



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SÍNDROME DE ASPERGER.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

PAOLA NOEMI MIRANDA CELIS

TUTORA: C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

ASESOR: MTRO. OCTAVIO GODÍNEZ NERI

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico este trabajo a mis padres el Sr. Jorge Miranda y Sra. Yolanda Celis por que gracias a su apoyo, consejos y todo su amor ahora veo realizado nuestro sueño.

A mi novio Gerardo Argumedo por quererme de la forma que me quiere y darme la fortaleza de seguir adelante.

A mis hermanos Jorge y Samara por que en las buenas y en las malas han estado para ayudarme.

A mi sobrina Ximena por que gracias a su sonrisa mi ilumina cada día.

A mis amigos y amigas que me hicieron pasar buenos momentos y ayudaron a mi crecimiento personal.

Y a todas esas personas que a lo largo de todo este tiempo colaboraron a la culminación de este sueño.

Gracias a todos y cada uno de ustedes.

ÍNDICE:

Introducción	5
CAPITULO I ASPECTOS GENERALES	7
1. 1Antecedentes	7
1.2 Definición	12
1.3 Etiología y Prevalencia	14
CAPITULO II ANATOMÍA	15
2.1 Anatomía	15
CAPITULO III CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	21
3.1 Características Clínicas	21
CAPITULO IV DIAGNÓSTICO	25
4.1 Diagnóstico	25
4.2 Auxiliares de diagnóstico	28
4.3 Evolución del diagnóstico	30
4.4 Etapas de diagnóstico	31
CAPITULO V ETAPAS DE LA VIDA	34
5.1 Características en etapas de la vida	34
5.2 Niñez	34
5.3 Adolescencia	34
5.4 Adulta	36
5.5 Entorno Familiar	37
CAPITULO VI DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	39
6.1 Diagnostico Diferencial	39
6.2 Personalidad Esquizoide	39
6.3 Esquizofrenia	40
6.4 Condiciones Afectivas	41
6.5 Síndrome de Guilles de la Tourette	42
6.6 Síndrome de Rett	42
6.7 Diferencia entre Síndrome de Asperger y el Autismo típico de Kanner	43

CAPITULO VII ATENCIÓN PROFESIONAL	44
7.1 Función del profesional	44
7.2 Médico General	44
7.3 Psicólogo	44
7.4 Cirujano Dentista	44
CAPITULO VIII TRATAMIENTO	46
8.1 Tratamiento	46
8.2 Tratamiento Alternativo Fisioterapia	48
8.3 Musicoterapia	49
8.4 Equinoterapia	50
9. Conclusiones	52
10. Referencias Bibliografía	53
11. Anexos	56



INTRODUCCIÓN:

El objetivo principal de esta tesina es connotar la importancia del Síndrome de Asperger, sobre todo, por la confusión que existe con el Autismo típico de Kanner.

Se pretenden reconocer las principales características que lo integran como son las diferencias en la integración social y en la imaginación, en sus actividades repetitivas y estereotipadas, sin alteración en la aparición del lenguaje.

La razón primordial del interés en esta patología para desarrollar esta investigación, fue por que en los últimos años el factor de incidencia ha incrementado, y muchos de estos niños aún no han sido diagnosticados y por lo tanto, no reciben la atención odontológica precisa.

Invito al distinguido lector que me honré con su compañía a penetrar al fascinante mundo de los niños con Síndrome de Asperger, ya que ellos no pueden encontrar el camino hacia el nuestro. No es necesario aprender a comprender a tener la empatía con la experiencia, para encontrar la forma de ayudarlos.



Agradezco a Dios por permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi vida.

A la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México que me convirtió en parte de esta gran familia.

A mis profesores por que gracias a sus conocimientos ayudaron a mi crecimiento profesional.

A la Doctora Luz del Carmen, Doctora Maria Eugenia Rodríguez y aquellos que colaboraron en la realización de mi tesina.

Con respeto al honorable jurado por su tiempo y colaboración.



CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES

1.1- Antecedentes:

Evolución histórica del concepto:

Antes de que se reconociera y se le diera nombre a la serie de trastornos autistas, hubo niños y adultos con dichas manifestaciones. Tal vez fueron el motivo de antiguas leyendas de “niños cambiados por brujas”, según se creía que las brujas robaban un bebe humano y en su lugar dejaban a uno encantado.

Posteriormente en las descripciones iniciales sobre el síndrome de Asperger que desarrollo este autor austriaco en 1944, publicó un artículo en el que describió un grupo de jóvenes que presentaban las siguientes características: ^{1,2}

- ◆ Los jóvenes eran socialmente extraños ,ingenuos y emocionalmente desconectados de los otros .Parecían vivir en un mundo aparte
- ◆ Tenían buena gramática y vocabulario extenso. Su discurso era fluido, literal y pedante, usados en monólogos y no en intercambios conversacionales
- ◆ Su comunicación verbal era pobre y su una entonación era monótona
- ◆ Tenían intereses circunscritos a temas específicos, incluyendo colecciones de objetos o hechos relacionados con tales intereses



- ◆ Aunque la mayoría poseía inteligencia promedio o superior a la media tenían dificultades en aprender las tareas escolares convencionales. Sin embargo eran capaces de
- ◆ producir ideas originales y tenían habilidades relacionadas con sus intereses especiales
- ◆ La coordinación motriz y la organización del movimiento eran generalmente pobres, aunque algunos podían destacar en áreas especiales de interés
- ◆ A estos chicos les faltaba sentido común



Dr. Hans Asperger (Psicólogo) ¹



Este artículo permaneció ignorado durante 40 años, hasta que en 1981 la Dra. Lorna Wing, psiquiatra de Reino Unido, hizo una descripción de 34 casos cuyas características eran similares a las descritas por el médico vienés y le denominó el término de Síndrome de Asperger.

De acuerdo con Wing, el término estaría reservado para los individuos que presentaban un cuadro autista, sin manifestar deficiencia del aprendizaje severa, es decir que poseen un desarrollo intelectual adecuado: (3)

- ◆ El desarrollo del lenguaje es adecuado, aunque en algunos individuos puede existir un retraso inicial moderado.
- ◆ El estilo de comunicación del niño tiende a ser pedante, literal y estereotipado.
- ◆ El niño presenta un trastorno de comunicación no verbal
- ◆ El niño presenta un trastorno grave de la interacción social recíproca con una capacidad disminuida para la expresión de empatía.
- ◆ Los patrones de comportamiento son repetitivos
- ◆ Hay limitación de la habilidad motora



Paciente que presenta trastorno grave de la interacción social²



En 1991 Gillbert y Gillbert presento sus propios criterios :^{1,4}

- ◆ **Déficit de la interacción social, al menos de dos de los siguientes criterios:**
 - a) incapacidad para interactuar con iguales
 - b) falta de deseo e interés de interactuar con iguales
 - c) falta de apreciación de las claves sociales
 - d) comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación

- ◆ **Intereses restringidos y absorbentes, al menos uno de los siguientes criterios:**
 - a) exclusión de otras actividades
 - b) adhesión repetitivas
 - c) más mecánicos que significativos

- ◆ **Imposición de rutinas e intereses, al menos uno de los siguientes criterios:**
 - a) sobre sí mismo en aspecto de la vida
 - b) sobre los demás

- ◆ **Problemas del habla y el lenguaje, en al menos tres de los siguientes criterios:**
 - a) retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
 - b) lenguaje expresivo superficialmente perfecto
 - c) características peculiares en el ritmo, en la entonación y en prosodia
 - d) dificultad en la comprensión que incluye interpretación literal de expresión ambigua o idiomática



◆ **Dificultades en la comunicación no verbal, al menos uno de los siguientes criterios:**

- a) uso limitado de los gestos
- b) lenguaje corporal torpe
- c) expresión facial limitada
- d) expresión inapropiada
- e) mirada peculiar y rígida

◆ **Torpeza motora**

- a) retraso temprano en el área motriz o alteraciones en la pruebas de neurodesarrollo.

Los siguientes criterios fueron definidos en 1996 por el Dr. Ángel Riviere:⁴

◆ **Trastorno cualitativo de la relación:** incapacidad para relacionarse con iguales, falta de sensibilidad a las señales sociales, falta de reciprocidad emocional. Dificultad para comprender interacciones ajenas y especialmente “las de doble sentido”.

◆ **Inflexibilidad mental del comportamiento:** interés obsesivo por ciertos contenidos, actitudes perfeccionistas extremas.

◆ **Problemas del habla y del lenguaje:** Empleo de lenguaje pedante, formalmente excesivo, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo, modulación. Dificultad para interpretar enunciados literales.

◆ **Alteración de la expresión emocional motora:** falta de correspondencia entre los gestos expresivos



1.2 .- Definición:

El Síndrome de Asperger se caracteriza por una alteración grave y persistente de la interacción social acompañada de patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas que pueden dar lugar a un deterioro social o laboral clínicamente significativo.⁵

El síndrome es bien conocido por ser una parte del espectro de desórdenes autísticos cuyas características han sido perfectamente descritas por Wing . Presentan una tríada de afectación en el área social: dificultades en la relación social y su interacción social; en el área comunicativa: disminución de la comunicación verbal y no verbal; y en la esfera imaginativa: afectando el interés en el juego y, el entendimiento con su alrededor.

Lo que distingue el síndrome de Asperger de otros desórdenes autísticos es una gran habilidad con el lenguaje, la coexistencia del desorden con la incapacidad de aprendizaje y dificultades en el área psicomotora. ⁶

Las personas que lo presentan, tienen un aspecto normal, coeficiente intelectual por encima de lo normal, frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas, pero tienen problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos inadecuados. ⁷

En el año de 1994, la Asociación Psiquiátrica Americana, en la cuarta edición del Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-4), reconoció oficialmente al Síndrome de Asperger hecho que marco un gran avance en los campos de la salud y de la evolución.⁵



Hasta entonces las personas con este síndrome eran diagnosticadas erróneamente como autistas de alto rendimiento, superdotados o simplemente como trastornos generalizados del desarrollo no especificado.

Se clasifica dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Lo que significa es que el desarrollo, como un todo, se ve afectado de la infancia en adelante. entre estos están: ⁸

Trastorno autista

Trastorno de Rett

Trastorno desintegrativo infantil

Trastorno de Asperger

Trastornos generalizados del desarrollo no especificado

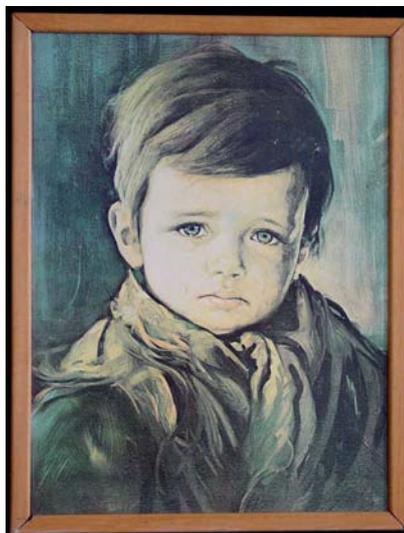


Paciente con Síndrome de Asperger ³



1.3.-Etiología y Prevalencia:

La etiología en la actualidad aun es desconocida teniendo en cuenta que la prevalencia se estima alrededor, de 3-7 por cada 1000 niños en edades entre 5 a 16 años, se tiene mas incidencia en varones. En la actualidad su etiología es desconocida.⁷



Niño de 5 años de edad⁴



CAPÍTULO II. ANATOMÍA

2.1.- Anatomía:

En el Síndrome de Asperger existe una alteración anatómica en el hemisferio derecho y en el sistema límbico:

El sistema nervioso central del ser humano está constituido por; el encéfalo situado en la cavidad craneana y se continúa con la médula espinal a través del agujero occipital. Está rodeado por tres meninges: la duramadre, la aracnoides y la piamadre. De manera convencional el encéfalo se divide en tres partes principales:

Rombencéfalo o encefalo posterior se subdivide:

- ◆ La médula Oblongada (Bulbo raquídeo): Tiene una forma cónica, se ubica sobre la médula, es el órgano conductor de impulsos sensitivos hacia el cerebro, y de impulsos motores desde el cerebro hacia la médula.⁹ Como centro integrador, controla la respiración, la frecuencia cardíaca y la deglución, la presión sanguínea arterial e importantes reflejos vegetativos como el vómito.
- ◆ El puente Anular (Protuberancia): se ubica en la superficie anterior del cerebelo, por debajo del mesencefalo y por arriba del bulbo raquídeo. El término deriva del gran número de fibras transversales sobre su cara anterior que conectan los dos hemisferios cerebelosos. Su función es integrar el reflejo de la masticación.
- ◆ El cerebelo: Se ubica dentro de la fosa cranea posterior, por detrás de la protuberancia y del bulbo raquídeo. Consta en dos hemisferios conectados por una porción mediana, el vermis. El cerebelo está conectado al mesencéfalo por los pedúnculos cerebelosos superiores,



a la protuberancia por los pedúnculos cerebelosos medios y al bulbo raquídeo por los pedúnculos cerebelosos inferiores. El cerebelo parece es el órgano destinado a coordinar y armonizar los movimientos. ¹⁰

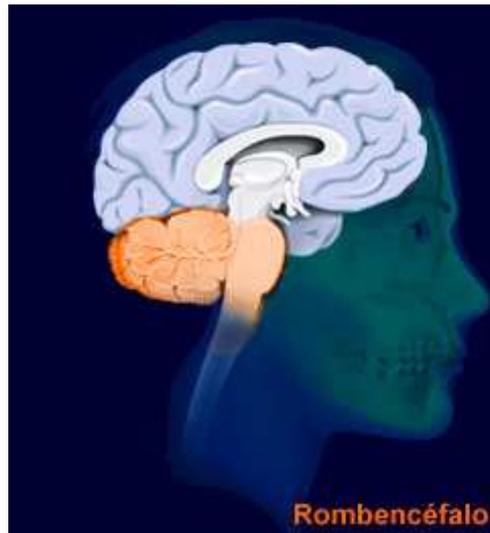


Imagen del Rombencéfalo ⁵

Mesencéfalo o Encéfalo medio: Es la parte estrecha del encéfalo que conecta al prosencéfalo con el rombencéfalo, forma parte del tronco encefálico, controla los procesos sensoriales.

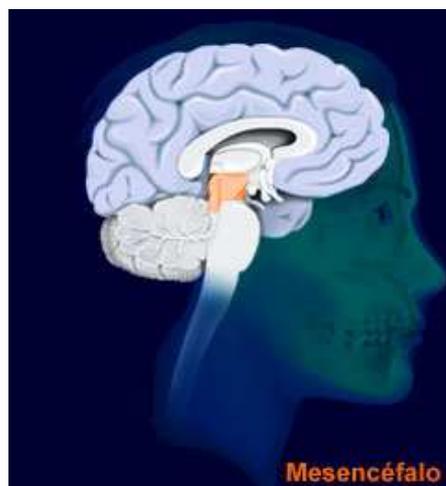


Imagen del Mesencéfalo ⁵



El prosencéfalo también puede subdividirse:

Diencefalo: Esta casi totalmente oculto de la superficie del encéfalo se constituye del:

- ◆ El tálamo dorsal: Esta parte del diencéfalo consiste en dos masas esféricas de tejido gris, situadas dentro de la zona media del cerebro, entre los dos hemisferios cerebrales. Es un centro de integración de gran importancia que recibe las señales sensoriales y donde las señales motoras de salida pasan hacia y desde la corteza cerebral. Todas las entradas sensoriales al cerebro, excepto las olfatorias.

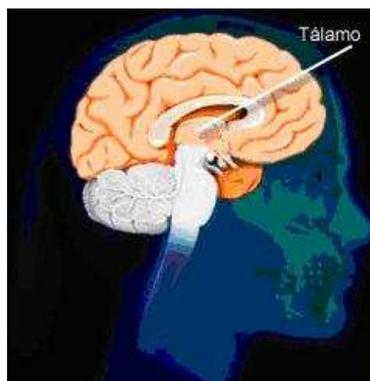


Imagen del Tálamo ⁵

- ◆ El hipotálamo, está situado debajo del tálamo y la corteza cerebral (especialmente Sistema Limbico) en la base del cerebro. Está formado por distintas regiones y núcleos hipotalámicos encargados de la regulación de los impulsos fundamentales y de las condiciones del estado interno de organismo (homeostasis, nivel de nutrientes, temperatura, concentración hormonal). El hipotálamo también está implicado en la elaboración de las emociones y en las sensaciones de dolor y placer. En la mujer, controla el ciclo menstrual.



- ◆ El sistema límbico: Formado por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala, cuerpo caloso, septum y mesencéfalo, constituye una unidad funcional del encéfalo, que gestiona respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales. La amígdala está vinculada al comportamiento agresivo, el hipocampo a la memoria, y el septum pelucidum al placer. El giro cingulado y la comisura anterior cumple una función de comunicación entre las distintas partes. Los cuerpos mamilares también cumplen una función de comunicación e intervienen de forma decisiva en los mecanismos de la memoria.⁹

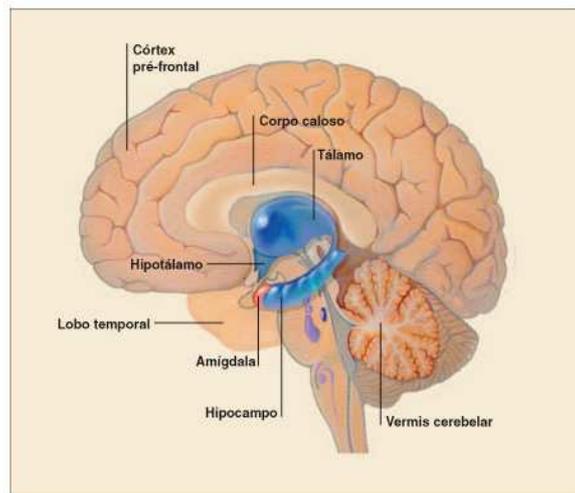


Imagen del Sistema Límbico ⁶

El cerebro: Es la parte más grande del encéfalo, consta de dos hemisferios cerebrales:

El hemisferio Derecho: relacionado con el lenguaje no verbal, habilidades de percepción, reconocimiento de expresiones emocional, habilidades espaciales, comprensión de lenguaje simple.



El Hemisferio Izquierdo relacionado con el lenguaje, escritura, calculo, sentido del tiempo, ritmo, ordenamiento de movimientos complejos.

Los hemisferios cerebrales están conectados por una masa de sustancia blanca denominada cuerpo calloso. Cada hemisferio se extiende desde el hueso frontal hasta el hueso occipital. Los hemisferios están separados por una hendidura profunda, la cisura longitudinal, hacia la cual se proyecta la hoz del cerebro. La superficie esta cubierta corteza cerebral y está formada por replegamientos denominados circunvoluciones constituidas de sustancia gris. Subyacente a la misma se encuentra la sustancia blanca. Cada hemisferio esta externamente dividido en cuatro lóbulos estos son: frontal, parietal, occipital y temporal. En ellos se encuentran áreas motoras y sensitivas específicas.

La médula espinal es una prolongación del encéfalo, La médula espinal es de color blanco, más o menos cilíndrica y tiene una longitud de unos 45 cm, está situada dentro del conducto raquídeo de la columna vertebral y está rodeada por tres meninges; la duramadre, la aracnoides y la piamadre. El líquido cefalorraquídeo que rodea la médula espinal está en el espacio subaracnoide.

En el ser humano adulto, se extiende desde la base del cráneo hasta la segunda vértebra lumbar. Por debajo de esta zona se empieza a reducir hasta formar una especie de cordón llamado filum terminal, delgado y fibroso y que contiene poca materia nerviosa. La médula espinal está dividida de forma parcial en dos mitades laterales por un surco medio hacia la parte dorsal y por una hendidura ventral hacia la parte anterior; de cada lado de la médula surgen 31 pares de nervios espinales, cada uno de los cuales tiene una raíz anterior y otra posterior.⁹



Los nervios espinales se dividen en:

Nervios cervicales: existen 8 pares denominados C1 a C8

Nervios torácicos: existen 12 pares denominados T1 a T2

Nervios lumbares: existen 5 pares llamados L1 a L5

Nervios sacros: existen 5 pares, denominados S1 a S5

Nervios coccígeos: existe un par

La médula espinal transmite los impulsos ascendentes hacia el cerebro y los impulsos descendentes desde el cerebro hacia el resto del cuerpo. Transmite la información que le llega desde los nervios periféricos procedentes de distintas regiones corporales, hasta los centros superiores. El propio cerebro actúa sobre la médula enviando impulsos. La médula espinal también transmite impulsos a los músculos, los vasos sanguíneos y las glándulas a través de los nervios que salen de ella, bien en respuesta a un estímulo recibido, o bien en respuesta a señales procedentes de centros superiores del sistema nervioso central.

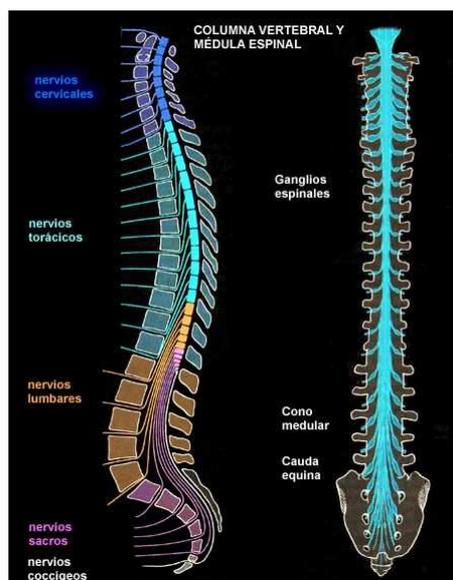


Imagen de la Medula Espinal⁷



CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.1.- Características Clínicas del Síndrome de Asperger:

Deficiencia en la interacción social y sus funciones afectivas ¹¹

- Falta de sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas
- Incapacidad para tener en cuenta lo que otra persona sabe
- Incapacidad para hacer amigos "leyendo" y respondiendo a intenciones
- incapacidad de detectar el sentido figurado de la frase de una persona
- Incapacidad para comprender malentendidos ¹⁴



Paciente con Deficiencia en la interacción social ⁸

Se encuentran cuatro grupos de niños relacionados al Síndrome de Asperger:

- El grupo de los aislados: se comportan como si los demás no existieran, son indiferentes hacia sus compañeros de juego de grupo o de la escuela, no muestran interés o sentimientos si sufren o están tristes, tampoco placer



- El grupo de los pasivos: no están completamente apartados de los demás, aceptan las aproximaciones sociales y no se alejan, pero no inician la interacción social, tienen contacto visual pobre.
- El grupo “activo pero extraño”: realizan aproximaciones activas a otras personas, pero lo hacen de una forma, unidireccional para pedir algo o para continuar una y otra vez con las cosas que le interesan, tienen un contacto visual escaso. Se pueden volver difíciles y agresivos si no se les presta la atención que exigen
- El grupo hiperformal, pedante: no se observa hasta el final de la adolescencia y en la vida adulta, son excesivamente educados y formales en su conducta ¹²

Deficiencia en la comunicación:

- Comunicación no verbal: pueden tener pocas expresiones faciales aparte de cólera o miseria y la comprensión de dichas expresiones también son pobres, los gestos pueden ser torpes y exagerados. ¹¹
- La utilización, en la forma de hablar: las dificultades varían según la gravedad, la repetición de las palabras pueden tener poco sentido y a este eco vacío, como un loro se le llama “ecolalia”. Algunos niños repiten las palabras o frases que han oído en su pasado a esto se le llama “ecolalia retardada”
- La comprensión del lenguaje: puede estar limitada dicha comprensión a los nombres de objetos familiares o a las instrucciones sencillas, independientemente de lo aceptable que parezca su lenguaje, es la



interpretación literal. También tienen poca o ninguna comprensión de los chistes que se basan en la ambigüedad del lenguaje.

- La entonación y control de voz: tienen una entonación extraña, que pueden ser monótono o de inflexiones inadecuadas. Algunos utilizan, ocasionalmente una voz especial diferente de la suya normal.¹³

En contraste con el trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos por ejemplo, se utilizan palabras simples a los 2 años de edad y frases comunicativas a los 3 años de edad.¹²

Deficiencia en la imaginación:

No desarrollan los juegos y actividades que tienen relación con la imaginación. Los placeres de la imaginación creativa de la niñez les está negada.¹¹

Actividades estereotipadas repetitivas:

Es el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas que les proporcionan placer.

- Actividades repetitivas simples: (sensaciones repetitivas) como tocar, oler, sentir, golpear, escuchar ruidos. Una conducta de este tipo es una respuesta al estado de malestar, rabia o frustración, estas actividades se dan principalmente en niños pequeños.

- Actividades repetitivas más elaboradas: (actividades elaboradas) toman con frecuencia la forma de fascinación por temas especiales, como los horarios de trenes, los dinosaurios, el clima, la astronomía, los personajes de ciencia ficción.

Además, no se observa retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la



edad del sujeto, el comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

Movimientos:

- Estereotipados: algunos se podrían clasificar como simples actividades repetitivas llevadas a cabo para obtener sensaciones, pero otros parecen ser el resultado de una excitación generalizada de todo el cuerpo.¹²

- Anomalías en el modo de andar y en la postura; casi todos los niños son inmaduros en la forma de moverse. Algunos de los niños tienen dificultades para aprender a masticar, los trozos de los alimentos debido a la dificultad para coordinar los músculos encargados de masticar, hay que darles la comida triturada durante mucho más tiempo de lo normal

Pueden retrasarse las etapas del desarrollo motor, observándose frecuentemente torpeza motora.



Paciente que presenta movimientos repetitivos⁹



CAPÍTULO IV. DIAGNOSTICO

4.1 -Diagnostico:

En cuanto al diagnóstico la mayoría de los niños tienen un aspecto normal. Aun no se han desarrollado pruebas que se puedan utilizar para efectuar dicho diagnóstico: Entre ellos se encuentran análisis de sangre, rayos X, exploración minuciosa del cerebro, electroencefalogramas y otras pruebas físicas.¹⁵

Tomando en cuenta que los trastornos del espectro autista se pueden presentar junto a cualquier nivel de inteligencia general, desde una discapacidad profunda hasta un nivel bastante superior a la media

Se puede dar a la vez de cualquier otra discapacidad física o trastorno del desarrollo. Con la edad puede producir cambios en el patrón de conducta y la educación afecta dicho patrón.¹²

Las pruebas psicológicas, incluidos los test de la “Teoría de la mente “ Se efectúan para identificar los patrones de conducta, en los últimos años las investigaciones respecto a la teoría de la mente se centran en *identificar los déficit neurológicos (lesiones bilaterales)* la calidad de interacciones sociales se lleva a cabo:

*Estudio respecto a la **expresión** de las emociones*¹⁶

Uno de los pioneros en el estudio del reconocimiento de emociones ha sido Harris (psicólogo) quien indica que los niños “normales” con edades entre 3 y 4 ya conocen ciertos estados emocionales.

Sin embargo para Barrios (psicólogo) la génesis y expresión de las emociones indican:



- Al primer mes de vida, los niños expresan dos emociones básicas: agrado y desagrado.
- Entre tres y cuatro meses se aprecia una proliferación de la expresión de las emociones: miedo, ira, tristeza, sorpresa, placer y rabia.
- A los dos años aparecían las emociones de orgullo, vergüenza, celos, culpa y desconfianza
- A los cinco años el niño tiene la misma configuración emocional que un adulto

*Estudio respecto al **reconocimiento e interpretación** de emociones ajenas:*

- Entre tres y cuatro meses son capaces de distinguir las emociones de los adultos, indican que se centra en la expresión de la cara, fundamentalmente de la madre, y dentro de la cara al parecer el mejor indicador facial sería la boca
- A partir de los seis meses son capaces de distinguir el tono de voz
- La expresión facial de la madre ayuda a regular la conducta en niños de nueve y doce meses.

En la actualidad los criterios para el diagnóstico se localizan en el *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales* en el apartado F84.5, los criterios son los siguientes: ⁴

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestado al menos por dos de las siguientes características:

- 1.- importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto visual, expresión facial, postura corporal y gestos reguladores de la interacción social
- 2.- incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel del desarrollo del sujeto



3.- ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, interés y objetivos con otra persona

4.- Ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos por dos de las siguientes características:

1.- Preocupación absorbente por uno o mas patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, o sea por su objetivo

2.- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

3.- Acciones estereotipados y repetitivos

4.- Preocupación persistente por parte de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo por parte de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamientos adaptativo y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia



Niños en relación social ¹⁰



4.2 .- Auxiliares de diagnóstico específicos para la detección del Síndrome de Asperger :

A continuación se indican tres instrumentos de detección (tests) utilizados actualmente para detectar alumnos que puedan presentar el síndrome de Asperger. Estos cuestionarios pueden ser utilizados por profesionales no especializados en el diagnóstico de trastornos del desarrollo. Los alumnos así detectados se remitirán una exploración más profunda y completa.

- Entrevista para el Diagnóstico del Síndrome de Asperger E.D.S.A (Gillberg y cols, 2001):

- Cuestionario de 20 preguntas dicotómicas.
- Dirigido a recoger información de niños de más de 6 años.
- Se basa en los criterios de Gillberg. ¹⁷ Anexo. 1

- La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger E.D.S.A. (Attwood, 1998)

- Diseñado para identificar las habilidades sociales y emocionales, la comunicación, las habilidades cognitivas, los intereses específicos, las habilidades motoras y otras características que pueden ser indicativas del Síndrome de Asperger en niños durante sus primeros años escolares.
- Cuestionario de 24 preguntas para aplicar a padres o profesores que se puntúan de 0 a 6 (el 0 representa el nivel ordinario que se espera de un niño de esta edad), más un cuestionario adicional de 10 preguntas de sí o no sobre características conductuales.

Valoración: Si se responde sí a la mayoría de las preguntas de la escala y la mayoría de las puntuaciones están entre 2 y 6 (es decir, visiblemente por encima del nivel normal), se debe remitir al niño a una evaluación diagnóstica. ¹⁸ Anexo 2



- El Test Infantil del Síndrome de Asperger T.I.S.A. (Scott, Baron-Cohen, Bolton, Brayne, 2002).
 - Diseñado para evaluar las áreas de socialización, comunicación, juego, intereses y patrones de conducta repetitiva.
 - Cuestionario de 37 preguntas dicotómicas (más otras dos, en su caso) para aplicar a padres o profesores.
 - Dirigido a recoger información sobre niños de 4 a 11 años.
 - Se basa en los criterios DSM-IV, CIE-10 y ASSD
 - Valoración:
 - Cada ítem se valora como 0 ó 1.
 - De los 37 ítems, sólo se tienen en cuenta 31. Por lo tanto, la máxima puntuación es 31.
 - Los otros 6 ítems tienen una función de control respecto al desarrollo general del niño. Son los numerados como 3, 4, 12, 22, 26 y 33.
 - Si la puntuación total del cuestionario es de 15 o superior, es muy posible que el niño presente un trastorno del espectro autista, por lo que se debe remitir a una evaluación diagnóstica ¹⁹ Anexo 3



Doctor realizando revisión medica ¹¹



4.3 .- Evaluación de diagnóstico:

El proceso de evaluación diagnóstica se desarrolla en varias fases:

Primera fase: entrevista de diagnóstico.

- Elaborar la historia detallada del desarrollo del niño.
- Valoración del desarrollo del niño en las áreas de la interacción social, el lenguaje y la comunicación, juego y patrones de conducta del niño desde una perspectiva evolutiva.²⁰

Segunda fase: evaluación psicológica.

- Obtener un índice de la capacidad intelectual
- Obtener un índice de las habilidades del lenguaje expresivo y receptivo.
- Obtener información acerca de las habilidades pragmáticas de comunicación.
- Obtener información sobre el juego.

Tercera fase: Observación estructurada en la clínica y en el ambiente natural del colegio u hogar.

- Obtener evidencia empírica acerca de las anomalías conductuales del niño en su ambiente natural.

Cuarta fase: Administración de pruebas adicionales:

- Tests de Teoría de la Mente
- Tests de la función ejecutiva.
- Tests de competencia motora



4.4 .- Etapas de diagnóstico:

Detección temprana:

Cuando los padres manifiestan sospechas y preocupación respecto a la evolución de su hijo, suelen estar en lo cierto. Este sería el primer signo de alarma , la preocupación de los padres centrada principalmente en tres aspectos: retraso en el habla o el lenguaje, problemas en el desarrollo social y el desfase respecto a la evolución de otros hermanos. Lo que no implica que cuando los padres consideren completamente “normal” la evolución de su hijo, ésta lo sea. ^{21,15}

Preocupaciones sobre la comunicación:

- No responde a su nombre
- No puede decirme lo que quiere.
- Lenguaje retrasado
- No sigue instrucciones.
- Parece sordo a veces.
- Parece oír algunas veces, pero otras no.
- No señala ni dice adiós con la mano.
- Solía usar unas pocas palabras, pero ya no las dice.

Preocupaciones sobre el aspecto social:

- No sonríe socialmente.
- Parece preferir jugar solo.
- Consigue las cosas por sí mismo (no pide ayuda).
- Es muy independiente
- Hace las cosas “precozmente”.
- Tiene pobre contacto ocular.
- Está en su propio mundo.

Detección, diagnóstico y evaluación



Preocupaciones sobre la conducta:

- Rabieta.
- Es hiperactivo, no cooperador, opositor.
- No sabe cómo jugar con los juguetes.
- Se queda “enganchado” con los objetos una y otra vez.
- Anda de puntillas.
- Tiene un cariño extraño por algún objeto.
- Pone los objetos en fila.
- Es hipersensible con ciertas texturas o sonidos.
- Tiene patrones de movimiento raros

Es en este nivel donde se aplica el cuestionario **C.A.** Cuestionario para el autismo en niños pequeños (Baron-Cohen y cols, 1992, 1996, 2000) que se utiliza para determinar posibles casos de niños con autismo en la exploración evolutiva rutinaria de los 18 meses por parte de Médicos de Familia o Pediatras. ²² Anexo 4

El otro gran ámbito de detección es la escuela. En este proceso la información aportada por el profesorado es fundamental. Los maestros, y profesionales en general también expresan sus sospechas y preocupaciones en términos muy similares a las manifestadas por los padres. Como primer recurso de detección en el medio escolar, que se puede utilizar es el Cuestionario para la detección de alumnos y alumnas con trastornos del espectro autista, dirigido al profesorado, que aparece en la “Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con trastornos del espectro autista”, elaborada por la Asociación Autismo Andalucía y editada por la Consejería de Educación y Ciencia (Sevilla, 2001) ²³ Anexo 5



Índices de Alerta:

Los resultados del estudio realizado sobre una población de 28 niños/as, indican que es posible reconocer el autismo en la primera infancia (Gillbert, Ehlers, Asuman et al, 1990).²¹

* Mirada fija: evitación del contacto ocular suele estar incluido como una característica de los niños con Autismo. El bebé con Autismo suele tener una mirada corta y “de reojo”.

* Audición: Las peculiaridades en la audición parecen ser especialmente significativas. En muchos casos, da la impresión de que son niños sordos. Pueden no mostrar la más mínima reacción ante un ruido o sonido fuerte que llamaría la atención a cualquier otro niño, mientras que a la vez parecen especialmente sensibles a otros sonidos (por ejemplo, no volver la cabeza ante un golpe de tambor, pero si hacerlo al arrugar un papel). Además, se pueden quedar fascinados por algunos sonidos (por ejemplo, el chirrido de una puerta, el movimiento de alguna parte de un juguete), mientras que otros pueden provocarles gran angustia (por ejemplo, el sonido de un silbato).

Esto puede estar relacionado con una falta de interés por lo que les rodea, pero hay indicadores de que podría tratarse de una percepción auditiva con características diferentes.

* Desarrollo social y juego: Los bebés con autismo no muestran interés por los juegos interactivos con los padres, que precisamente son muy motivantes para los niños de esa edad. Tampoco intentan compartir actividades con los adultos.



CAPÍTULO V. ETAPAS DE LA VIDA

5.1 - Características en etapas de la vida:

5.2 .- En la **niñez** es frecuente que los problemas y las necesidades de los que comienzan hablar a la edad habitual y que desarrollan normalmente el autocuidado y las habilidades prácticas no se detectan hasta que se presentan problemas importantes en la escuela, muchos no se diagnostican hasta la adolescencia o la vida adulta.

Los niños con síndrome de Asperger tienen deficiencias en la comprensión de la naturaleza de la interacción social, son incapaces de utilizar un buen lenguaje para una verdadera comunicación recíproca y son rígidos y repetitivos en la imaginación y en su patrón de actividades.

Existen diversos problemas en el hogar ya que estos niños tienen un temperamento amable y dócil, no les preocupan las consecuencias de sus actos. Esta misma ingenuidad les lleva a veces a tener dificultades en la escuela, la negativa obstinada del niño de hacer cualquier cosa que no le interese y sus costumbres es decir exactamente lo que piensa se puede interpretar fácilmente como una desobediencia.^{27,28}

5.3 - En la **adolescencia** puede traer consigo un periodo de alteración de la conducta para algunos, aunque para otros puede ser el momento en el que se acelera el proceso.

Los problemas que se producen tienden a estar relacionados con cuatro aspectos:

El deseo de la independencia: quieren con frecuencia la misma libertad que sus compañeros aunque ellos sean ingenuos, inmaduros y nada adaptativos. Lo ideal sería enseñar las normas de una conducta sensata que pueda permitir cierto grado de libertad.^{27,7}



La conciencia de discapacidad: los niños no son conscientes de dicha discapacidad, ciertamente sienten una inquietud intensa cuando el entorno les frustra y les confunde. En la adolescencia pueden tener una gran intuición, lo que puede expresarlo a su modo. La respuesta para desarrollar esta comprensión varía dependiendo de una personalidad y el temperamento de cada individuo .

Algunos la aceptan sin angustiarse, algunos se vuelven tristes y deprimidos y otros intentan negar que tienen un problema. Cual sea la reacción que tome el niño ante la situación que está pasando necesitan el apoyo de su familia y de otras personas que tienen contacto estrecho. Para mejorar su autoestima se debe estimular y festejar sus habilidades positivas.

Las amistades y las relaciones sexuales: Frecuentemente tienen una capacidad limitada para comprender el significado y la naturaleza de la amistad, si hay un interés concreto por los aspectos físicos de sexo es especialmente importante enseñar las normas de la conducta adecuada en este aspecto de la vida y establecer todo el control posible.¹²

La presión de los exámenes: muchos adolescentes siguen el plan de estudio nacional en escuelas ordinarias o especiales, cuando comienzan la preparación de los exámenes , algunos experimentan un alto nivel de estrés , esto hace que abandonen la escuela.

Existe una serie de dificultades que aparecen durante la adolescencia:

- Inmadurez emocional
- Reacciones emocionales desproporcionadas y poco ajustadas a la situación
- Interés inmaduro y poco acorde con la edad



- Mayor conciencia de diferencia
- Sentimientos de incomprensión y de soledad
- Vulnerabilidad de alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad, estrés.
- Descuido de la higiene y cuidado personal
- Dificultad académica (lentitud, problemas de adaptación a los cambios de horario, profesores, aulas)

Cualidades y aspectos positivos en la etapa de la adolescencia:

- Fuertes valores morales; sinceridad, bondad, defensa de derechos humanos y crítica de la injusticia
- Persistencia en alcanzar sus metas y objetivos
- Gran deseo de superación
- Personalidad sencilla, ingenua y transparente
- Ausencia de malicia y doble intención ²⁷

5.4 - En la vida **adulta** existen principales dificultades que puede darse:

- Problemas para tener amigos o profundizar las relaciones interpersonales, poco éxito en entablar amistades.
- Dificultades para el trabajo de equipo, para comprender el mundo mental de los otros y el propio, incapacidad para entender normas sociales que le ayuden a regular su conducta
- Problemas para detectar emociones y sentimientos ajenos y dificultad para expresar los suyos

Ansiedad y depresión

Problemas para tomar decisiones.

A pesar de sus problemas son capaces de generar estrategias alternativas para manejarse en el mundo social

Suelen ser nobles y dicen en cada momento lo que piensan

Suelen ser perfeccionista a la hora de cada tarea. ¹²



5.5 Entorno familiar:

Las personas con Síndrome de Asperger significa un desafío para su entorno; por las dificultades que presenta en la creación de vínculos afectivos y relaciones con la familia, con la comunidad y con los amigos.

En aquellos que se llega a producir un diagnóstico erróneo o tardío se pueden establecer dos etapas básicas en la evolución de la respuesta de la familia:

a.- la primera etapa este tiempo que transcurre desde que de forma paulatina va manifestándose un conjunto de actitudes en la interacción de su hijo con el mundo. Antes de conocer la causa y nombre se va a caracterizar por una confusión, ansiedad (por no saber solucionar los problemas de capacidades de su hijo), frustración y culpa.³

En estos momentos previos diversas actitudes son posibles en los padres: Sobreprotección, intervenciones terapéuticas inadecuadas, ignorar el problema, seguir el diagnóstico más favorable.

b. la segunda etapa se inicia con la aceptación del diagnóstico, que implica para la familia una serie de secuencia de diversa índole.

Descanso; posibilidad de planificar la intervención educativa y el futuro, explicación adecuada a la curiosidad e interés de los demás, justificación o queja de los demás por el comportamiento del niño.¹²

Los hermanos sufren el estrés, debido a la imprevisibilidad de las necesidades futuras de su hermano en las que anticipan que van a desempeñar un papel importante.

Una vez aceptado el diagnóstico suele pasar lo siguientes:

- ◆ Minimización o negación del problema
- ◆ Ira y búsqueda de culpa
- ◆ Etapa de depresión o diversos estados de ansiedad



- ◆ Aceptación y Búsqueda activa de soluciones, recursos y servicios.

Todo ello se traduce en cambios para la unidad familiar.

En cuanto a la actuación frente al problema, a veces va desencadenar conflictos entre la pareja o con los familiares cercanos:

- ◆ Se disminuye la atención a otros hijos.
- ◆ Se produce un rechazo a tener mas hijos
- ◆ Cambia la dinámica de la pareja en cuanto las relaciones y roles.
- ◆ Cambios de residencia y hábitos de la familia. Horarios de sueño, sexualidad, actividades de ocio etcétera.
- ◆ Reajuste de las expectativas respecto a su hijo. (29)

Un estudio llevado a cabo por Pilar Martín (Psicóloga) sobre factores generadores de estrés familiar menciona lo siguiente:

- ◆ La atribución de los comportamientos anómalos a factores ambientales o causas externas irrelevantes
- ◆ La ambigüedad del síndrome: apariencia física armoniosa y adecuada inteligencia, pero severa incapacidad social.(3)



Ilustración de la familia ¹²



CAPÍTULO VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

6.1 - Diagnóstico diferencial:

Es posible encontrar a las personas en las fronteras de síndrome de Asperger en quien el diagnóstico es particularmente difícil. Considerando que el caso típico puede reconocerse con facilidad por aquéllos con experiencia en el campo, en práctica se encuentra que el síndrome obscurece en normalidad excéntrica, y en ciertos otros cuadros clínicos. El diagnóstico tiene que ser basado en la historia de desarrollo completa y el cuadro clínico presentando, y no en la presencia o ausencia de cualquier artículo individual.²⁴

6.2- Personalidad Esquizoide:

Es una condición psiquiátrica caracterizada por un patrón vitalicio de indiferencia hacia los demás y de aislamiento social. Los trastornos de personalidad son patrones de relaciones y comportamientos crónicos que interfieren con la vida de una persona durante muchos años. La causa del trastorno esquizoide de la personalidad se desconoce y se estima que su incidencia varía.



Imagen relacionada a la enfermedad Esquizoide de la Personalidad¹³



Este trastorno puede estar asociado con esquizofrenia y comparte con ésta muchos de los factores de riesgo comunes. Sin embargo, este trastorno no es tan profundamente incapacitante como la esquizofrenia, ya que no está caracterizado por alucinaciones, delirios ni la desconexión completa de la realidad que se presenta en los casos de esquizofrenia que no se han tratado o que son resistentes al tratamiento ²⁵

Una persona con trastorno esquizoide de la personalidad:

- No desea ni disfruta de relaciones cercanas, incluso con miembros de la familia.
- Evita las actividades sociales que involucren contacto interpersonal significativo.
- Se manifiesta distante y desconectada.

6.3 .- Esquizofrenia:

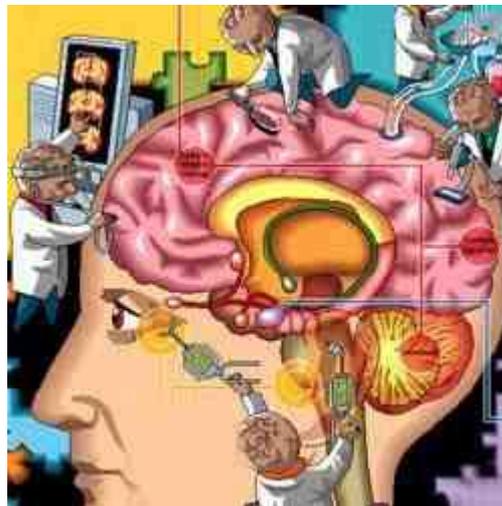
Las características de la esquizofrenia como aislamiento social y desorden del discurso, podría confundirse incluso con el síndrome de Asperger.

La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida, las personas que la tienen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes. En los hombres, los síntomas suelen comenzar casi al final de la adolescencia y a partir de los 25 años de edad. Incluyen alucinaciones, o ver cosas, y los delirios, tales como escuchar voces. En las mujeres generalmente comienzan entre los 25 y los 35 años de edad. Otros síntomas pueden incluir:



- Pensamientos o percepciones fuera de lo común
- Trastornos del movimiento
- Dificultades para hablar y expresar sus emociones
- Problemas de atención, memoria y organización

Nadie sabe con seguridad cuál es la causa de la esquizofrenia, pero la constitución genética y la química cerebral probablemente tienen alguna influencia. Durante el examen clínico es necesario ser consciente que está dañado la comprensión de lo abstracto o los conceptos poco familiares.^{25,1}



www.ocvive.com/salud_y_familia/newswires

6.4 .- Condiciones afectivas

La quietud, retiro social, y falta de expresión facial en el síndrome de Asperger podría hacer pensar en una enfermedad de *depresión* . Sin embargo la timidez y dolor cuando se encuentran lejos de los ambientes familiares podría sospecharse de un claro problema de *ansiedad*.²⁶



6.5 - Síndrome de Guilles de la Tourette (ST)

Lo que define el Síndrome o Trastorno de Tourette es la presencia de tics, que son movimientos involuntarios (tics motores) o sonidos (tics fónicos o vocales) semivoluntarios, que pueden ser simples o complejos, para el diagnóstico del Síndrome de Tourette es necesario que durante un año hayan ocurrido dos o más tics motores y uno o más tics fónicos, y que la mayor parte del tiempo el paciente haya tenido algún tic, pero con frecuencia se asocia a conductas compulsivas, que son muy frecuentes y que en una minoría de los casos llegan a constituir el Trastorno Obsesivo-Compulsivo; a problemas de aprendizaje; a ansiedad o depresión, entre otros.¹

6.6 . Síndrome de Rett:

Síndrome muy extraño descrito hasta la fecha únicamente en niñas , después de unos pocos meses de desarrollo aparentemente normal la niña pierde gradualmente la capacidad de utilizar las manos para mantener y manipular objetos. Se puede producir una curvatura de la columna vertebral, presenta respiración acelerada, el pasar el aire y el rechinar los dientes. Con aparición de problemas con frecuencia de ansiedad y se aíslan socialmente, existe poco o ningún desarrollo del lenguaje y no realiza juegos imitativos sociales. ^{1,26}



Paciente que presenta Síndrome de Rett ¹³



6.7 . Diferencias entre Síndrome de Asperger y Autismo Típico de Kanner:

Síndrome de Asperger:

- Un coeficiente intelectual por encima de lo normal
- El diagnóstico se realiza después de los tres años
- La aparición del lenguaje en tiempo normal
- Gramática y vocabulario por encima del promedio
- Hay Interés general en las relaciones sociales, desean tener amigos y se sienten frustrados, por sus dificultades sociales
- Torpeza general
- Interés obsesivo de alto nivel
- Los padres detectan problemas alrededor de los dos años y medio
- Problemas de lenguaje en socialización y en la conducta

Autismo típico de Kanner:

- Presenta coeficiente intelectual por debajo de lo normal
- El diagnóstico se realiza antes de los tres años
- Hay retraso en la aparición del lenguaje
- La gramática y el vocabulario son limitados
- Hay desinterés general en las relaciones sociales.
- Un tercio de pacientes presentan convulsiones
- Desarrollo físico normal
- Los padres detectan problemas alrededor de los dieciocho meses de edad ²⁸



CAPÍTULO VII. ATENCIÓN PROFESIONAL

7.1 .- Función del profesional:

La mayoría de los profesionales están interesados en ayudar y deseosos de hacerlo, en el Síndrome de Asperger se lleva a cabo una atención multidisciplinaria.

7.2 .- **El médico familiar** es frecuentemente la primera persona a la que se dirigen los padres cuando están preocupados por que algo anda mal. Aunque la mayoría de los médicos de familia no sean expertos en los reconocimientos de los trastornos del desarrollo, pueden escuchar a los padres, valorar su preocupación y canalizarlos a alguien con el conocimiento especializado.¹²

7.3 .- Los **psicólogos escolares** se ocupan de la evaluación de los niños que tienen dificultades de aprendizaje en la escuela, su papel incluye orientar a los profesores sobre programas educativos especiales. Los profesores tienen la tarea de poner en práctica en el aula todas las recomendaciones. También tienen que trabajar estrechamente unidos a los padres y a otros profesionales involucrados, precisan formación, experiencia y una comprensión compasiva de los niños.¹⁵

7.4 .- La **atención odontológica**: Ya que estos niños pueden ser incapaces de tener una adecuada limpieza dental, teniendo en cuenta que es posible que consuman solamente alimentos blandos o dulces y que exija una gran cantidad de líquidos, por consecuencia presentan, enfermedades en encías (gingivitis, periodontitis) y la presencia de caries. Teniendo en cuenta que en ocasiones los abscesos dentales se pueden presentar sin ningún signo.¹¹.

Las medidas preventivas son importantes en estos pacientes ya que podemos evitar alterarlos con tratamientos complicados. Una de las medidas preventivas son las técnicas de cepillada y la aplicación tópica de fluoruro.



Existen algunos lineamientos para la ayuda de la conducta del paciente con Síndrome de Asperger , entre las técnicas utilizadas encontramos: Métodos restrictivos y no restrictivos: ³²

- ◆ Decir-mostrar-hacer
- ◆ Reforzamiento
- ◆ Relajación (juguete u objeto durante el tratamiento)
- ◆ Sedición
- ◆ Mano sobre boca

De los cuales los métodos restrictivos fueron menos aceptados y de esto prefirieron los de restricción física o sedición.



Revisión dental ¹⁵



Doctores para la revisión interdisciplinaria¹⁶



CAPÍTULO VIII. TRATAMIENTO

8.1 .- Tratamiento:

No existe tratamiento para el Síndrome de Asperger. Sin embargo existe una serie de medicamentos paliativos:

Antidepresivo: son ampliamente prescritos en psiquiatría infantil, cuadros depresivos y trastornos ansiosos.

Indicaciones:

Depresión; (fluoxetina) dosis de 0.5 a 1.0 mg/kg/día en una sola toma

Trastorno ansioso: en dosis totales de 0.5 a 1.0 mg/kg/día teniendo la precaución de aumentar muy lentamente, iniciando con dosis muy bajas.

Presentación:

Fluoxetina; comprimidos y capsulas de 20mg; Jarabe 20mg/ 5 mL

Efectos adversos: sedación, inquietud motora, insomnio, erupciones, nauseas, diarrea.

Precauciones: se debe ser muy cauteloso en el aumento de la dosis, ya que puede haber agravamiento de los síntomas ansiosos. Uso solo desde los 6 años de edad.



www.normon.es



Fármacos de efecto ansiolítico.

Bezodiacepinas; Son potentes ansiolíticos, y cumplen un importante papel en el manejo de los cuadros ansiosos severos.

Trastorno ansioso: Clonazepan 0,04 mg/Kg/ dia cada 12-24 horas

Presentación

Clonazepan; comprimidos de 0.5 y 2 mg , gotas de 2.5 mg/mL

Efectos adversos: Somnolencia, mareos, debilitación. Edad mínima para su uso, lactantes

Antipsicóticos: tienen como indicación principal, psicosis, control de agresividad e impulsividad en el trastorno disocial, y trastornos del desarrollo

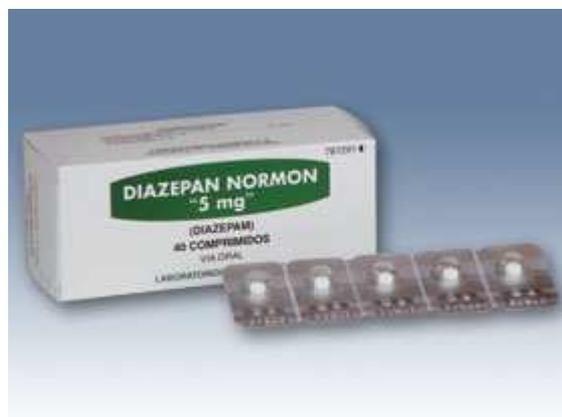
Indicaciones:

Clorpromazina: 0.5-6mg /kg/ dia
cada 8 a 12 horas oral

Presentación:

Comprimidos de 25 mg ,50mg y 100mg , gotas 1mg/gota

Edad mínima de uso 6 meses



www.normon.es



8.2. Tratamientos alternativos;

La Fisioterapia y los programas de ejercicio físico pueden ser una ayuda para los problemas de coordinación motriz. ¹² La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la fisioterapia como: "El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, a través de calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad.

Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución. Por su parte, la Confederación Mundial por la Fisioterapia (WCPT) en 1967 define a la Fisioterapia desde dos puntos de vista:

Desde el aspecto relacional o externo, como "uno de los pilares básicos de la terapéutica, de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la Farmacología, la Cirugía, la Psicoterapia y la Fisioterapia"

Desde el aspecto sustancial o interno, como "Arte y Ciencia del Tratamiento Físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptar a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico" ³⁰



Fisioterapia



8.3 . Músicoterapia:

La músicoterapia puede ser definida como "...un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio", para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social de personas que tienen problemas de salud o educativos.³¹

A quien beneficia la músicoterapia a niños con:

- Dificultades en el aprendizaje
- Problemas de conducta
- Trastornos profundos en el desarrollo (autistas)
- Niños con deficiencia mental
- Con dificultades en la socialización
- Con baja autoestima
- Con trastornos médicos crónicos y/o degenerativos (cáncer, cardiopatías, problemas de dolor.

La músicoterapia le permite a las personas:

- Explorar sus sentimientos
- Hacer cambios positivos en su estado de ánimo y en su estado emocional
- Desarrollar un sentido de control de sus vidas a través de experiencias de éxito
- Aprender o poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos
- Mejorar las habilidades de socialización.



8.4 . Equinoterapia:

Las terapias con caballos se basan en el aprovechamiento del movimiento tridimensional del caballo por el jinete-paciente, provocándole los estímulos similares a los que realiza el cuerpo humano al camina.

Como la definición es muy amplia, se subdivide la equinoterapia en cuatro áreas o modalidades que utilizan estrategias terapéuticas distintas, dependiendo del grado de afectación del individuo:

Hipoterapia: Dirigida a aquellas personas que por su grave discapacidad física o cognitiva no pueden ejercer prácticamente ninguna acción sobre el caballo.

Equitación Terapéutica: Dirigida a personas que pueden ejercer alguna acción sobre el caballo, ya sea en el momento de la higiene, en el de preparación del material o en el acto mismo de montar a caballo.

Equitación Adaptada: Dirigida a aquellas personas que practican la equitación como una opción lúdica o deportiva, pero que por su discapacidad precisan adaptaciones para acceder al caballo.

Volteo terapéutico: Disciplina ecuestre que consiste en hacer ejercicios de gimnasia sobre el dorso del caballo, se monta solo con una manta y un cinchuelo con asas diseñado para ello.

Desde la medicina se define como: un Método terapéutico y educacional basado en la teoría de la neuroplasticidad, y neurorestauración, que utiliza el caballo como agente curativo o de estimulación, dentro de un abordaje multidisciplinario en las áreas de la salud, educación (psico-educacional) y equitación, con roles bien definidos, programas y propuestas elaboradas secuencialmente; buscando el desarrollo bio-psico-social de personas portadoras de discapacidad y/o con necesidades especiales. (Dr. Carlos Barboza . 2001)



Desde la Psicología se define como una: "Psicoterapia Integrativa supraparadigmática, en estricto rigor sistémica, al integrar a equipos interdisciplinarios, familiares, voluntarios y el Caballo como agentes de cambio, Lo anterior bajo un contexto Humanista, en la cual la característica principal será el cambio de setting terapéutico y los principios el Humanismo, (Burgental); empleando en su intervención directa técnicas cognitivo conductuales, en niños y adultos portadores de alguna discapacidad física o mental con necesidades educativas especiales; Junto a la participación activa de un caballo el cual intervendrá bajo el paradigma Inconsciente como figura transicional de apego (Winnecot) y arquetípica propiamente tal."



Paciente en tratamiento de equinoterapia ¹⁷



9. Conclusiones:

El Síndrome de Asperger presenta características específicas en los niños aun cuando tengan una apariencia normal, tienen alteración en el hemisferio derecho y el Sistema Límbico.

Como se menciona que 3-7 de cada 1000 niños entre 7-16 años pueden presentar este síndrome, y algo muy notable en estos niños es que presentan un coeficiente intelectual por arriba de lo normal.

En la actualidad la etiología aun es desconocida, tomando en cuenta que el diagnóstico se lleva a cabo a través de Test Psicológicos en ayuda de los padres.

El cirujano dentista debe tener el conocimiento para el control del paciente

El tratamiento se enfoca principalmente en la prevención de todos los casos. Las principales recomendaciones es la aplicación de fluoruro, realizar una técnica de cepillado correcta, colocación de selladores de fosetas y fisuras y revisión dental cada 6 meses , tomando en cuenta que las visitas al consultorio deben ser agradables y breves.

Los padres tienen que estar comprometidos para que en el hogar se refuerce la prevención, y tomar en conciencia de la importancia del cuidado bucal. Con la finalidad de que el paciente lleve a cabo su propia higiene bucal



10. Referencias bibliográficas;

- 1.- Hyo Jung Lee, (2007) **“And Intregrated Literature Review on the Adaptive Behavior of Individuals With Asperger Syndrome”**, Vol 28, Pag 132-139
- 2.- Julie Schnur, (2005), **“Asperger Syndrome in Children”**, Vol 17 Pag 302-3008
- 3.- Patti Ant Tryon, (2006) **“Can Asperger’s Disorder Be Differentiated from Autism”**, Vol21. Pag2-6
- 4.- www.health.harvard.edu, Consultada 10/02/08
- 5.- Mario Valdivia **“Manual de Psiquiatría infantil Guía para pediatras y Medico General”** Ed. Mediterraneo, 2002, Santiago de Chile
- 6.- B. J. Freeman, (2002) **“Asperger Syndrome or Autistic Disorder?”**, *Focus on Autism and Other DevelomentalDisabilities*, Vol, 17 ,Pag. 145-151
- 7.- [http//www.asperger.es](http://www.asperger.es), Consultada 23/01/08
- 8.- Asociación Americana de Psiquiatría. **“DSM IV. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales”**, Ed. Masson, Barcelona, 1996
- 9.- Dr. José Segura Nava **“Neuroanatomía Funcional Síndromes Neurológicos”** Editorial. Impresiones Modernas, *Edi. 8ª*
- 10.- Richard S. Snell **“Neuroanatomía Clínica”** Editorial, Medica Panamericana Ed. 5ª
- 11.- Attood, T, **“El síndrome de Asperger”** Ed. Paidós, Barcelona, 2002
- 12.-Lorna Wing **“El autismo en niños y Adultos, Una guía para la familia”** Ed. Paidos, Barcelona 1998
- 13.- Brenda Smith, (2002) **“Asperger Syndrome: An Overview of Characteristics”** Vol, 17 Num 3 Pag. 132-137
- 14.- Daniel Valdez (2001), **“Teoría de la Mente y Espectro Autista”**, Buenos Aires
- 15.- Martín Borreguero, P. **“El Síndrome de Asperger : ¿ Excentricidad o discapacidad social?”**, Ed. Alianza, Madrid, 2004



- 16.- Maria Jesús Marín García (2006) **“Toma de Perspectiva y Teoría de la Mente: Aspectos Conceptuales y Empíricos. Una propuesta Complementaria y Pragmática”**, Vol 29, Num 6, Pag. 5-14
- 17.- Ch.Gillber, **“Entrevista para el diagnóstico del síndrome de Asperger A.S.D.I.”**, 2001
- 18.- Tony Attwood, 1998 **“Escala Australiana para el Síndrome de Asperger, Guía para padres y profesionales”**
- 19.- CAST **“Test infantil del Síndrome de Asperger”**
- 20.- Yale Childs, 2006 **“Autism and Asperger Syndrome: an overview”**, Vol 28
- 21.- José Luís Pedriera, **“Protocolo de Salud Mental Infantil para la atención primaria”**, Ed. Grupo Aran, 1995, España
- 22.- Baron- Cohe y Patricia Howlin 1993 **“El déficit de la Teoría de la mente en autismos : algunos cuestiones para la enseñanza y el diagnóstico”** Revista Siglo cero
- 23.- Autismo Andalucía (Federación Andaluza de Asociaciones de Padres con hijos Autistas) Ed. Consejería de Educación Y Ciencia, Sevilla, 2001
- 24.- David Murphy, 2006 **“Theory of mind in Asperger syndrome, schizophrenia and personality disorder”** Vol 11, Pag 99-111
- 25.- Elizabeth R. Mc Ana Rney **“Medicina del Adolescente”** Ed. Medica Panamericana , 1994, Buenos Aires
- 26.- Ala de Lorna **“Síndrome de Asperger: una cuenta clínica”** Vol 2 Pag 7-12
- 27.- <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health>, Consultada 20/02/08
- 28.- Patricia Howlin, 2006 **“Autismo and Asperger Syndrome”**, Vol 19 Pag 391-397
- 29.- Pedro Lozano **“Implicaciones para la red familiar, de la presencia de Síndrome de Asperger. En uno de sus miembros”** 2005, España Barcelona
- 30.- <http://www.arturosoria.com/fisioterapia/art/first.asp>, Consultada
- 31.- http://www.musicoterapia.com.mx/que_es.html



32.- Sturme y P, Thomsett M, ***“The effects of method of Behaviour management, client characteristics, and outcome on public Perception of intervention acceptability in paediatric dentistry***, 2003, Vol. 31 Pag 169-176.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE IMAGENES:

- 1.- www.autism.org.uk/ Consultada 22-02-08
- 2.- [www.blogalaxia.com /](http://www.blogalaxia.com/)Consultada el 26-03-08
- 3.- fundacionannavazquez.wordpress.com/ Consultada 25-03-08
- 4.- www.mundoanuncio.com/ Consultada 16-.03-08
- 5.- [es.brainexplorer.org /](http://es.brainexplorer.org/) Consultada 10-04-08
- 6.- [scotty.ffclrp.usp.br /](http://scotty.ffclrp.usp.br/) Consultada 8-04-08
- 7.- [www.iqb.es/Neurologia/a005.htm /](http://www.iqb.es/Neurologia/a005.htm) Consultada 1-04-08
- 8.- [www.aetapi.org /](http://www.aetapi.org/) Consultada 10-04-08
- 9.- [blog.enfemenino.com /](http://blog.enfemenino.com/) Consultada 8-03-08
- 10.- [blogs.periodistadigital.com /](http://blogs.periodistadigital.com/) Consultada 11-03-08
- 11.- [news.bbc.co.uk /](http://news.bbc.co.uk/) Consultada 12-03-08
- 12.- [www.kokone.com.mx/tareas/mono/imagen /](http://www.kokone.com.mx/tareas/mono/imagen) Consultada 3-03-08
- 13.- [www.alcione.cl/nuevo/index /](http://www.alcione.cl/nuevo/index) Consultada 10-03-08
- 14.- [www.dreaminze.com /](http://www.dreaminze.com/) Consultada 8-03-08
- 15.- [chilangabanda.com/.../2007/02/dentista.jpg /](http://chilangabanda.com/.../2007/02/dentista.jpg) Consultada el 26-03-08
- 16.- sanmartinpasto.blogspot.com/ Consultada 2-04-08
- 17.- [www.ladiscapacidad.com/images/ascopar1.jpg//](http://www.ladiscapacidad.com/images/ascopar1.jpg) Consultada 2-04-08



11. ANEXOS; ANEXO 1

ENTREVISTA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ASPERGER A.S.D.I. (The Asperger Syndrome Diagnostic Interview) Ch. Gillberg, C. Gillberg, M. Rastam y E. Wentz (2001) 1,2

Nombre de la persona evaluada: Fecha de nacimiento:

Edad en el momento de la evaluación:

Nombre del informante y relación con la persona evaluada:

Evaluador/a:

Fecha de la entrevista:

NOTA DE LOS AUTORES

Esta escala va dirigida a clínicos familiarizados con el síndrome de Asperger y otros trastornos del espectro autista, aunque no se precisa un nivel de "experto". La escala está basada en la búsqueda, de modo que se espera que quien evalúa puntúe cada ítem sólo después de asegurarse que ha recabado suficiente información como para poder hacer una valoración cualificada. Las 20 áreas incluidas en la lista deben explorarse en detalle. Antes de asignar las puntuaciones, los informantes deben aportar ejemplos de las conductas. En la medida de lo posible, las preguntas deben ser leídas a los informantes tal como están escritas, aunque ocasionalmente puedan parafrasearse ligeramente con el fin de asegurar que todas las áreas funcionales relevantes se cubren adecuadamente.

Puntuaciones: 0 = no es aplicable; 1 = es aplicable en algún grado, o mucho.

Área 1: Alteraciones severas en la interacción social recíproca (egocentrismo extremo)		
1. ¿Tiene dificultades para relacionarse con personas de su edad? Si es así, ¿en qué forma?	0	1
2. ¿Muestra un interés escaso, o parece carecer de interés, por hacer amigos o relacionarse con personas de su edad? Si es así, especifíquelo.	0	1
3. ¿Tiene problemas para apreciar las claves sociales? Por ejemplo, ¿falla a la hora de notar cambios en las conversaciones o interacciones sociales, o no se da cuenta de esos cambios cuando está interactuando con otras personas? Si es así, por favor, descríbalos:	0	1
4. ¿Muestra conductas social o emocionalmente inapropiadas? Si es así, ¿de qué forma/s?	0	1

(Dos o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)



Área 2: Patrón/es de intereses restringidos y absorbentes.

5. ¿Tiene alguna afición o algún interés específico que ocupe la mayoría de su tiempo, o que restrinja claramente su dedicación a otras actividades? Si es así, por favor, coméntelo.	0	1
6. ¿Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos? Si lo hay, por favor, especifíquelo.	0	1
7. Las cosas que le interesan, ¿están más basadas en la memoria mecánica que en un auténtico significado?	0	1

(Una o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)

Área 3: Imposición de rutinas, rituales e intereses.

8. ¿Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crearle problemas a él/ella mismo/a? Si es así, ¿de qué modo?	0	1
9. ¿Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crearle problemas a los demás? Si es así, por favor, descríbalos.	0	1

(Una o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)



Área 4: Peculiaridades del habla y el lenguaje.		
10. Su desarrollo del lenguaje, ¿fue retrasado? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
11. Su lenguaje ¿es "superficialmente perfecto", al margen de que tenga o no problemas de comprensión, u otros problemas lingüísticos? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
12. Su lenguaje, ¿es formal, pedante, o "exageradamente adulto"? Si es así, por favor, descríballo.	0	1
13. ¿Hay alguna característica en su voz (tono, volumen, timbre, entonación, forma de acentuar las palabras, "prosodia", etc.) que Ud. encuentre peculiar o inusual? Si es así, ¿de qué forma?	0	1
14. ¿Tiene problemas de comprensión (incluyendo interpretaciones erróneas de significados literales o implicados? Si es así, ¿qué tipo de problemas?	0	1

(Tres o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)

Área 5: Problemas de comunicación no verbal		
15. ¿Gesticula poco? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
16. Su lenguaje corporal ¿es torpe, desgarrado, desmañado, extraño o inusual? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
17. Sus expresiones faciales, ¿son limitadas o poco variadas? Si es así, descríbalas por favor.	0	1
18. Su expresión general (incluida su expresión facial) ¿resulta a veces inadecuada? Si es así, descríbala por favor,	0	1
19. ¿Su mirada es fija, extraña, peculiar, anormal o rara? Si es así, descríbala, por favor.	0	1

(Una o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)



Área 5: Problemas de comunicación no verbal

20. ¿Se ha observado si tiene un rendimiento bajo en las exploraciones neuroevolutivas, bien en el pasado o en la presente exploración? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
---	---	---

(Puntuación de 1= criterio cumplido)



ANEXO: 2

ESCALA AUSTRALIANA PARA EL SINDROME DE ASPERGER (ASAS).

Nombre: Australian Scale for Asperger's Syndrome. Siglas: ASAS Autor: Tony Attwood Datos de publicación: Attwood, T (1998), Asperger's Síndrome. A Guide for Parents and Professionals, Londres, Kingsley.

El siguiente cuestionario ha sido diseñado para identificar las conductas y habilidades que pueden ser indicativas del Síndrome de Asperger en niños durante sus primeros años escolares. Esta es la edad en la cual son más evidentes las habilidades y modelos inusuales de conducta. Cada pregunta o afirmación tiene una clasificación, en el que el 0 representa el nivel ordinario que se espera de un niño de esta edad.

A. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES		Rara vez					Frecuentemente	
1.	¿Tiene problemas para entender bien cómo jugar con otros niños?. Por ejemplo, no parece consciente de las reglas implícitas a esta interacción social.	0	1	2	3	4	5	6
2.	Cuando tiene tiempo libre para jugar con otros niños, como en la hora del recreo o almuerzo ¿evita el niño el contacto social con los demás?. Por ejemplo, se retira a un sitio apartado o se va a la biblioteca	0	1	2	3	4	5	6
3.	¿Parece no darse cuenta de las convenciones sociales o los códigos de conducta y hace comentarios o realiza acciones inapropiadas? . Por ejemplo, hace un comentario personal a alguien, pero parece no darse cuenta de que el comentario está ofendiendo a la persona.	0	1	2	3	4	5	6
4.	¿Manifiesta una falta de empatía (una comprensión intuitiva de los sentimientos de otra persona)?. Por ejemplo, no se da cuenta de que una disculpa ayudaría a la otra persona a sentirse mejor.	0	1	2	3	4	5	6



5. ¿Parece esperar que la otra gente conozca sus pensamientos, experiencias y opiniones? . Por ejemplo, no se da cuenta de que usted no sabe algo simplemente porque en ese momento no estuvo con él para enterarse.	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Muestra una necesidad excesiva de que se le tranquilice, especialmente, si las cosas marchan mal o se produce algún cambio?.	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Carece de sutileza en la expresión de sus expresiones?. Por ejemplo, exhibe angustia o afecto en un grado desproporcionado con respecto a la situación experimentada.	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Muestra una falta de precisión con respecto a su expresión emocional?. Por ejemplo, no entiende los diferentes niveles de expresión emocional apropiados para gente diferente.	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Le falta interés en participar deportes competitivos, juegos y actividades? 0 significa que el niño disfruta de ellos.	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Es el niño indiferente a la influencia de los compañeros? 0 significa que el niño sigue las últimas modas en, por ejemplo, juguetes o ropas.	0	1	2	3	4	5	6

B. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

	Rara vez						Frecuentemente
11 ¿Interpreta los comentarios de la gente de una forma literal?. Por ejemplo, se muestra confuso con respecto al significado de frases comunes y metáforas como "ponte las pilas", "las miradas matan", "quien no corre vuela".	0	1	2	3	4	5	6
12 ¿Es su tono de voz inusual?. Por ejemplo, el niño parece tener un acento "extranjero" o habla con un tono de voz monótono sin enfatizar las palabras clave de las oraciones.	0	1	2	3	4	5	6
13 Cuando Vd. Habla con él, ¿muestra el niño desinterés en su parte de la conversación?. Por ejemplo, no pregunta o comenta sobre sus ideas u opiniones con respecto al tópico de conversación.	0	1	2	3	4	5	6
14 En el contexto de una conversación ¿ muestra el niño una tendencia a mantener menos contacto visual de lo que cabría esperar?	0	1	2	3	4	5	6
15 ¿Es el lenguaje oral del niño pedante y excesivamente preciso?. Por ejemplo, habla de manera formal o como si fuera un diccionario andante.	0	1	2	3	4	5	6
16 ¿Tiene dificultades para encauzar una conversación que se ha vuelto confusa?. Por ejemplo, cuando el niño está confuso porque no entiende algo no pide aclaraciones, sino simplemente cambia el tema de conversación por un tema familiar o tarda mucho tiempo en responder.	0	1	2	3	4	5	6



C. HABILIDADES COGNITIVAS

	Rara vez						Frecuentemente
17 ¿Lee libros principalmente para obtener información, sin mostrar interés aparente en las obras de ficción?. Por ejemplo, es un ávido lector de enciclopedias y libros de ciencia, pero no le interesan los libros de aventura.	0	1	2	3	4	5	6
18 ¿Tiene el niño una memoria a largo plazo excepcional para los hechos y sucesos?. Por ejemplo, recuerda la matrícula del coche que su vecino tuvo hace algunos años, o recuerda con nitidez escenas acontecidas muchos años atrás.	0	1	2	3	4	5	6
19 ¿Carece el niño de juego social imaginativo?. Por ejemplo, cuando crea juegos imaginativos no incluye a otros niños o se muestra confuso con respecto a los juegos imaginativos de otros niños.	0	1	2	3	4	5	6

D. INTERESES ESPECÍFICOS

	Rara vez						Frecuentemente
20 ¿Está el niño fascinado por algún tema en particular sobre el que recoge ávidamente información o datos estadísticos?. Por ejemplo, el niño se transforma en una enciclopedia andante sobre vehículos, mapas o tablas de clasificación.	0	1	2	3	4	5	6
21 ¿Se enfada el niño excesivamente ante cambios en su rutina o expectativas?. Por ejemplo, se disgusta si se le lleva al colegio por una ruta diferente.	0	1	2	3	4	5	6
22 ¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que debe finalizar?. Por ejemplo, alinea sus juguetes antes de irse a la cama.	0	1	2	3	4	5	6



E. HABILIDADES MOTRICES

	Rara vez						Frecuen- temente
23 ¿Tiene el niño una coordinación motriz deficiente?. Por ejemplo, es/no es muy hábil para coger el balón al vuelo.	0	1	2	3	4	5	6
24 ¿Corre el niño con un paso extraño?.	0	1	2	3	4	5	6

F. OTRAS CARACTERÍSTICAS

Para esta sección, señale si el niño ha mostrado alguna de las siguientes características:

- a. Miedo inusual o sentimientos de angustia a causa de:
 - Sonidos ordinarios, p.ej.: utensilios eléctricos.
 - Roces (caricias) ligeros en la piel o en la cabeza.
 - Llevar puestos algunas prendas de ropa en particular
 - Sonidos no esperados.
 - Ver ciertos objetos
 - Lugares ruidosos y concurridos, p.ej: supermercados
- b. Una tendencia a agitar las manos o a balancearse o a aletear cuando está entusiasmado o nervioso.
- c. Una falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor
- d. Retraso en la adquisición del lenguaje
- e. Muecas inusuales o tics.



ANEXO 3

EL TEST INFANTIL DEL SÍNDROME DE ASPERGER (CAST)

(Reproducido de El Síndrome de Asperger, de P. Martín)

Nombre del niño:.....Edad:.....

Sexo: masculino/femenino:.....

Orden de nacimiento:..... Parto de mellizos o parto único:.....

Nombre de los padres:.....

Profesión de los padres:.....

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se presentan y haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada. Todas las respuestas son confidenciales.

1. ¿Le resulta fácil participar en los juegos con los otros niños?	Sí No
2. ¿Se acerca de una forma espontánea a usted para conversar?	Sí No
3. ¿Comenzó el niño a hablar antes de cumplir los dos años?	Sí No
4. ¿Le gustan los deportes?	Sí No
5. ¿Da el niño importancia al hecho de llevarse bien con otros niños de la misma edad y parecer como ellos?	Sí No
6. ¿Se da cuenta de detalles inusuales que otros niños no observan?	Sí No
7. ¿Tiende a entender las cosas que se le dicen literalmente?	Sí No

8. A la edad de tres años, ¿pasaba mucho tiempo jugando imaginativamente juegos de ficción? Por ejemplo, imaginando que era un superhéroe, u organizando una merienda para sus muñecos de peluche.	Sí No
9. ¿Le gusta hacer las cosas de manera repetida y de la misma forma todo el tiempo?	Sí No
10. ¿Le resulta fácil interactuar con otros niños?	Sí No
11. ¿Es capaz de mantener una conversación recíproca?	Sí No
12. ¿Lee de una forma apropiada para su edad?	Sí No
13. ¿Tiene los mismos Intereses, en general, que los otros niños de su misma edad?	Sí No
14. ¿Tiene algún interés que le mantenga ocupado durante tanto tiempo que el niño no hace otra cosa?	Sí No



15. ¿Tiene amigos y no sólo "conocidos"?	Sí No
16. ¿Le trae a menudo cosas en las que está interesado con la intención de mostrárselas?	Sí No
17. ¿Le gusta bromear?	Sí No
18. ¿Tiene alguna dificultad para entender las reglas del comportamiento educado?	Sí No
19. ¿Parece tener una memoria excepcional para los detalles?	Sí No
20. ¿Es la voz del niño peculiar? (demasiado adulta, aplanada y muy monótona)	Sí No
21. ¿Es la gente importante para él?	Sí No
22. ¿Puede vestirse él sólo?	Sí No
23. ¿Muestra una buena capacidad para esperar turnos en la conversación?	Sí No
24. ¿Juega el niño de forma imaginativa con otros niños y participa en juegos sociales de roles?	Sí No
25. ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o inapropiados socialmente?	Sí No

25. ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o inapropiados socialmente?	Sí No
26. ¿Puede contar hasta cincuenta sin saltarse números?	Sí No
27. ¿Mantiene un contacto visual normal?	Sí No
28. ¿Muestra algún movimiento repetitivo e inusual?	Sí No
29. ¿Es su conducta social muy unilateral y siempre acorde a sus propias reglas y condiciones?	Sí No
30. ¿Utiliza algunas veces los pronombres "tú" y "él/ella" en lugar de "yo"?	Sí No
31. ¿Prefiere las actividades imaginativas como los juegos de ficción y los cuentos en lugar de números o listas de información?	Sí No



32. En una conversación, ¿confunde algunas veces al interlocutor por no haber explicado el asunto del que está hablando?	Sí	No
33. ¿Puede montar en bicicleta (aunque sea con ruedas estabilizadoras)?	Sí	No
34. ¿Intenta imponer sus rutinas sobre sí mismo o sobre los demás de tal forma que causa problemas?	Sí	No
35. ¿Le importa al niño la opinión que el resto del grupo tenga de él?	Sí	No
36. ¿Dirige a menudo la conversación hacia sus temas de interés en lugar de continuar con lo que la otra persona desea hablar?	Sí	No
37. ¿Utiliza frases inusuales o extrañas?	Sí	No
Sección de necesidades especiales		
Por favor, completar cuando sea apropiado		
38. ¿Han expresado sus profesores o profesionales clínicos alguna preocupación acerca de su desarrollo?	Sí	No
39. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez de alguna de las siguientes condiciones?:		
Retraso del lenguaje	Sí	No
Hiperactividad/trastorno hiperkinético	Sí	No
Problemas de oído o visión	Sí	No
Condiciones del espectro autista, incluido síndrome de Asperger	Sí	No
Una discapacidad física	Sí	No
Otros (especifique, por favor)	Sí	No

¹ Versión original publicada en la revista *Autism*, 2001, Vol. 5 (1), pp. 57-66.

² Versión española de Mercedes Belinchón Carmona, para el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (Noviembre de 2001).



ANEXO: 4

CHAT (CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE RIESGO DE AUTISMO A LOS 18 MESES) Autores: Baron-Cohen et al. Extraído del artículo “El déficit de la Teoría de la Mente en autismo: algunas cuestiones para la enseñanza y el diagnóstico” de Baron-Cohen y Patricia Howlin, Revista Siglo Cero, Nov-Dic. 1993

El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la exploración evolutiva rutinaria de los 18 meses por parte de Médicos Generales (MG) o Pediatras. Se tarda alrededor de 20 minutos en completarlo.

Actualmente, el autismo se detecta hacia los 3 años. El estudio llevado a cabo por Baron-Cohen y sus colaboradores en 1992 pretende establecer si es posible detectar el autismo a los 18 meses de edad. Es especialmente importante para aquellos niños de alto riesgo, que tienen hermanos mayores con autismo. Los estudios que han llevado a cabo con dicho instrumento, sugieren que podría detectarse el autismo a esa edad tan temprana observándose déficits en áreas de competencia social, comunicativa

e imaginativa. En concreto el fallo en algunos ítems claves es muy decisivo. Esos ítems son: conducta de señalar protodeclarativa, atención conjunta, interés y compromiso emocional con otros, juego social y juego de ficción

SECCION A: PREGUNTAR AL PADRE / MADRE:

¿Disfruta su hijo al ser mecido, botar en sus rodillas, etc.?	Sí / No
¿Se interesa su hijo por otros niños? (*)	Sí / No
¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	Sí / No
¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras, escondite?	Si / No
¿SIMULA alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas? (*)	Sí / No
¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para PEDIR algo?	Sí / No
¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar INTERES por algo? (*)	Sí / No
¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo coches o bloques), y no sólo llevarselos a la boca, manosearlos o tirarlos?	Si / No
¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*)	Sí / No



SECCION B: OBSERVACION DEL MÉDICO GENERAL O PEDIATRA:

SECCION A: PREGUNTAR AL PADRE / MADRE:	
I. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con Vd. durante la observación?	Sí / No
II. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: "¡OH, mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!" .Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que Vd. está señalando?	Si (1)/ No
III. Consiga la atención del niño, entonces déle una tetera y una taza de juguete y diga "¿Puedes servir una taza de té?" (*)	Sí (2)/ No
IV. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice a la luz? (*)	Si (3)/ No
V. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos? (Número de bloques:)	Sí / No

(*) Indica las preguntas críticas que son las más indicativas de la existencia de rasgos autistas.

1. Para contestar Si en esta pregunta, asegúrese de que el niño no ha mirado sólo su mano, sino que realmente ha mirado el objeto que está Vd. señalando.

2. Si puede lograr un ejemplo de simulación en cualquier otro juego, puntúe Sí en este ítem.

3. Repítalo con "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable, si el niño no entiende la palabra "luz". Para registrar Si en este ítem, el niño debe haber mirado a su cara en torno al momento de señalar. Como se puede ver, este listado examina la presencia de las conductas de juego simulado y atención conjunta, entre otras cosas. El estudio de Baron-Cohen halló que, dentro de un grupo de niños de 18 meses (n=50, edad: 17-21 meses), aleatoriamente seleccionados, mientras algunos carecían del señalar protodeclarativo y algunos carecían de juego simulado, ninguno carecía de ambos a la vez.

La Sección B se ha incluido para que el médico compruebe el comportamiento del niño, en función de las respuestas de los padres dadas en la Sección A



ANEXO: 5
CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE ALUMNOS Y ALUMNAS
CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Extraído de la Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con Trastornos del Espectro autista. Autores: AUTISMO ANDALUCÍA (Federación Andaluza de Asociaciones de Padres con Hijos Autistas). ED.: Consejería de Educación y Ciencia. Dirección General de Orientación Educativa y Solidaridad, Sevilla, 2001.

Nombre y apellidos del alumno o alumna:..... Fecha de nacimiento..... Edad..... Nivel: Ciclo: Etapa.....

Centro educativo:

Por favor, indique si las siguientes afirmaciones se pueden atribuir al alumno o alumna que está observando.

Rodee con un círculo el nivel más adecuado en cada caso.

F: frecuentemente

AM: a menudo

PV: pocas veces

N: nunca

SECCION A: PREGUNTAR AL PADRE / MADRE:		F	AM	PV	N
1	No atiende cuando se le llama. A veces parece sordo.				
2	No señala para enseñar algo que ocurre o está viendo.				
3	No habla o ha dejado de hacerlo.				
4	Su lenguaje es muy repetitivo y poco funcional.				
5	Utiliza a las personas como si fueran instrumentos para lograr lo que desea.				
6	Se comunica generalmente para pedir o rechazar, no para realizar comentarios.				
7	No reacciona ante lo que ocurre a su alrededor.				
8	No muestra interés por la relación con los demás, no pide su atención, a veces los rechaza.				
9	No mira a la cara o a los ojos, sonriendo a la vez.				
10	No se relaciona con los otros niños, no les imita.				
11	No mira hacia donde se le señala.				
12	Usa los juguetes de manera peculiar (girarlos, alinearlos, tirarlos,...).				
13	Ausencia de juego social, simbólico e imaginativo ("hacer como si",...).				
14	Sus juegos son repetitivos.				
15	Alinea u ordena las cosas innecesariamente.				
16	Es muy sensible a ciertas texturas, sonidos, olores o sabores.				
17	Tiene movimientos extraños, repetitivos.				
18	Presenta rabietas o resistencia ante cambios ambientales.				
19	Tiene apego inusual a algunos objetos o a estímulos visuales concretos.				
20	Se ríe o llora sin motivo aparente.				
21	Tiene buenas habilidades visoespaciales.				

En el caso de que el alumno o alumna haya puntuado F ó AM en más de 5 ítems, sería importante ponerse en contacto con el Equipo de Orientación Educativa



PAUTAS PARA LA ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO

Cualquier profesional de la orientación educativa conoce los aspectos teóricos y prácticos, las características, los requisitos, los tipos,... de entrevista como recurso para el diagnóstico. Modelos de entrevista para padres y educadores se encuentran en múltiples manuales, incluso, muchos profesionales han ido elaborando su propio modelo de entrevista para emplear en distintos casos y situaciones. Pero al estudiar a alumnos con posibles trastornos del espectro autista, la entrevista debe recoger, además de los aspectos habituales, determinada información imprescindible para el diagnóstico y la evaluación. Con la intención de facilitar esa tarea, y siguiendo a P. Martín (2004), a continuación se indican cuestiones específicas para utilizar en las entrevistas de diagnóstico de los alumnos sospechosos de padecer el Síndrome de Asperger. Estas preguntas son una referencia que se puede adaptar a cada caso de forma flexible.

A. Historia médica y familiar:

1. Durante el periodo prenatal, ¿experimentó la madre alguna complicación médica importante? ¿Recibió algún tratamiento farmacológico durante los meses de embarazo?
2. Durante el parto, ¿experimentó la madre alguna complicación grave que necesitase intervención médica?
3. Durante los primeros días de vida del bebé, ¿mostró algún problema grave que necesitase de un tratamiento médico específico?
4. Con respecto a la familia del niño, ¿tiene éste algún familiar (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos) que muestre problemas sociales graves, dificultades en el aprendizaje, alteración o retraso del lenguaje o algún trastorno psiquiátrico reconocido?

B. Valoración de los comportamientos del niño durante el período de la infancia temprana: Durante los tres primeros años:

5. ¿Mostró el niño un interés por las otras personas que le rodeaban? Por ejemplo, ¿miraba a la madre frecuentemente cuando ésta le alimentaba o jugaba con él, seguía con la mirada a sus padres y hermanos, se irritaba si se le dejaba sólo en la cuna, se mostraba complacido cuando se le atendía?
6. ¿A qué edad comenzó el bebé a sonreír en respuesta a la sonrisa de la madre o los comentarios de ésta?
7. ¿Sonreía el bebé frecuentemente en el contexto de una situación de intercambio comunicativo con adultos?
8. A partir de los seis meses, ¿mostró el niño interés en participar en juegos interactivos y circulares en los que el adulto presenta un estímulo



de juego de forma repetida y el bebé anticipa con alegría y expectación la acción asociada al estímulo?

Por ejemplo: la madre cubre la cara del bebé con una toallita y éste la retira con entusiasmo anticipando una acción de la madre, como cosquillas o una expresión verbal en particular.

9. Con relación a la habilidad del bebé para comunicarse, ¿cómo pedía éste un juguete u otro objeto que no estaba a su alcance? ¿Lloraba? ¿Señalaba el juguete sin Detección, diagnóstico y evaluación mirar a la madre? O ¿señalaba el juguete, miraba a la madre y señalaba el juguete de nuevo?

10. En la etapa final del primer año, ¿mostró el niño un deseo de compartir con sus padres su placer cuando jugaba con sus juguetes? Por ejemplo, señalaba el juguete mirando a la madre, le ofrecía a la madre su juguete, etc.

11. ¿Mostró el niño una inclinación a señalar con su dedo índice objetos o juguetes interesantes mientras miraba a la madre con la finalidad no de obtener tal objeto, sino de compartir su interés en el objeto con ella? Por ejemplo: cuando el niño veía un avión o un perrito o un juguete en la tienda.

12. Cuando los padres señalaban un objeto de interés para el niño en la distancia, ¿mostró el niño la capacidad de seguir con la mirada la dirección señalada por los padres?

13. ¿Mostró el niño la habilidad de decir adiós con la mano antes de cumplir su primer año?

14. ¿Desarrolló el niño un apego apropiado a la madre/padre o se mostraba indiferente si la madre lo dejaba al cuidado de otra persona?

15. ¿A qué edad comienza el niño a decir sus primeras palabras aparte de mamá y papá?

16. ¿A qué edad comienza a construir frases mediante la combinación de dos y tres palabras? ¿Utiliza estas frases para comunicarse con los padres? O, por el contrario, ¿utiliza el lenguaje de forma no comunicativa? Por ejemplo, para describir objetos o hablar consigo mismo.

17. ¿Imita el niño las acciones que los padres realizan en la casa? Por ejemplo, copia acciones como barrer la casa, limpiar el polvo o lavar los platos utilizando sus juguetes o los utensilios que encuentra en la casa.

18. ¿A qué edad demostró el niño un interés por observar y jugar con los otros niños?

19. ¿Tenía algún objeto de apego del que no le gustaba separarse? Por ejemplo, el niño sostiene un trapo, un camión de juguete, una manta, una rueda, etc., en la mano y protesta intensamente si se lo quitan.

20. ¿A qué edad demostró el niño su habilidad para jugar de forma simbólica? Es decir, preparando comiditas con una cocina de juguete, conduciendo trenes como si fueran reales, etc.

21. ¿Le gustaba jugar sólo o prefería jugar en compañía de otros niños?

C. Valoración de las competencias actuales del niño en el área de la comunicación y el lenguaje desde una perspectiva evolutiva:



22. ¿Tiene el niño alguna dificultad para comprender el lenguaje? ¿Es capaz de seguir el hilo de una conversación? ¿Tiene algún problema para ejecutar instrucciones verbales?

23. ¿Es capaz de expresar sus ideas utilizando frases gramaticalmente correctas?

¿Tiene el niño la habilidad de describir un acontecimiento familiar o una experiencia rutinaria?

24. ¿Responde el niño de forma activa y positiva a las personas cuando éstas le hablan? Por ejemplo, interrumpe la actividad que está haciendo y escucha con interés, contesta a lo que le preguntan, sonrío a la otra persona. O, por el contrario, ¿ignora el niño los intentos que otra persona hace para conversar con él? ¿Actúa el niño como si no tuviera interés o no se diera cuenta de que las personas le hablan?

25. ¿Interpreta el niño frases idiomáticas, metáforas, refranes o dichos populares de forma literal? Por ejemplo, interpreta la pregunta “¿te ha comido la lengua un gato?” de forma literal y responde “no”, o “se preocupa en buscar la lengua para demostrar que continúa allí”.

26. ¿Muestra el niño un sentido del humor apropiado para su edad? ¿Qué tipo de bromas le hacen reír? ¿Entiende y participa en las bromas que implican acciones físicas (ejemplo: el humor de los payasos de circo) o prefiere las bromas más sofisticadas basadas en asociaciones sutiles del lenguaje y juegos de palabras?

27. Cuando el niño inicia una conversación con otra persona, ¿es un intercambio comunicativo recíproco? Por ejemplo, el niño espera turnos y muestra interés activo en extender la conversación más allá de sus propios comentarios teniendo en consideración lo que el interlocutor está diciendo. O por el contrario, ¿intenta el niño dominar la conversación con sus temas favoritos? ¿Muestra una inclinación a hablar de los mismos temas sin ser consciente de que sus interlocutores no están interesados?

28. Cuando el niño participa en una conversación, ¿es su estilo comunicativo formal y pedante? ¿Utiliza un vocabulario rebuscado para expresar ideas simples? ¿Muestra una tendencia a utilizar un lenguaje preciso y formal? ¿Utiliza frases largas, complejas en lugar de frases y expresiones coloquiales?

29. ¿Tiene el niño un tono de voz y entonación variadas y rítmicas? O ¿es el tono de voz monótono y sin variaciones?

30. ¿Inventa el niño palabras o frases que más tarde son utilizadas en su conversación?

D. Valoración evolutiva de las competencias actuales en las áreas de la interacción social, reciprocidad emocional y comunicación no verbal.

31. ¿Muestra el niño preferencia por relacionarse con adultos o con niños de su edad?

32. ¿Tiene el niño la tendencia a interactuar con extraños de tal forma que su seguridad se pone a riesgo?



33. Cuando el niño inicia una interacción social, ¿tiene en cuenta las necesidades de la otra persona o es indiferente a éstas? Por ejemplo, cuando el padre/madre vuelve del trabajo y le dicen al niño que están muy cansados, pero éste insiste en hablar con ellos acerca de algún tema favorito, ignorando las necesidades de sus padres.
34. Cuando los padres o los hermanos regresan a casa después de una ausencia, ¿cómo les recibe el niño? ¿Les saluda con entusiasmo? ¿Muestra interés activo en lo que sus padres o hermanos han hecho fuera de la casa?
35. ¿Muestra el niño algún interés en compartir la felicidad de otras personas cuando ha pasado algo agradable? Por ejemplo, un hermano llega a casa anunciando que ha ganado un premio en el colegio ¿se alegra el niño por la suerte de su hermano? ¿Manifiesta algún comportamiento que sugiera esto?
36. ¿Muestra el niño su intención de compartir sus intereses con otros? Por ejemplo, trae a casa un dibujo o historia que han sido realizados en el colegio, habla de algún juego interesante que ha aprendido en el colegio, o desea compartir sus libros favoritos con sus padres o hermanos.
37. ¿Muestra el niño interés en acercarse a otros niños de su edad? ¿Le gusta observar a los otros niños? ¿Le gusta participar en los juegos con los otros niños?
38. ¿Tiene el niño algún amigo? ¿Entiende el concepto de amistad? Detección, diagnóstico y evaluación
39. Si tiene amigos, ¿comparte con ellos sus juguetes y participa en actividades de forma recíproca?
40. ¿Es afectuoso con otros niños? ¿Y con los adultos?
41. ¿Le invitan a fiestas de cumpleaños? ¿Se comporta de forma apropiada en las fiestas?
42. ¿Se identifica el niño con su grupo social? Es decir, sabe que es un niño y no un adulto.
43. ¿Cómo reacciona el niño si hay invitados en casa?
44. ¿Cómo responde el niño cuando ve a sus padres, hermanos u otros niños tristes o disgustados? ¿Es indiferente a los sentimientos de los demás? O ¿es capaz de ofrecer consuelo y ayuda? ¿Muestra el niño respuestas de empatía de forma general?
45. ¿Entiende el niño las convenciones sociales? Por ejemplo, sabe que no se deben emitir comentarios hirientes o vergonzosos acerca de otra persona, o que no se puede hablar alto en la biblioteca, o que hay que esperar turnos en los servicios públicos, o que no se deben hacer preguntas indiscretas a otras personas...
46. En cuanto a sus pautas de comunicación no verbal, ¿utiliza el niño el contacto ocular de forma adecuada en sus interacciones con otros? Es decir, el niño utiliza el contacto ocular para facilitar la iniciación, regulación y finalización de un intercambio comunicativo. O ¿es su contacto ocular breve? O ¿tiene la tendencia a quedarse mirando a una persona de forma fija?
47. ¿Entiende el niño la gama amplia de gestos que la gente utiliza para comunicarse (ejemplo: gestos básicos para señalar objetos en la distancia



y gestos sociales)? ¿Entiende las expresiones faciales de otras personas? ¿Regula su conducta de acuerdo con estos parámetros no verbales?

48. ¿Utiliza el niño una gama amplia de gestos para comunicarse con los otros? ¿Muestra el niño una gama amplia de expresiones faciales que son apropiadas para la situación?

49. ¿Es capaz el niño de coordinar todas sus habilidades de comunicación no verbal (incluidos el contacto ocular, la distancia corporal de otros, expresiones faciales, gestos manuales) y combinarlas con el uso del lenguaje en un contexto social comunicativo?

E. Valoración de las competencias del niño en áreas de la imaginación y creatividad. Evaluación de patrones restringidos de conducta, actividades, intereses y estereotipias motrices.

50. ¿A qué edad comienza a jugar el niño de forma simbólica?

51. Durante el juego de ficción, ¿es capaz el niño de crear escenarios de juego nuevo o muestra preferencia por copiar escenas que lee en los libros o ve en sus videos favoritos?

52. ¿Manifiesta el niño un interés intencionado y activo en incluir a otros niños en su juego de ficción? ¿Intenta dominar el juego imponiendo sus ideas? O ¿acepta las ideas de otros niños en el juego?

53. ¿Tiene el niño la capacidad de escribir un cuento o historia inventada sencilla?

54. ¿Qué tipo de intereses tiene el niño? Si se le permite elegir sus actividades durante el día ¿qué elegiría? ¿Habla de sus intereses continuamente?

55. ¿Está el niño fascinado de una forma obsesiva con algún objeto o actividad?

56. ¿Ha desarrollado algún ritual? Por ejemplo, irse a la cama de una forma particular, sentarse a la mesa de una forma idiosincrásica, ordenar los muebles o sus juguetes de una forma particular. ¿Tiene el niño la necesidad de completar sus rituales o puede ser persuadido de no hacerlo?

57. ¿Se disgusta cuando ocurren cambios en su ambiente o rutina? Por ejemplo, se pinta su habitación, tiene que cambiarse de ropa, debe ir al colegio siguiendo otra ruta, un invitado previsto no viene, etc.

58. ¿Muestra el niño una preocupación o interés excesivos en partes de objetos o personas? Por ejemplo, le interesan las ruedas de los coches de juguete, o las joyas que las mujeres llevan, etc.

59. ¿Manifiesta el niño algún tic vocal o motor, movimientos motores repetitivos o alguna estereotipia motora? Por ejemplo, agita las manos rápidamente, se balancea rítmicamente, salta repetidamente, etc.