SA no los “inmuniza” a experimentar afectos negativos como la tristeza o los sentimientos depresivos¹³. La manifestación depresiva se ve afectada debido a la limitación de la expresión emocional propia del trastorno, (lo cual restringe el reporte espontáneo de síntomas del paciente) y porque también existe superposición y potenciación de síntomas entre el SA y el cuadro depresivo. Así el ensimismamiento, la disminución de intereses o el retardo psicomotor, expresiones sintomáticas que están en el paciente con SA también lo pueden estar en el cuadro depresivo. Reconocer a que instancia clínica pertenece cada síntoma puede ser difícil para el clínico.

Una revisión de casos que describe la fenomenología de la depresión asociada a SA y Autismo encuentra que el ánimo depresivo expresado como llanto frecuente, fascies triste o irritabilidad puede ser marcador sintomático reportado. Otros síntomas como la anhedonia, alteraciones del apetito y del sueño son poco detectados. Síntomas como la culpa, el sentimiento de inutilidad, la disminución de la concentración y los pensamientos suicidas son mencionados escasamente¹¹. Esta sintomatología poco específica y

escasa agrega dificultad clínica en la identificación sintomática y el diagnóstico preciso de depresión en SA. En ocasiones se ha usado como herramienta diagnóstica el concepto “respuesta al tratamiento”, el cual consiste en identificar al paciente con trastorno del desarrollo, quien parece clínicamente depresivo y se trata con fármacos antidepresivos. La respuesta favorable antidepresiva es considerada confirmación diagnóstica de psicopatología anímica¹⁴.

En concordancia a lo descrito, nuestro reporte tiene por objetivo dar a conocer el caso de un adolescente portador de un SA no diagnosticado previamente quien en principio se presentó con comportamiento bizarro, desadaptado y dijo ser un personaje cómico ficticio de un programa de televisión. En el transcurso de la evaluación e intervención farmacológica emerge un estado depresivo subyacente, cuya sintomatología se enmascaraba con un fenómeno disociativo.

Reporte del caso

N tiene 14 años de edad y vive con sus padres, es el menor de tres hermanos. Su padre confecciona vestuario y su madre es dueña de casa. N nació de embarazo de término, no planificado, espontáneo y sin complicaciones obstétricas. La madre realizó sus controles médicos regulares, no reportó problemas obstétricos, si presentó ánimo inestable durante el embarazo relacionados a problemas económicos. Al nacer N tuvo parámetros antropométricos normales, presentó ictericia neonatal que requirió fototerapia breve. La lactancia duró un año y la madre dice haber presentado buen apego con su hijo. N tubo dificultades en la regulación del sueño, era activo y a los 5 meses de edad balbuceaba y repetía varias palabras. Al año tenía abundante lenguaje y buena dicción. A los padres les llamó la atención que dedicara mucho tiempo a jugar con su sombra. A los 3 años N logra control esfinteriano. A los 4 años contruye con una caja de cartón lo que él llama “mi computador”, con éste juega solo e incesantemente. Para actividades motoras es torpe

y lento. N se obsesionaba con repetir comerciales televisivos y reconocía muchos logotipos de marcas comerciales. A los 5 años inicia su escolaridad ya conociendo la lectoescritura. En la escuela es descrito como tranquilo, aislado, sin amigos y de juego solitario. Destaca por su excelente rendimiento escolar. Dada su notable habilidad para las matemáticas y computación a sugerencia de los profesores desde segundo año básico asistió a un colegio para niños superdotados o con habilidades especiales. En este nuevo colegio destaca por su gran capacidad de memorizar datos y adquirir nuevos conocimientos, pero mantiene su tendencia al aislamiento y se incorpora a actividades grupales sólo cuando se trata de juegos de competición de conocimientos. Hasta entonces no hay quejas por parte de los padres. En la secundaria N ingresa a un nuevo colegio con alta exigencia académica. En su adaptación no hace amigos y se mantiene distante. Por su comportamiento descrito como extraño, su vestimenta desarreglada y su modo de hablar comienza a recibir burlas de sus compañeros. Usa acento y modismo mexicanos tomados de un personaje cómico televisivo llamado Chaparrón Bonaparte (ChB)*. Este personaje admirado por N ha sido para él su gran entretenimiento televisiva estando en casa.

Los padres notan que en ese período de adaptación escolar, N paulatinamente se ha tornado más retraído, distante y que comienza a imitar a ChB más de lo habitual. Cuando los padres corrigen este comportamiento N responde molesto y se irrita. Trascurrido algunos meses N dice ser ChB y no tolera ser llamado por su verdadero nombre, su conducta se asemeja a la del personaje realizando los mismos gestos, modo de hablar y las mismas conductas bizarras, absurdas y cómicas que el personaje presenta en su programa televisivo. Esto que ocurre tanto en casa como en el colegio, convierten a N en la gran burla y atracción para los compañeros de curso. Los profesos-

res al observar la rigidez y persistencia del comportamiento bizarro, creen que N se ha trastornado y les exigen a los padres que sea evaluado por un psiquiatra. El paciente es llevado forzosamente a consultar ya que niega tener un problema. Se irrita e insulta a sus padres si es tratado como N y no como ChB.

Al momento de consultar, el paciente se presenta como ChB, con modismos y conducta estereotipada acorde al personaje. Esta molesto por ser evaluado pero responde a las preguntas con atención siempre que se refieran a él como ChB. No explica su comportamiento demostrando escasa empatía e irritándose al señalarse lo extraño de su conducta. No desconoce a sus padres pero evita llamarlos por sus nombres. A su madre se refiere como “ésa, la entrometida”. Su discurso y conducta consiste en relatos de situaciones o chistes sacados de los episodios del programa televisivo. Respecto a su colegio y amistades dice que ellos tienen un problema y no él. En las siguientes sesiones de entrevista su conducta general se modifica escasamente manteniéndose alterado su modo de interactuar y comunicarse. En consideración a su conducta bizarra e inflexible se decide iniciar medicación con Risperidona hasta 2 mg por día, con la hipótesis diagnóstica de estar frente a un paciente con un trastorno pervasivo del desarrollo tipo Síndrome de Asperger. El examen mental del paciente, el análisis de la historia del desarrollo y sus dificultades de adaptación social y escolar en los últimos años aportan a éste diagnóstico clínico.

En los siguientes controles el paciente mantiene su exigencia de que sea llamado ChB pero paulatinamente durante las entrevistas comienza a hablar de su colegio y de sus padres. Mantiene la idea de que su madre no lo deja tranquilo y es muy exigente. Hacia su padre se muestra menos molesto y más tolerante. Frente a la exigencia de que debe colaborar para una mejor comprensión de lo que le ocurre, accede sólo si el entrevista-

* Personaje cómico de TV interpretado por Chespirito, actor mexicano. ChB es un señor que maneja un lenguaje prosopopéyico y absurdo causando confusión a quien lo escucha. Por su mirada tan particular de la realidad podríamos decir que ChB parece un psicótico.

dor acepta referirse a él como ChB y no por su verdadero nombre. En las siguientes sesiones estratégicamente la entrevista se desarrolla en una conversación en tercera persona, permitiendo que el personaje representado por el paciente se exprese. Ocurre que el paciente en breves momentos habla como N y comenta con mucha rabia y tristeza que “ellos (los compañeros de curso) si quieren reirse de mi ahora lo pueden hacer y con razón”. En aisladas ocasiones llora y dice que “la gente no acepta a los diferentes” y asevera que “los locos son los cuerdos”. Se muestra acongojado, luego cambia y continúa negándose a hablar del tema volviendo a actuar como ChB. En las siguientes sesiones reaparece la rabia y pena relacionadas con la escuela, se resiste a ahondar en sus emociones, refugiándose persistentemente en el personaje. Los padres dicen que en casa N se ha mostrado más irritable, retraído y solitario.

En consideración al estado emocional de desánimo que fue emergiendo en las últimas sesiones, nos pareció que bajo el personaje cómico de ChB, se refugiaba un adolescente de ánimo depresivo, cuasi delirante y disociado en una identidad bizarra que lo protegía del sufrimiento provocado por la falta de adaptación escolar. Decidimos asociar a la medicación antipsicótica fármacos antidepresivos (Sertralina, titulada hasta alcanzar 100 mg por día). Nuestra hipótesis diagnóstica de trabajo fue que nuestro paciente estaba cursando un episodio depresivo comorbido a un trastorno disociativo de la identidad teniendo a la base un Síndrome de Asperger que a la fecha no había sido diagnosticado como tal.

A las semanas la respuesta a la terapia farmacológica combinada fue clínicamente satisfactoria, mejorando el estado de ánimo del paciente, disminuyendo su irritabilidad y mostrándose notoriamente más tolerante en las sesiones de entrevista. Pudo paulatina y parcialmente renunciar a la actuación de su personaje, conservando un poco su acento mexicano y su tendencia humorística. En el transcurso del tratamiento N tiende a no hablar espontáneamente de sus sentimientos pero notamos disminución de su irritabilidad y labilidad emocional. Se muestra preo-

cupado de continuar asistiendo a clases y no bajar sus calificaciones escolares. Los padres corroboran que su hijo está más activo luego de haber estado varios días triste y retraído. En casa acepta y tolera ser llamado por su nombre, la conducta excéntrica e irritabilidad es cada vez menos frecuente aunque la relación con su madre se mantiene tensa.

Discusión

Desde temprana edad N presentó dificultades; al ingreso al sistema escolar se observó que tenía dificultad en la interacción social y emocional, escasa participación en actividades grupales. Presentó intereses peculiares y habilidades especiales. Destacó por su gran memoria y habilidad lingüística, con retención de conocimientos inusuales para su escolaridad, lo cual contrastaba con su tendencia al aislamiento social y bajo interés del juego colectivo, esperable en niños en edad escolar. En consideración a estos antecedentes del desarrollo infantil, nuestro caso lo entendemos como el de un paciente con un diagnóstico tardío de trastorno del desarrollo tipo Síndrome de Asperger. Este trastorno del neurodesarrollo se caracteriza por presentar déficit tanto en la integración cognitiva como afectiva¹⁵, el paciente con SA tiene dificultad para comprender sus propias emociones y la de los otros, manifestando un rango de expresión emocional restrictivo sin inmunidad a trastornos psiquiátricos emocionales o mayor resistencia a experiencias afectivas negativas como pudiera creerse¹³. Se ha sugerido que la depresión y ansiedad que ocurren en el SA es reflejo de una mayor capacidad de insight, aunque parcial en casos del trastorno más leve¹⁶ y que la conducta no social se relaciona a déficit primarios de la capacidad empática¹⁷. Podríamos decir que N al ser “menos anormal y de funcionamiento más alto” comparado a los pacientes autistas, se expone más a sintomatología ansiosa-depresiva reactiva. En este caso, nuestro paciente al enfrentar el desafío de la incorporación a un nuevo colegio, nivel de escola-

ridad y grupo de pares de alto rendimiento y competitividad, vivenció intensos sentimientos depresivos al sentirse criticado y excluido por su comportamiento diferente y excéntrico y falta de habilidad en la práctica social. Se agrega a esto el déficit en la mentalización y metacognición, frecuentes en este tipo de pacientes¹⁸. Los problemas de mentalización pueden ser relevantes a la hora en que N deba resolver tareas prácticas y sencillas como vestir ropa adecuada a las circunstancias y edad. Estos comportamientos más ajustados a la norma son considerablemente importantes a la hora de socializar entre pares adolescentes. El interés de N en vestimenta adecuada podría entenderse como falta de comprensión por parte de él del efecto social que tiene cada persona sobre otra. Si el objetivo es adaptarse a un curso (*manifestación de un deseo o motivación*) y no comprendemos con claridad que “yo y mi modo de interacción tienen efecto sobre los otros” entonces se verá afectado el logro del objetivo. Este déficit lo interpretamos como la “falta de habilidad para mentalizar sobre la importancia del otro en mi y de yo en los demás”. La presencia de esta habilidad ayuda a la conservación armónica de la experiencia emocional.

N nos relató en una sesión sentir mucha rabia y dolor por las burlas de sus compañeros de curso. La expresión emocional de estas experiencias negativas en pacientes con SA puede manifestarse en conductas sintomáticas reactivas de tinte depresivo pocas habituales. Estudios con personas con SA demuestran que los que experimentan más eventos adversos vitales, tienden a desarrollar más depresión clínica que los grupos controles^{19,20}. En nuestro caso la emergencia de la sintomatología depresiva en N es una manifestación de la dificultad que los pacientes con TPD tienen para elaborar e integrar las experiencias adversas al sí mismo. Esta dificultad de integración afectiva restringe aún más sus capacidades comunicativas, capacidades a las que podría recurrir “cuando necesite comunicarme a mi mismo y a los otros lo que me sucede y me provoca sufrimiento”. La experiencia adversa (burlas y desadaptación escolar) que aquejaron a N es vivida

como traumática por su carácter negativamente intenso y acumulativo. Lo traumático como evento estresante altera la modulación y expresión afectiva, estimulando el afloramiento de oscilación anímica y sentimientos depresivos, altera los impulsos y el sentido del self provocando difusión de identidad. A nuestro parecer N, frente a la experiencia traumática escolar falla en lograr una adecuada modulación afectiva e integración del evento y primariamente reacciona con respuesta anímica depresiva. Fenomenológicamente este estado pudo haber tomado en N un curso hacia un *estado de identidad disociativa* (cuando asume que es ChB), que es una manera de encapsular el evento traumático (maltrato escolar) y de este modo contener la respuesta depresiva. En este estado disociativo N puede conservar otra dimensión de su persona que es la de *continuar siendo alumno del curso y rendir académicamente*, esto en parte lo refuerza y estimula. Desde nuestra observación clínica pensamos que en N el fenómeno depresivo se ocultó bajo la forma de un estado disociativo de identidad representado en un personaje cómico que deja atrás la emocionalidad negativa, apoyándose en la esfera del pensamiento con ideas cuasidelirantes. Esta alteración del pensamiento (“soy ChB”) la interpretamos como una idea sobrevalorada, sostenida con un pensamiento no delirante pero sí con una rígida persistencia ideacional de carácter patológico acrecentada por lo afectivo, que nos evoca cierta semejanza con las obsesiones que con frecuencias están presentes en los pacientes con SA. Nos parece que si bien N presenta una actitud de seguridad al decir que él es ChB, en su relato y conducta diaria faltan actos enajenados como si realmente se tratase de un fenómeno delirante genuino, con juicio de realidad totalmente alterado. Ante la confrontación de su extraña idea de ser ChB, N se mostraba evitativo y opositor de profundizar y describir el fenómeno aparentemente delirante. Esta conducta nos pareció más de tendencia disociativa que psicótica.

Como ya lo hemos planteado, la “nueva personalidad” de N la entendimos más como un fenómeno disociativo que psicótico, es decir un es-

tado conductual discreto, organizado y limitado alrededor de un afecto prevalente. El estado disociativo psicológicamente encapsula las vivencias y afectos intolerables por medio de mecanismos cognitivos. El *Modelo de Estado Conductual* conceptualiza el trastorno disociativo como expresión de una falla en el funcionamiento mental donde la experiencia traumática impide que el sujeto consolide un sentido de sí mismo unificado²¹. El encapsulamiento del evento traumático le permite al sujeto poder mantener funcionando otras dimensiones de la estructura mental, es decir, éste mecanismo psicológico permite que otras funciones mentales estén libres de “contenido traumático”. En nuestro caso interpretamos que en N la circunscripción del evento traumático depresivo le permitió por una parte dar continuidad a la dimensión educativa-aprendizaje-alumno. Observamos una función ganancial al asumirse que se es ChB, es decir, un personaje cómico que lo aleja del sufrimiento de la burla, y que, por otro lado, le evita el rechazo de sus pares incorporándose al curso como una especie de *buen bufón*. Si bien la pseudopsicosis disociativa en este caso funciona como un escape para el sufrimiento, este camino pone en evidencia que la experiencia de burla escolar quizás manejable y tolerable en sujetos sanos, en los pacientes con SA conecta el impacto emocional del evento, con las menores habilidades comunicativas y relacionales propias de estos pacientes. Tenemos presente también que la conducta disociativa pseudopsicótica puede funcionar como una conducta homeostática reguladora entre la depresión y el SA. Esta función podría explicar el empeño que N puso en mantener su comportamiento bizarro. Esta importante observación debe tenerse en cuenta en el diseño de la intervención terapéutica. Al momento de intervenir para tratar y controlar los síntomas, el paciente debe tener cierto grado de control sintomático o por lo menos la sensación que controla parte de su “*nueva perso-*

nalidad” (su sí mismo); de este modo creemos que se evita que ocurra una desintegración yoica catastrófica si el paciente se ve enfrentado bruscamente a su estado depresivo. Por otra parte, y a modo de interpretación terapéutica, al tratar a N como un paciente *primariamente depresivo y posteriormente disociado* y no como un *paciente psicótico delirante*, reconocemos en principio junto con él la “legitimidad emocional de la elección de su personaje” como un fenómeno auténtico y justificado para la *contensión de su sufrimiento traumático*.

En suma, la medicación antipsicótica (cuyo uso tuvo por objetivo lograr flexibilización de la conducta y del pensamiento) y la medicación antidepresiva (con el fin de tratar y lograr un mejor estado de expresión y modulación emocional) permitieron que N paulatinamente retomara el control de sí mismo tomando contacto gradual con su mundo afectivo. La intervención terapéutica breve consideró la verbalización emocional usando al personaje legitimado para una comunicación en tercera persona, alternada con intervención directa entre N y el terapeuta. El decidido interés de los padres por el tratamiento de su hijo, a nuestro parecer colaboraron en la evolución satisfactoria del paciente en un tiempo relativamente breve.

La variada comorbilidad que presentan los sujetos con SA, plantea la necesidad de que los clínicos estemos alertas a presentaciones primarias de síntomas emocionales y conductuales que puedan emerger en estos pacientes. Una evaluación clínica amplia e integral del estado mental está indicada para detectar precozmente una posible comorbilidad poniendo el foco en la interpretación de la sintomatología depresiva expresada en diversas manifestaciones conductuales.

El caso presentado también ilustra la eficacia del uso de antidepresivos ISRS en la reducción de la sintomatología depresiva en un paciente con SA.

Resumen

Los sujetos con Síndrome de Asperger (SA) tienen menor habilidad lingüística para verbalizar los cambios que ocurren en su ánimo y los sentimientos depresivos que emergen durante un estado depresivo. Esta limitación hace que un episodio depresivo sea particularmente difícil de diagnosticar en este tipo de pacientes. Existe considerable superposición de síntomas entre el SA y la depresión. Los síntomas depresivos pueden exacerbar conductas de retraimiento o estimular un desajuste conductual. Los autores describen el caso de un paciente con SA no diagnosticado con anterioridad quien presentaba al momento de la derivación oscilaciones anímicas y conducta bizarra, diciendo ser y comportándose como un personaje televisivo cómico ficticio. Finalizada la evaluación psiquiátrica los autores concluyen que el paciente presenta un trastorno depresivo el cuál ha sido enmascarado con fenomenológica disociativa pseudopsicótica cuasidelirante. Nuestro propósito es dar a conocer la presentación inusual y el tratamiento de un trastorno depresivo en un paciente con SA.

Palabras clave: Enfermedad de Asperger, adolescente, depresión, semi-delirium.

Referencias

1. Belsher G, Costello C G. Relapse after recovery from unipolar depression: a critical review. *Psychol Bull* 1998; 104: 84-96.
2. Birmaher B, Ryan N D, Brent D, Dah R E, Kaufman J, William D E. Child and adolescent depression, part I: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1427-39.
3. Fleming J E, Offord D R. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 571-80.
4. Carlson G A, Kashani J H. Phenomenology of mayor depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1998; 145: 1222-5.
5. Kovacs M. Presentation and course of mayor depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 705-15.
6. Angold A, Costello E J, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines* 1999; 40: 57-87.
7. Laihart J E, Folstein S E. Affective disorders in people with autism: A review of published cases. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1994; 24: 587-601.
8. Ghaziuddin M, Tsai L, Ghaziuddin N. Comorbidity of autistic disorder in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 1: 209-13.
9. Lainhart J E. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry* 1999; 11: 278-98.
10. Khouzam R, El-Gabalawi F, Pirwani N, Priest F. Asperger's disorder: A review of its diagnosis and treatment. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 184-91.
11. Stewart M, Barnard L, Pearson J, Hasan R, O'Brien G. Presentation of depression in autism and Asperger Syndrome: a review. *Autism* 2006; 10: 103-16.
12. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Journal Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34: 1327-50.
13. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: Implications for Research and Clinical Care. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2002; 32: 299-306.
14. Perry D W, Marston G M, Hinder S, Munden A C, Roy A. The phenomenology of depressive illness in people with a learning disability and autism.

- Autism 2001; 5: 265-75.
- 15.- Holaday M, Moak J, Shipley M A. Rorschach protocols from children and adolescents with Asperger's disorder. *J Pers Assess* 2001; 76: 48-495.
 16. Ghaziuddin M, Leininger L, Tsai L. Brief report: Thought disorder in Asperger's Syndrome: Comparison with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 1995; 25: 311-7.
 17. Lord C, Rutter M. Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern approaches*. 3rd Ed. 1994 Oxford: Blackwell.
 18. Wing L. Asperger Syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 1981; 11: 115-29.
 19. Tantam D. Asperger Syndrome. *Journal Child Psychology and Psychiatry* 1988; 29: 245-53.
 20. Happe F, Frith U. Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Development Psychology* 1996; 14: 385-98.
 21. Ghaziuddin M, Alessi N, Greden J. Life events and depression in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995; 25: 495-502.
 22. Kim J A, Szatmari P, Bryson S E, Streiner D L, Wilson F J. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger Syndrome. *Autism* 2000; 4: 117-32.
 23. Putnam F W, Loewenstein R. Dissociative identity disorder. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry Kaplan & Sadock's 7th Ed* 2002.

Correspondencia:

Dr. Bernardo Pacheco P.
 Departamento de Psiquiatria Pontificia
 Universidad Católica de Chile,
 Avenida Camino El Alba 12351 Las Condes.
 Fono 7548873 Fax 7548878
 E-mail: bejupa@vtr.net