



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA  
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE HIJOS CON  
SÍNDROME DE ASPERGER**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A N :**  
**LIZZET GONZÁLEZ RUIZ**  
**VIRIDIANA YESENIA DEL AGUILA CRUZ**



**FES  
ZARAGOZA**

**JURADO DE EXAMEN**  
**DIRECTOR: LIC. JESÚS BARROSO OCHOA**  
**COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ**  
**MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ**  
**MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ**  
**MTRO. VICENTE CRUZ SILVA**

**MÉXICO, CDMX**

**JUNIO 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Angélica y Memo, por estar cada uno de mis años de vida, enseñándome y dándome lo mejor de ustedes... Estoy muy agradecida por siempre apoyarme para ser la persona que hoy en día soy. ¡¡Los amo mucho!!.

A mi hermana, Jesica, siempre quise ser el mejor ejemplo para ti y aunque a veces no lo fui, te agradezco que tú lo fueras para mí cuando lo necesite...  
¡¡Siempre juntas!!.

A Leo, porque eres uno de los mejores compañeros en este trayecto de mi crecimiento profesional... Mil gracias por ser mi apoyo cuando sentía que no podía, tú siempre me recordabas lo fuerte que es mi amor por la Psicología...  
¡¡Te adoro calcetó!!.

A Viridiana, mi mejor amiga y compañera durante la carrera y la realización de este documento, ¡¡Lo logramos!!.. Aunque tuvo sus altibajos me encanto realizar esto a tu lado, fue una excelente decisión y vamos por mas...¡¡Te quiero!!.

A mis ángeles de allá arriba, va por ustedes... Gracias mi Guille por enseñarme el significado de la valentía y la bondad... Gracias Marce por heredarme tu fortaleza... ¡¡Los honraré cada día de mi vida!!.

A mis profesores... Gracias por la dedicación que tuvieron con este proyecto... En especial al profesor Jesús por su enseñanza y su calidad de persona para dirigirnos en el trayecto y dar un excelente resultado.

Liz.

Dedico esta tesis a mis padres, Lourdes y Rubén, por el apoyo moral y económico; por enseñarme a luchar para alcanzar las metas que me propongo y no conformarme con obtenerlas, sino, siempre ir por más; por demostrarme que los límites son oportunidades de crecimiento, por permitirme tomar decisiones libremente, pero sobre todo por educarme para establecer criterios éticos en mi vida.

A mis abuelitas, Tachita y Paty, por todo el afecto, los abrazos, los consejos y por ser mi gran ejemplo de mujeres fuertes, emprendedoras y valientes.

A mi hermano, Uriel, por creer en mí, por apoyarme con todas tus muestras de amor y por recordarme con tus actos lo que es ser curioso, indagar, experimentar y no cesar.

A mi tía Gaby, que es casi mi hermana, por ser mi cómplice durante años, darme infinidad de consejos, ayudarme con las tareas y enviarme los archivos que "casi nunca olvidaba".

Ali, gracias por día a día recordarme la mujer que soy, por las risas en momentos difíciles, por secar mis lágrimas, abrazarme y recapitular todos mis logros, por nunca perder la confianza en mí, por compartir mis sueños, gracias por todo el amor, por todas las vivencias que revelaron la fortaleza y compromiso que hay en mí.

Liz, gracias por invitarme a este proyecto, aguantar todas mis necesidades y demostrar lealtad, confianza y amistad.

Profesores, Jesús, Sergio, Vicente, Lidia y Eduardo, gracias por compartir sus conocimientos y amor por la carrera durante el periodo escolar, como egresada y tesista; gracias por formarme como psicóloga y por enseñarme una filosofía de vida.

Y finalmente a mi familia y amigos que jamás perdieron la confianza en mí, me proporcionaron apoyo moral y enfatizaron el orgullo que sienten sobre mí.

A cada uno de ustedes gracias por acompañarme en el proceso e impulsarme a concluir este proyecto.

Viri.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
1 SÍNDROME DE ASPERGER .....	11
1.1 Surgimiento del Síndrome de Asperger .....	11
1.2 ¿Qué es el Síndrome de Asperger? .....	16
1.3 Investigaciones sobre las causas del Síndrome de Asperger .....	18
1.3.1 Aspectos genéticos.....	19
1.3.2 Aspectos biológicos: .....	20
1.3.3 Aspectos epigenéticos.....	21
1.4 Teorías que explican el funcionamiento neuropsicológico en el Síndrome de Asperger .....	22
1.4.1 Déficit en “Teoría de la mente” .....	22
1.4.2 Déficit de la “Función Ejecutiva” .....	23
1.4.3 Disfunción del hemisferio derecho.....	24
1.4.4 Teoría del déficit en coherencia central .....	24
1.5 Diagnóstico .....	25
1.5.7 Escalas de proyección.....	25
1.5.8 Criterios Diagnósticos.....	26
1.6 Epidemiología.....	29
2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA SÍNDROME DE ASPERGER .....	31
2.1 Tratamiento Médico.....	31
2.2 Intervenciones Educativas .....	32

2.2.1	<i>Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados. (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children – TEACCH)</i> .....	33
2.2.2	<i>Análisis Conductual Aplicado. (Applied Behavioral Analysis, ABA)</i> ...	33
2.3	Intervención Psicológica.....	34
2.3.1	<i>Programas Conductuales</i> .....	35
2.3.2	<i>Intervención a través de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</i> .....	37
2.3.3	<i>Programas en habilidades sociales</i> .....	38
2.3.4	<i>Programas evolutivos</i> .....	39
2.3.5	<i>Intervención con la familia</i> .....	41
3	EL SÍNDROME DE ASPERGER EN MÉXICO.....	43
3.1	Contexto social y legal .....	43
3.2	Contexto Educativo .....	46
3.3	Contexto de salud .....	47
4	LA IMPORTANCIA DE UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA PACIENTES CON SINDROME DE ASPERGER .....	53
5	PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA LOGRAR LA AUTONOMÍA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER .....	60
5.1	Objetivos .....	61
5.2	Guía para el abordaje de pacientes con síndrome de Asperger desde la terapia familiar centrada en soluciones .....	61
5.3	Trabajo de pares .....	76
5.3.1	<i>Carta descriptiva del taller “Descubriendo el Asperger”</i> .....	77
	CONCLUSIONES.....	85

COMENTARIOS.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	91
ANEXO 1.....	107
ANEXO 2.....	108
ANEXO 3.....	109
ANEXO 4.....	126
ANEXO 5.....	129
ANEXO 6.....	130

## RESUMEN

El presente documento tiene la intención de hacer una propuesta de intervención psicológica para familias de hijos con Síndrome de Asperger (SA); puesto que en la revisión bibliográfica de éste tópico, se detecta que los programas de intervención utilizados para este padecimiento, existe una falta de utilización de los atributos con los que cuenta la familia para brindar a su hijo con SA.

El programa propuesto se sustenta en dos esferas principales, la primera es una intervención terapéutica apoyada en la terapia centrada en soluciones y la segunda un taller para padres bajo la metodología de Líderes de Opinión Popular; Donde se tienen como objetivos: 1) Favorecer la autonomía de dichos pacientes a través de la familia, así como desarrollar habilidades de competencia, toma de decisiones con la finalidad de lograr una inclusión en ámbitos sociales; y 2) Fortalecerá el trabajo del psicólogo en sus espacios de trabajo dentro del campo educativo y terapéutico, ya que se encargará de brindar estrategias a la familia y profesores con la intención de darle sostén a las capacidades del paciente Asperger.



## INTRODUCCIÓN

La participación de la familia en la intervención Psicológica de hijos con Síndrome de Asperger es una tesis que explora, describe y divulga el Síndrome de Asperger. El principal objetivo es plantear un programa de intervención psicológica haciendo uso de la familia para brindar una nueva forma de intervenir con estos pacientes.

En la actualidad, los programas de intervención dirigidos a las personas con Trastornos Generalizados del Desarrollo son adaptados para la intervención de personas con Síndrome de Asperger ; principalmente fomentan el desarrollo de habilidades conductuales y sociales del individuo a través de una relación, especialista (psiquiatra, maestro, psicólogo e incluso alguna institución del rango)-paciente, esta relación hace uso del tutor, que es quien se encarga de continuar el trabajo en casa sin tomar en cuenta a la familia, que es el primer contacto y modelo social que tiene el niño.

Bronfenbrenner (1987), considera que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona, desde su concepción.

Salvador Minuchin (1974) menciona:

“En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos; un sentimiento de identidad y un sentido de separación. El laboratorio en el que estos ingredientes se mezclan y se proveen es la familia, la matriz de la identidad” (p.80).

Bajo esta idea, la propuesta que planteamos hace uso de la comunidad inmediata (familia), para brindarles las herramientas sociales y conductuales que

le permitan llegar a la autonomía e incluirse a la sociedad a través de su forma particular de ver al mundo.

El enfoque que permite relacionar al individuo en su contexto familiar es el sistémico, pues considera al individuo en relación y constante interacción con el medio que lo rodea, esto es, que el individuo pertenece a sistemas (familiar, escolar, social, laboral, etc.) de los que se ve influenciado y a los que influenciará simultáneamente; Por lo que, la propuesta plantea un par de programas de intervención (un taller de padres que se fundamenta en el trabajo de pares y un conjunto de sesiones apoyadas en la terapia centradas en soluciones), con el fin de potenciar la autonomía del paciente Asperger a partir del sistema familiar en el que se ve inmerso.

Desde esta perspectiva, es importante explorar los diferentes contextos del individuo, y en el caso del paciente con Asperger, es necesario conocer los diferentes niveles y áreas en las que se aloja el síndrome.

Por tanto, el capítulo 1 comprende una descripción detallada de lo que es el *síndrome de Asperger*, cómo surgió, los autores representativos del tema, sintomatología, posibles causas del trastorno, criterios diagnósticos, funcionamiento neuropsicológico y epidemiología.

El capítulo 2, *Programas de Intervención para el Síndrome de Asperger*, recopila una lista de programas empleados con carácter conductual y cognitivo para desarrollar las habilidades educativas, conductuales, sociales de niños y jóvenes con éste diagnóstico.

*El síndrome de Asperger en México*, capítulo 3, menciona el contexto social, legal, educativo y de salud en el que se desenvuelven los pacientes con el

síndrome, para dar a conocer la importancia que está adquiriendo dentro de la población y poder comprender las necesidades de estos pacientes en nuestro país.

A partir del capítulo anterior, confirmamos la necesidad de una intervención a nivel familiar, puesto que como se mencionó, los programas utilizados sólo comprenden al paciente y al terapeuta; hacer uso de la familia abarcará una intervención integral. De modo que, en el capítulo 4: *la importancia de una intervención familiar para pacientes con síndrome de Asperger*, se planteará ésta situación; Así como, la delimitación del modelo a utilizar para la propuesta de intervención.

Para finalizar el capítulo 5, *propuesta de una intervención familiar para lograr la autonomía de pacientes con síndrome de Asperger*, ilustra y describe los dos programas que comprenden la propuesta: El primero, es un taller para padres basado en la metodología de Líderes de Opinión Popular , que tiene objetivo sensibilizar e informar a la familia acerca del síndrome de Asperger para romper con los mitos del síndrome; Y el segundo, es una guía para el abordaje de pacientes con síndrome de Asperger desde la terapia familiar centrada en soluciones, a partir del mapa central de Steve De Shazer (1987).

# 1 SÍNDROME DE ASPERGER

## 1.1 Surgimiento del Síndrome de Asperger

El Síndrome de Asperger (SA) surge a partir de la asociación nosológica con el autismo, término que fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1911, para describir un síntoma de esquizofrenia. Autismo proviene de la palabra griega eafismos, cuyo significado es encerrado en uno mismo (Cererols, 2011).

En 1943, Leo Kanner (en Caballero, Rodríguez y Torres, 2001), un psiquiatra austriaco publica un artículo denominado “Trastorno autístico en el contacto afectivo”, basado en el análisis clínico de 11 chicos con Autismo Infantil (AI), en el cual identificó las dificultades centrales del trastorno y destacó que son alteraciones que aparecen en la etapa inicial del desarrollo.

Kanner difiere de Bleuler en cuanto a la concepción del autismo dentro de la esquizofrenia, pues él reconoce la valiosa aportación de Bleuler y afirma que se trata de un trastorno diferente, que produce retraimiento a partir de un estadio inicial normal (Cererols, 2011).

Un año después, un pediatra vienés, Hans Asperger describe en su tesis doctoral a cuatro niños<sup>1</sup> (de entre 6 y 11 años) que presentaban como característica común una marcada discapacidad por dificultades en la interacción social, a pesar de su aparente adecuación cognitiva y verbal (Caballero y Cols., 2001) los incluye dentro de la Psicopatología Autista (PA), debido a que los rasgos de este grupo pertenecían a la denominación de Trastornos de la Personalidad de

---

<sup>1</sup> Para leer un ejemplo de esta descripción ver Anexo 1

uso en la época. En su extensa descripción, lo primero que señala es el comienzo relativamente temprano de la sintomatología, “después de los tres años de edad”; así como la estabilidad en el tiempo de la misma, por esto, la denominación de psicopatía. Luego señala, “Mi principal objetivo ha sido mostrar que la alteración fundamental en las personas con PA esta en las limitaciones en sus relaciones sociales”...“Con marcada incapacidad para la reciprocidad”...“Nunca se oye que intenten ser agradables”...“Son egocéntricos en grado extremo”, de ahí, el término autista (Asperger, 1994 en Wahlberg, 2005); Al igual que Kanner, Asperger retoma el concepto de Bleuler acerca de autismo, elogia su aportación y puntualiza por qué el autismo esquizofrénico es diferente de su propuesta, ya que los niños descritos por él presentan esta condición desde nacimiento (Cererols, 2011).

Según Caballero y Cols. (2001), el trabajo de Kanner y Asperger empatan al mencionar que los pacientes de ambos presentaban rasgos en común como son las alteraciones en la interacción social, comunicación y afecto, así como los intereses idiosincráticos; y se diferencian en cuanto al funcionamiento social, emocional, habilidades de lenguaje y manierismos motores. Estas distinciones se pueden atribuir a las condiciones de la población con la que trabajo cada uno, en el AI eran niños prescolares con mayor retraso mental, mientras la PA se refería a niños en edad escolar, aparentemente brillantes y con buen funcionamiento verbal.

Van Krevelen (1963, en Caballero y Cols., 2001) sitúa al Autismo de Kanner y la PA de Asperger dentro de los países anglo-parlantes; Para él, estos trastornos tienen un referente nosológico distinto, debido a que los síntomas del SA se

manifiestan desde el primer mes de vida, el niño camina antes de hablar, la adquisición del lenguaje está retrasada o ausente y cuando se desarrolla, carece de fines comunicacionales, el contacto ocular es pobre porque vive en su propio mundo e ignora a los demás; A diferencia de la PA que tiene un comienzo tardío, el niño habla antes de iniciar la deambulaci3n, intenta comunicarse aunque sea de forma unilateral, evita el contacto ocular y vive en nuestro mundo pero a su manera.

En 1981 Lorna Wing fue la primera en acuñar el t3rmino “S3ndrome de Asperger”, retomo y complemento el trabajo de Hans Asperger, encontr3 que hab3a similitudes en las patolog3as (entre el grupo que ella estaba investigando, 34 pacientes de 5 a 35 a3os de edad, y el descrito por el austriaco). Tambi3n realiza un an3lisis comparativo entre los trabajos de Asperger (1944-1979) y las primeras aportaciones de Kanner (1943-1971), lo que dio pie a que en 1998 (en Ayuda, Freire, Gonz3lez, Llorente, Mart3nez, Martos y Artigas, 2007) puntualizar3 las siguientes caracter3sticas:

- Los chicos eran socialmente extra3os, ingenuos y emocionalmente desconectados de los otros. Parec3an vivir en un mundo diferente.
- Ten3an una buena gram3tica y vocabulario extenso, su discurso era fluido, literal y pedante, usado en mon3logos y no en intercambios conversacionales.
- Ten3an una pobre comunicaci3n no verbal y una entonaci3n verbal mon3tona o peculiar.

- 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 podía destacar en áreas especiales de interés.
- A estos chicos les faltaba sentido común.

También surgieron nuevos aportes e investigaciones respecto al Síndrome de Asperger:

- Christopher Gillberg (1989 en Wahlberg, 2005), que hace aportes al mostrar pautas operativas para el diagnóstico, fijando criterios cuantitativos.
- Uta Frith (1991 en Cererols, 2011), tradujo al inglés el artículo original de Hans Asperger haciendo anotaciones personales.
- En 1993 la Organización Mundial de la Salud hace un reconocimiento oficial del SA como un trastorno diferenciado, ya que lo incluye en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- Al año siguiente, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) también lo incluye dentro de DSM-IV.

Con la inclusión a CIE-10 y DSM-IV, el trastorno cobra auge dentro de la comunidad científica, obteniendo investigaciones sobre las causas, diagnósticos y tratamientos del SA, realizadas por:

- Tony Attwood (psicólogo), ha realizado diversas aportaciones desde 1998 hasta la actualidad. Incursiono en las características, diagnóstico e intervención del SA y son descritas en sus libros: Asperger's Syndrom (Síndrome de Asperger) en 1998, Asperger's Diagnostic Assessment (Evaluación diagnóstica del Síndrome de Asperger) en 2004, The complete guide to Asperger's syndrom (Guía completa del síndrome de Asperger) en 2006, entre otros.
- Simon Baron-Cohen (psicólogo y profesor de psicopatología) ha realizado estudios de genética relacionados con el SA como: Can Asperger Syndrome be diagnosed at 26 months old? A genetic high-risk single, case study. (¿El síndrome de Asperger puede ser diagnosticada a los 26 meses de edad? Un alto riesgo genético e individual, estudio de caso) en en 2006, Genetic variation in BAP1 is associated with Asperger syndrome and multiple endophenotypes relevant to autism. Molecular Autism (La variación genética en BAP1 se asocia con síndrome de Asperger y múltiples endofenotipos pertinentes con el autismo: El autismo molecular) en 2013.

En 2013 la APA actualiza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) obteniendo la quinta versión (DSM-V), donde hay cambios significativos en el criterio diagnóstico del síndrome de Asperger, debido a que lo incluyen dentro: del *trastorno del espectro autista* , que tiene 3 niveles de afección, y el SA pertenece al nivel 1, el más bajo, donde tienen deficiencias en la comunicación social, inflexibilidad de comportamiento y dificultad para alternar actividades; o el *trastorno de la comunicación social* que hace referencia a las personas con



dificultades en la pragmática (APA, 2014). Es conveniente mencionar que en la actualidad sigue vigente el DSM-IV. A pesar de que DSM posee un amplio valor en la comunidad médica, es importante recordar que es una herramienta que facilita la estadística de las deficiencias mentales en una sociedad. Por lo tanto, esta recategorización de la visión psiquiátrica no implica la desaparición del síndrome, ya que, las particularidades de estas personas siguen existiendo y requieren de una intervención particularizada.

## **1.2 ¿Qué es el Síndrome de Asperger?**

Según Garcia y Jorreto (2005), el síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo, que puede ser de base neurobiológica; Afecta al funcionamiento social y al espectro de actividades de interés, es decir, es una disfunción de diversos circuitos del cerebro. Para ellos, el principal déficit es el trastorno en la cognición social, que puede atribuirse a un protagonismo de la amígdala y circuitos frontoestriados, temporales y cerebelo; estructuras involucradas en el desarrollo de la relación social.

Para Caballero y cols. (2006) el SA tiene una tríada de afectaciones: 1) Dificultades en la relación social e interacción social; 2) En el área comunicativa: disminución de la comunicación verbal y no verbal; y 3) En la esfera imaginativa: afectando el juego, los intereses y el entendimiento con los otros. Lo identifican

como un trastorno del espectro autista (TEA<sup>2</sup>), por la relación que ambos tienen en la interacción social; la principal diferencia del autismo clásico y el SA es el problema con el lenguaje.

Caballero y cols. (2006) también mencionan que es un trastorno crónico, que si bien difiere de persona a persona, los efectos más comunes son:

Los niños tienen campos de interés reducidos absorbente. Son generalmente buenos en las habilidades de memoria (hechos, figuras, fechas, épocas, etc.), muchos destacan en las áreas de matemáticas y conocimiento del medio. El niño levemente afectado resulta a menudo no diagnosticado y puede parecer raro o excéntrico... (p.7).

Utilizan el lenguaje de una manera levemente rara y toman a menudo significados literales de lo que leen u oyen. Son más felices con rutinas y un ambiente estructurado, cuando encuentran dificultad en decidir qué hacer cae en sus actividades preferidas. Aman la alabanza, ganar y ser los primeros, pero el fracaso, la imperfección y la crítica les resulta difícil de sobrellevar. El mal comportamiento está motivado por la inhabilidad para comunicar sus frustraciones y ansiedades (Caballero, et. al., 2006, p.7).

Los criterios del DSM-IV, establecidos por la Academia Americana de Psiquiatría (1995), en conjunto con el CIE-10 y la CIF (Ver tabla 1 y 2 en anexo 2), que pertenece a la familia de clasificaciones de la OMS (Arciniega, Camacho, Díaz, Díaz, Duran, Márquez, Montero, Murga, Navarro y Reséndiz, 2011) agrupan

---

<sup>2</sup> Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son: Autismo clásico, Síndrome de Asperger, Trastorno des-integrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El término se incluye debido a la diversidad del cuadro clínico, ya que no es uniforme, ni absolutamente demarcado, su presencia oscila en un espectro de mayor a menor afectación, varía con el tiempo y se ve influido por diversos factores. Los TEA incluyen a los mismos trastornos integrados en los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD) a excepción del Trastorno de Rett, que se entiende como una realidad diferente al universo del autismo. (Artigas, Belinchon, et. al., 2004).

al SA dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), ya que, son un conjunto de trastornos del desarrollo infantil que se manifiestan en los primeros tres años de vida, se caracterizan por que no aparecen algunos aspectos normales del desarrollo o lo hacen de modo claramente desviado a lo esperable; También indican un déficit en tres áreas del desarrollo: la comunicación y el lenguaje; la interacción y relación social; y en los intereses restringidos y estereotipados.

Por tanto el SA es una condición de vida que impacta en el desarrollo de habilidades sociales, en el lenguaje (específicamente en la comunicación) y en ocasiones en la motricidad. Las características que presentan las personas con SA son: comportamientos obsesivos, intenciones de agotar determinado tema de su interés, falta de empatía, interpretaciones literales, establecen rutinas, sensibilidad al contacto y ruido, entre otras.

Si bien estas características no son incapacitantes, al habilitarlas a través de la intervención se potencia el desarrollo de una autonomía plena y los empoderará sobre el manejo de su vida en la edad adulta.

### **1.3 Investigaciones sobre las causas del Síndrome de Asperger**

Hasta el momento no existen evidencias sobre las causas del SA, sin embargo subsisten estudios que se han dado a la tarea de encontrarlas dentro de la etiología. La importancia de contemplarlos radica en la existencia del síndrome al afirmar un desajuste en el funcionamiento neurobiológico.

Al estar relacionado nosológicamente con los TGD y los TEA, los estudios buscan discrepar entre los aspectos genéticos, biológicos y epigenéticos; Para así buscar la particularidad de cada trastorno:

### *1.3.1 Aspectos genéticos*

Dentro de la relación de causas genéticas, encontramos un estudio realizado por Kilpinen, Ylisaukko-Oja, Hennah, Palo, Varilo, Vanhala, Nieminen-von Wendt, von Wendt, Paunio y Peltonen (2007), señala que las alteraciones en el gen DISC1 (cromosoma 1q42) parecen estar implicadas en la etiogénesis del inicio en la edad temprana de distintos trastornos neuropsiquiátricos incluido el Autismo y el SA; Respecto a esto se alude que hay asociaciones entre el autismo y un microsatélite intragénico del gen DISC1 (D1S2709), además se esboza una asociación entre el SA y un polimorfismo de un único nucleótido (SNP) en el DISC1 (rs1322784), lo que abre expectativas nuevas para poder realizar diagnósticos prenatales.

Otro estudio realizado por Croen, Najjar, Fireman y Grether (2007) refería niños con SA que presentan antecedentes familiares de depresión y esquizofrenia, lo que indica una posible relación con la predisposición de poder padecer SA.

Una reciente investigación realizada por Baron-Cohen et al. (2013), apunta que las personas con SA tienen mayores posibilidades de tener una variación específica en el gen GABRB3 que se vincula con la cantidad de empatía que pueden mostrar los individuos de la población en general. Los investigadores buscaron variaciones de la secuencia (llamadas polimorfismos de un solo nucleótido o SNPs) en el gen GABRB3; De un total de 530 adultos (118 eran

personas con SA y 412 sin diagnóstico), el equipo encontró que ciertos SNPs en el gen GABRB3 fueron significativamente más frecuente en las personas con SA, también descubrieron que las variaciones genéticas adicionales en el mismo gen se relacionan con las puntuaciones que se obtienen en una medición de la empatía llamado Cociente Empatía en la población general. Entre los participantes se realizaron pruebas para detectar 45 de estas variaciones dentro de este gen clave. El equipo anteriormente había observado que los SNPs en este gen resultaban más comunes en adultos con Asperger y también mostraron una relación con los niveles de empatía y sensibilidad táctil en la población en general.

### *1.3.2 Aspectos biológicos:*

Respecto a las causas biológicas, se señala que en estudios realizados con SPECT<sup>3</sup> (Single Photon Emission Computed Tomography) por Murphy, Daly, Schmitz, Toal, Murphy K, Curran, Erlandsson, Eersels, Kerwin, Ell y Travis (2006), se observó que en las personas con Síndrome de Asperger existe una reducción de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2A</sub> en el cíngulo anterior y posterior, así como en los lóbulos frontales y temporales superiores, bilaterales y en el lóbulo parietal izquierdo.

Asimismo Ring, Sharma, Wheelwright y Barrett (2007) han medido mediante EEG, la detección de incongruencia semántica dentro de frases escritas y comprueban que los niños con Síndrome de Asperger no usan el contexto de las

---

<sup>3</sup> Tomografía de emisión por fotón único que permite obtener imágenes sobre el funcionamiento de diferentes regiones cerebrales.

frases para predecir las palabras finales de la oración, son incapaces de poder intuir las.

### 1.3.3 Aspectos epigenéticos

En cuanto a indicadores epigenéticos, López, Rivas y Taboada (2008) han investigado como posible cuadro de alarma para el desarrollo de los TGD, incluido el SA, sangrados en el segundo trimestre de embarazo, enfermedades durante la gestación, neonatos de bajo peso y un historial de aborto, entre otros.

Utria, Ávila-Toscano y Lara (2013) menciona un estudio epidemiológico realizado por el grupo de investigación “Avances en Psicología Clínica y de la Salud” de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá; Trabajaron con una muestra de 73 registros clínicos de Síndrome de Asperger, a los cuales se decide aplicarles un cuestionario Materno de Registro Perinatal –CMRD- para la detección de los factores de riesgo pre, peri y posnatales, hallando más factores de riesgo epigenéticas, como son: La existencia de *sangrados vaginales* en la madre durante el embarazo representa riesgo de desarrollar síndrome de Asperger en una probabilidad elevada, ya que aumentan en 6.2 veces el riesgo ( $p=.00<.05$ ); los *abortos espontáneos* no señalaron un factor de riesgo significativo; factores como el sufrimiento de *edema* y *accidentes* por la madre durante la gestación, aumentan el riesgo de aparición del SA para el 1ro eleva la probabilidad 3.2 veces ( $p=.00<.05$ ) en comparación con los menores cuyas madres no padecieron edemas, por su parte el 2do aumenta el riesgo entre las personas con Asperger en 2.8 veces (95 %IC, 1,7-4.6,  $p=.00<.05$ ); En el grupo de

pacientes con Asperger el uso de *anestesia* representó un riesgo equivalente a .64 veces más alto que entre los individuos nacidos sin el uso de un anestésico ( $p=.00<.05$ ). Así mismo, la *prolongada labor de parto* también aumenta el riesgo de desarrollo (OR=.08, 95% IC, .02-.33); la exposición al factor *Hipoxia*, aumenta el riesgo 5.9 veces, con un margen de exposición que va de 2.8 veces para los menos expuestos hasta 12.4 para quienes sufren más riesgo; y el *peso del bebé* también resulta significativo, tanto por nacer bajo de peso (2500 gr) implica un OR de .25, como el neonato macrosómico (peso superior a 4000 gr) dado que aumenta el riesgo de 11.9 veces (95% IC, 6.5-21.7) en comparación a los individuos que no nacen con sobrepeso.

#### **1.4 Teorías que explican el funcionamiento neuropsicológico en el Síndrome de Asperger**

La peculiar forma de pensar y comprender el mundo que muestran las personas con SA ha sido objeto de muchos debates y discusiones. Existen teorías que pretenden explicar algunas de las características observadas en estos individuos.

##### *1.4.1 Déficit en “Teoría de la mente”*

La teoría de la mente, según Tirapu, Pérez, Erekatxo y Pelegrín (2007), se refiere a “la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias” (p. 479); Premack y Woodruff

(1978 en Gómez, 2010) mencionan que "...el sujeto atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás..." (p.515). Es decir, es la capacidad "para ponerse en el lugar del otro" y comprender las razones que lo llevan a actuar de determinada forma.

Por lo que, Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) refieren que las personas con SA tienen graves problemas para teorizar acerca de la mente de los demás, en otras palabras, tienen dificultades en las interacciones sociales, pues son incapaces para intuir las conductas de los demás, por ejemplo, dificultad a la hora de explicar sus propias conductas, entender emociones (propias y de los demás), comprender como sus conductas o comentarios afectarán a las otras personas e influirán en lo que los demás piensen de él, etc.

#### *1.4.2 Déficit de la "Función Ejecutiva"*

Según García y Muñoz (2000) las funciones ejecutivas son "responsables del control de la cognición, y de la regulación de la conducta y del pensamiento" (p.42); También Papazian, Alfonso y Luzondo (2006) indican que las funciones ejecutivas "son los procesos mentales mediante los cuales resolvemos deliberadamente problemas internos y externos" (p. 45).

De esta manera, las investigaciones arrojan que las personas con SA pudieran tener una disfunción en este proceso cerebral, puesto que manifiestan dificultades al elaborar representaciones internas sobre los objetivos finales de las tareas que pretenden realizar; por igual, se les problematiza tener un procesamiento de los pasos secuenciales a seguir para resolver dichas tareas, por



ejemplo, dificultad para tomar decisiones, carencia para adoptar diferentes perspectivas sobre una situación (rigidez mental), nula resistencia a la distracción y la interferencia, entre otras.

#### *1.4.3 Disfunción del hemisferio derecho*

Gracth (2009) argumenta que “el hemisferio derecho del cerebro cumple un papel fundamental en la expresión e interpretación de la información emocional (el reconocimiento y la comprensión de los gestos y expresiones faciales), la prosodia y la entonación verbal” (p.97).

Klin, Volkmar, Sparrow, Cicchetti y Rourke (1995) realizan una investigación en relación a la sintomatología de las personas con SA e indican que existe un déficit en el hemisferio derecho, por tanto, presentan consecuencias en habilidades sociales, dificultad para captar el significado de expresiones faciales, adaptar el tono de voz al transmitir mensajes, escaso control de su postura corporal, problemática para adaptarse a situaciones nuevas, etc.

#### *1.4.4 Teoría del déficit en coherencia central*

La teoría de la coherencia central fue desarrollada por Uta Frith (1989), en ella señala que las personas con TEA, incluido el SA, cuentan con una dificultad para agrupar fragmentos en un todo coherente, es decir, prestan atención a los detalles de las situaciones, pero no son capaces de integrarlos en un todo; Como

consecuencia, la información que se adquiere posee un significado descontextualizado.

## **1.5 Diagnóstico**

En torno al diagnóstico del SA se encuentran controversias sobre la validez, debido a que hasta el momento no existe un acuerdo definitivo sobre los criterios diagnósticos, aunque sí en los criterios básicos del cuadro; lo que permite realizar el diagnóstico mediante la entrevista, observación directa de rasgos comportamentales y una serie de escalas que sirven de referencia y han demostrado tener una alta fiabilidad y validez.

### *1.5.7 Escalas de proyección*

A continuación se enlistan escalas de proyección para determinar características observables y no observables en la evaluación y detección temprana del SA:

1. *Escala Australiana para el Síndrome de Asperger* (The Australian Scale for Asperger Scale, A.S.A.S), es una escala de 24 ítems que ha sido diseñada por Garnett y Atwood (1997 en Attwood, 2002) para identificar comportamientos y habilidades (sociales y emocionales, de comunicación, cognitivas, intereses específicos y de movimiento) que pudieran ser indicativos del SA durante sus años de escuela primaria.
2. *Escala Diagnóstica del Síndrome de Asperger* (Asperger Syndrome Diagnostic Scale, ASDS) Diseñado por Myles, Bock y Simpson (2001)

para identificar a niños y niñas con SA, se aplica entre los 5 y 18 años. Evalúa áreas cognitiva, conductas desadaptadas, lenguaje, social y sensoriomotor.

3. *Entrevista Diagnóstica del Síndrome de Asperger (Asperger Syndrome Diagnostic Interview ASDI)* Se aplica a partir de los 6 años, valora alteraciones en la interacción social recíproca, intereses restringidos, imposición de rutinas, peculiaridades del habla y problemas de la comunicación no verbal (Gillberg, Gillberg Rastarm y Wentz, 2001).

Existen algunas otras escalas que evalúan el SA en conjunto con el autismo de alto funcionamiento y los TGD que no logra hacer una diferenciación exacta entre los trastornos.

#### 1.5.8 Criterios Diagnósticos

Otra forma de evaluación para el SA es a través de los criterios diagnósticos, como son:

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades. DSM-IV-TR.*

En mayo de 2013 se publicó en Estados Unidos una actualización del manual, logrando el DSM V. Como ya mencionamos con anterioridad esta actualización deja de incluir al SA e integra a las personas que cumplan con las características descritas por el síndrome dentro del espectro autista o trastorno de la comunicación social.

En México el manual que sigue vigente es el DSM-IV-TR porque aún no existe la versión en español, eso implica que para el diagnóstico del SA se siguen aplicando los criterios de la cuarta versión

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

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel de desarrollo del sujeto.
- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ej., no mostrar, traer o enseñar otros objetos de su interés).
- Ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestadas al menos por una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones de intereses estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad o por su objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
  - Preocupación persistente por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro claramente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo, a los dos años usa palabras sencillas, a los tres frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro Trastorno Generalizado del Desarrollo ni de Esquizofrenia.
- *Criterios CIE-10*

La organización Mundial de la Salud publica los siguientes criterios diagnósticos para el SA:

- A. No existe retraso global del lenguaje hablado o receptivo o del desarrollo cognitivo clínicamente significativo.
- B. Existen anomalías cualitativas en la interacción social.
- C. El individuo exhibe interés circunscrito e inusualmente intenso o muestra patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conductas, intereses y actividades (criterios análogos al autismo, sin embargo, es menos frecuente

incluir aquí tanto los manierismos motores como las preocupaciones por partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales de juego).

D. El trastorno no es atribuible a otras variedades de Trastorno Generalizado del Desarrollo: Esquizofrenia Simple, Trastorno Esquizotípico, Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Trastorno de la Personalidad Anacástica o Trastornos Reactivos y de apego desinhibido de la infancia.

## 1.6 Epidemiología

La Federación de Asperger España (F.A.E.)<sup>4</sup> y Sierra (2010) mencionan que la incidencia en la población es bastante más frecuente que la del Autismo clásico. En cuanto al sexo de los afectados, es en los varones, en los que se manifiesta con mayor proporción. Se estima que de 3 a 7 niños por cada 1000 (de entre 7 a 16 años) son niños con SA.

En México la incidencia del SA no está registrada, ya que esta condición ha tomado relevancia en años recientes. Así que es poco frecuente encontrar a una persona diagnosticada como Asperger, incluso dentro de las instituciones que atienden algún padecimiento psiquiátrico; El doctor Carlos Marcin (2014 en *Asperger una condición inadvertida*, 2014), director de la clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo (CLIMA), explica “la prevalencia es mínima y es sumamente raro encontrar un niño Asperger por esta razón quienes padecen la

---

<sup>4</sup> La Federación de Asperger España representa al colectivo de familias y afectados por el Síndrome de Asperger

enfermedad son diagnosticados erróneamente como niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad”.

En *Asperger una condición inadvertida* (2014) se indica que de los 2 millones de discapacitados por problemas neuropsiquiátricos que hay en México, 1% padece autismo y por cada 10 de ellos, 1 es diagnosticado con SA; Expertos en el trabajo con personas con Síndrome de Asperger afirman que no hay estudios de prevalencia sobre éste y basándose en su trabajo han hecho aproximaciones, por ejemplo: El doctor Carlos Marcin (2010) negó que México cuente con estudios de frecuencia, justificando de esta manera las estimaciones que se establecen y con base a su experiencia aseguro que tenemos una menor prevalencia que E.U.A., Suecia e Inglaterra. En cuanto a la incidencia por género, informo que en el sexo femenino no es muy frecuente y que en su trabajo con estos pacientes ha visto que por cada 25 hombres hay una mujer con SA (Marcin, 2010 en Hernández, 2010); Verónica Treviño, presidenta de Asperger México<sup>5</sup> advierte que probablemente 1 en cada 250 personas tiene SA o quizás más, ya que muchas no reciben diagnóstico (Treviño, 2013 en Pérez, 2013).

---

<sup>5</sup> Asperger México A.C. es una institución formada por padres de familia que tienen hijos con Síndrome de Asperger.

## **2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA SÍNDROME DE ASPERGER**

El SA es una condición que no cuenta con un tratamiento médico curativo; sin embargo, existen diversos programas de intervención médica y psicoeducativa que son utilizados para desarrollar y potenciar sus habilidades conductuales, sociales, autónomas, comunicacionales, pragmáticas, entre otras; La mayoría de estos programas están dirigidos a la intervención de TGD y TEA.

El uso de los programas de intervención pretende la inclusión de las personas con SA a ambientes sociales, de ahí la relevancia de conocerlos e identificar los recursos que se potencian para la autonomía de los pacientes, así como el papel que desempeñan el psicólogo y los padres dentro de la intervención.

A continuación se describirán los programas y tratamientos de intervención utilizados para las personas con Síndrome de Asperger:

### **2.1 Tratamiento Médico**

El tratamiento médico o psiquiátrico que se otorga a las personas con SA se refiere al uso de fármacos que controlaran las sintomatologías de los trastornos que en ocasiones acompañan al SA; Por lo tanto los pacientes requerirán de un tratamiento de fármacos individual, debido a que cada paciente es distinto y cada edad merece consideraciones concretas.



Según Fernández, Martín, Calleja y Muñoz (2007) los fármacos utilizados con mayor frecuencia en estos pacientes incluyen: *Antidepresivos*, inhibidores de serotonina, efectivos para reducir rituales, estereotipia, comportamientos rígidos, agresividad y ansiedad; *Psicoestimulantes*, efectivos en el manejo de la atención y autocontrol; y *Neurolépticos* atípicos utilizados cuando hay problemas serios de conducta. Para el manejo de las comorbilidades y síntomas específicos más frecuentes (epilepsia, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, trastornos de conducta, depresión, ansiedad, tics, síntomas obsesivos y trastornos del sueño).

El tratamiento farmacológico se complementa con intervenciones terapéuticas y se suspende periódicamente para valorar si mantiene su eficacia sin él o varía; permitiendo conocer cuál es el curso natural del trastorno e ir actualizando la pauta terapéutica.

## **2.2 Intervenciones Educativas**

Legido (2011) refiere que las intervenciones educativas tienen como objetivo promover la independencia personal y la responsabilidad social, de modo que, la formación educativa será integral y contribuirá a mejorar la vida de las personas con SA. Los programas incluyen tanto áreas tradicionales de progresión académica, así como aspectos de socialización, cognitivos y de comportamiento:

### *2.2.1 Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados. (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children – TEACCH)*

La principal aportación del programa TEACCH, desde la opinión de Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández (2012, p.66), es el aprendizaje estructurado, puesto que consiste en:

- Estructurar el entorno y las actividades de manera que sean comprensibles para las personas (organización del espacio, de la secuencia de los eventos del día, organización individual de las tareas, sistemas de trabajo).
- Aprovechar las habilidades e intereses en detalles visuales para compensar las dificultades importantes en otras habilidades.
- Motivarlos y mantenerlos en el aprendizaje usando sus propios intereses especiales individuales.
- Apoyar el uso de la comunicación espontánea y funcional.

### *2.2.2 Análisis Conductual Aplicado. (Applied Behavioral Analysis, ABA).*

Dentro del método ABA hay una variación de procedimientos para reforzamiento como: enseñanza incidental, entrenamiento en ensayos separados o el Discrete Trial Training (DTT) y Entrenamiento de Respuesta Estructural (Pivotal Response

Training-PRT); De esta forma, a un niño con SA le facilita la reestructuración del pensamiento.

Mascotena (2007 en Ale, 2010) indica que ABA:

“...Logra un tratamiento intensivo y abarcativo, focalizado en enseñar al niño las conductas que no logró aprender de manera natural, utilizando como herramienta básica la técnica del ensayo discreto en repeticiones masivas, separadas en forma de programas divididos por áreas y con objetivos concretos...aplicando el principio de reforzamiento positivo para la enseñanza...” (p.16).

También se utilizan técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, con el fin de corregir la irritabilidad y ansiedad en niños con SA. Según Legido (2011) el objetivo es enseñar habilidades cognitivas y estrategias de relajación, para que reconozcan sentimientos de ansiedad y puedan desarrollar habilidades de aceptación ante la frustración ocasionada en la vida diaria.

### **2.3 Intervención Psicológica**

Los programas de intervención psicológica para el SA, TGD y TEA, según Attwood (1998), Cabral (2013) y Grivel (2009), se fundamentan en la terapia cognitivo-conductual; su fin es la modificación de conducta y el manejo de emociones. En su mayoría origen norteamericanos y son utilizadas para diferentes culturas haciendo adaptaciones al idioma de interés; Para la versión en español las traducciones están contextualizadas a la cultura española, teniendo una amplia gama de manuales e investigaciones (Alcami, Molins, Mollejo, Ortiz, Pascual, Rivas y Villanueva, 2008; Vázquez y Murillo, 2007; Borreguero, 2004; Fuentes-

Biggi, et. al., 2006; De la Iglesia y Olivar, 2007; Freire, Llorente, Gonzalez, Martos, Martínez, Ayuda y Artigas, 2005) que han sido utilizados en nuestro país; lo que sugiere una ausencia de contextualización a las necesidades de nuestra población.

### *2.3.1 Programas Conductuales*

Según Volkmar, et al. (1999), los programas conductuales están dirigidos a corregir la comunicación y la conducta interpersonal, abordan elementos psicoeducativos, son intensivos, implican a los padres y son de larga duración.

- *Modelo Denver de Atención Temprana Para niños con Autismo.*

El modelo Denver es un programa llevado a cabo por la Dra. Sally en el 2000, para el desarrollo interpersonal de infantes con autismo. A través de un intensivo trabajo con terapeuta y padres en interacción con el niño.

Smith, Roger, y Dawson (2015) indican que el modelo pretende: llevar al niño a relaciones sociales interactivas coordinadas durante la mayor parte del tiempo, para desarrollar la comunicación interpersonal y simbólica con el fin de transmitir conocimiento y experiencia social; Así como, la enseñanza intensiva para “llenar” los déficits de aprendizaje que han resultado de la condición autista.

Teniendo como principios:

1. Aumentar la respuesta social del niño (involucración social, la reciprocidad y el compartir afectos).
2. Usar los principios del proceso al desarrollo normal durante la intervención.

3. Se basa en el aprendizaje y enseñanza de los principios del análisis aplicado a la conducta (ABA), con las estrategias del entrenamiento a través de Respuesta Pivotal (PTR) para incrementar la motivación y espontaneidad; mejorar el lenguaje; trabajar sobre la respuesta y generalización; y reducir las conductas indeseables. Manteniendo las conductas aprendidas a través de varios contextos y personas.
4. Promover la comunicación y el lenguaje dentro de una relación positiva basada en el afecto. La intervención en el lenguaje verbal se desarrolla de la comunicación social no verbal para interactuar con los otros bidireccionalmente, durante cada sesión.
5. El autismo es un desorden con múltiples déficits que requiere de un amplio equipo interdisciplinario (profesionales, padres y hermanos) para planear, dirigir, supervisar y evaluar los avances del programa.
6. Individualizar el programa para cada niño, tomando en cuenta las fortalezas, debilidades y necesidades de cada uno.

La estructura del programa consiste en: Terapia individual de 20 horas semanales; Actividades rutina de carácter sensorial, donde el objetivo primario es compartir emocional y el incremento de la motivación social durante la interacción; que el terapeuta maximice la motivación e interés del niño variando las actividades (movimiento, espacio y comunicación).

### 2.3.2 Intervención a través de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Attwood (2002) introduce a la TCC como un programa de tratamiento que se focaliza en aspectos de deficiencia cognitiva: en términos de madurez, complejidad y eficacia del pensamiento, así como una distorsión cognitiva (pensamiento disfuncional), por tanto la intervención tiene una aplicabilidad directa para los niños y adultos con SA de los que sabemos tienen déficits y distorsiones de pensamiento.

El proceso de terapia cognitivo conductual se dividen en cuatro ejes: 1) *la educación afectiva*, en ella se enseña a identificar emociones propias, serán expresadas en distintas intensidades para cada individuo. De modo que, la persona con SA comenzara a detectar cuales son las emociones que no logra controlar y afectan su vida diaria; 2) *la reestructuración cognitiva*, al paciente se le darán herramientas para corregir sus conceptualizaciones distorsionadas, y creencias disfuncionales. Lo que implicará cuestionar su pensamiento actual con evidencia lógica y racional sobre sus emociones; 3) *manejo del estrés*, aquí se le enseñara al paciente técnicas de relajación, sin embargo, para poder llegar a utilizar la relajación, el paciente debe identificar cuáles son las situaciones que lo llegan a estresar ; y 4) *la auto reflexión*, en esta fase se sabe que las personas con SA cuentan con la dificultad para conceptualizar los pensamientos y los sentimientos de los demás, por consiguiente se afirma que también son incapaces de reflexionar sobre sus propios pensamientos y sensaciones. Por lo que el

terapeuta creara estrategias para llegar a una autoimagen más positiva y realista de sí mismos (Attwood, 2002).

### *2.3.3 Programas en habilidades sociales*

La interacción social de los niños con SA sigue un patrón anteriormente descrito, sin embargo, la forma de relacionarse dependerá de cada individuo y en cómo trate de habituarse a las reglas sociales del contexto en el que se encuentre (ámbito escolar, hogar y comunidad). Por lo que la intervención en habilidades sociales está dirigida a promover su aprendizaje social y emocional enseñándole las destrezas esenciales para desarrollar competencia social y emocional (Barnhill, 2002).

La importancia de que un niño tenga relaciones interpersonales facilitará su autorregulación conductual y hará mayor énfasis en la interacción con sus iguales, puesto que le proporcionará o lo llevará a conocerse a sí mismo y a los demás; en las relaciones con los iguales el niño aprende mucho sobre él y su identidad, llega a conocer su propia competencia al relacionarse con los demás y al compararse con ellos forma su autoconcepto

García (2013), Ruiz (2011), Britton (2006) y Barnhill (2002) coinciden en que los objetivos de una intervención en habilidades sociales deben: lograr un aumento del contacto ocular; fomentar el aprendizaje de fórmulas para iniciar y finalizar una conversación; desarrollar tópicos en la conversación; identificar en historias sociales, videos y series los aspectos paralingüísticos y emocionales de la comunicación; promover el conocimiento y reconocimiento de emociones en

ellos mismos y en personas del entorno; promover la comprensión de emociones complejas, enseñar la diferenciación entre sentimiento-pensamiento-actuación; desarrollar habilidades de atención conjunta; y promover un juego funcional y simbólico.

Uno de los métodos ampliamente utilizados para la enseñanza de habilidades sociales en los niños con síndrome de Asperger, ha sido el de las historias sociales (García, 2012, Ruiz, 2011, Britton, 2006, Gray, 1998y Barnhill, 2002). Esta técnica, desarrollada por Gray (1998 en Ruíz, 2011), se basa fundamentalmente en la enseñanza de habilidades sociales a través de historias que describen a personas, lugares, acontecimientos y conceptos o situaciones sociales, siguiendo un contenido y formato específico. Estas historias deben incluir los elementos más importantes de la situación social: quién, qué, cuándo, dónde y por qué (Sibón, 2010 en Ruíz, 2011).

#### *2.3.4 Programas evolutivos*

Tienen el propósito de enseñar técnicas sociales y de comunicación en ambientes estructurados, así como desarrollar habilidades para la vida diaria (habilidades “funcionales” y “motoras”) con la finalidad de ayudar al niño a desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas.

- Modelo DIR (Development, Individual Differences, Relationship-based)/FLOORTIME



Mulas et al. (2010) indican que surge a partir de los planteamientos del psiquiatra Stanley Greenspan y es un modelo de desarrollo basado en las diferencias individuales y en las relaciones.

Este modelo permite evaluar integralmente y en forma interdisciplinaria el perfil único para cada niño, ya que utiliza la planificación de programas específicos a partir de su perfil. Para esta intervención es muy importante el rol que tienen las emociones y los intereses naturales del niño, ya que estos serán esenciales para las interacciones de aprendizaje que les permitirán con el tiempo tener niveles más altos de capacidades emocionales, sociales e intelectuales.

El modelo DIR se complementa con la técnica de FLOORTIME, en conjunto con el juego espontáneo desafía al niño a tener logros mayores, tal como conversaciones e interacciones en otros lugares. Destaca por el apoyo que ofrece a las familias para que sean ellas quienes establezcan interacciones lúdicas favorecedoras del desarrollo (regulación, vinculación, comunicación de emociones e ideas, etc.)

Conforme a Abelenda y Casals (2012), el objetivo primordial que persigue es crear relaciones placenteras, poniendo el foco en la motivación intrínseca y en las emociones versus conducta. Para ello se basa en cuatro principios esenciales: realizar sesiones diarias de al menos 20 minutos, seguir el liderazgo del niño, construir sobre sus intereses y por último, construir de abajo hacia arriba (de las capacidades iniciales a las posteriores).

### 2.3.5 *Intervención con la familia*

La familia juega un papel importante dentro de la intervención, pues con ella convive día a día el miembro Asperger; además de ser la familia quien fomenta la integración social del niño. Los programas psicológicos que se han encargado de involucrar a la familia en la intervención hacen alusión a una participación activa de los padres, pues se les capacita para llevar a cabo técnicas necesarias en la vida cotidiana del paciente, es decir se les entrena para ser “co-terapeutas”; de forma que el psicólogo es quien da la técnica y el padre la simula en casa.

Lozano (2004) menciona que el terapeuta hace diversas propuestas en función de las necesidades tanto de la familia como del propio niño afectado de SA de la siguiente forma:

- Programas de intervención individuales con el niño, con procedimientos de generalización al entorno familiar.
- Programas terapéuticos individuales para algunos miembros de la familia (técnicas de regulación emocional, aceptación del problema, estrategias de solución de problemas, implicaciones para la vida cotidiana de la familia, ansiedad, angustia, etc.)
- Programas de entrenamiento y educación para grupos de padres.
- Programas de entrenamiento a padres como coterapeutas.
- Programas de grupo para apoyo a hermanos y abuelos, tíos, etc.

Existen intervenciones psicológicas para personas con Autismo, donde hay una participación de la familia a través de la terapia familiar, por ejemplo: los psicólogos Leonardo Huncal (2014) y Ana Lacort (2014) publican un blog

denominado, Terapia Familiar Sistémica para Familias de Personas con Autismo, donde muestran su experiencia e investigación en el trabajo de éste tópico, como son: El autismo desde una perspectiva sistémica (Huncal y Lacort, 2013) y Terapia familiar y Autismo: de cómo sacarle brillo al espectro (Huncal, 2013); Otro ejemplo es un estudio de caso denominado Atención: presunto Autismo atendido en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo publicado por García (2012) donde la estrategia elegida fue la de conocer el problema a través de su solución en vez de asignar etiquetas.

Las intervenciones anteriores tienen en común, la utilización de la terapia familiar, dándonos una opción diferente para el manejo de esta problemática; Esto implica poder contextualizar, adaptar o incluso generar nuevas alternativas dentro de ese marco teórico para tener una intervención que involucre al sistema familiar en pro de las necesidades de un paciente con síndrome de Asperger.

### **3 EL SÍNDROME DE ASPERGER EN MÉXICO**

En México, el síndrome de Asperger es una condición poco conocida, ya que en voz de los especialistas mexicanos (López, 2014; Marcín, 2014; Treviño, 2013) este trastorno se ha difundido a partir del incremento de la población con SA. Los medios de comunicación (Televisa, 2013; Canal Once, 2016; TV Azteca, 2014; El Universal, 2013; W radio, 2013, 2016) también lo han difundido; lo describen dentro de la novedad en padecimientos psiquiátricos, hablan sobre las características, la poca incidencia, las confusiones que hay sobre el diagnóstico y proporcionan información de instituciones en las que pueden solicitar ayuda; Demostrando la carencia de información que posee nuestro país respecto al tema.

Lo anterior nos da a conocer el panorama en el que encontramos al SA y lo importante que es abordar las necesidades particulares de estos pacientes para lograr su adaptación e inclusión dentro de la sociedad, a partir de conocer el contexto (social, educativo, de salud, legal) en el que se desarrolla la persona con dicho trastorno.

#### **3.1 Contexto social y legal**

El SA es considerado como una condición de discapacidad, debido a las limitantes clínicamente significativas que presentan en cuanto al área social, comunicativa, ocupacional, entre otras; de tal manera que los ciudadanos con SA son acogidos por la “Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal” para el área local y la “Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad” a nivel

federal (SEGOB, 2012) .Bajo éste régimen, los pertenecientes tienen acceso a diferentes beneficios que comprenden:

- Ayuda económica: A nivel local existe el “Programa de apoyo económico a personas con discapacidad permanente” otorgado por el DIF-DF y a nivel federal existen varios programas de apoyo que dependen de la entidad federativa que lo otorgué, por lo tanto varen entre sí.
- Integración social: Que comprende la accesibilidad a entornos físicos, medios comunicativos, informativos y servicios; igualdad en condiciones para los derechos humanos y libertades fundamentales; fomentar la capacitación y la conformación de empleos.
- Integración educativa: estableciendo escuelas especiales (CAM, USAER ahora denominado UDEEI<sup>6</sup>) que brindan apoyo a través de especialistas.
- De salud: son derechohabientes a la atención médica, orientación psicológica, terapias especiales e implementación de programas de prevención y orientación.

En México falta reestructurar la definición de discapacidad legalmente, puesto que las particularidades de cada una no han sido contempladas, restringiendo su integración a la sociedad. Un ejemplo que clarifica lo expuesto es el caso de Ricardo Adair Coronel Robles, joven de 25 años, con síndrome de Asperger, residente del Distrito Federal, quien en el 2011 solicitó a la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) suspender la interdicción que le prohíbe

---

<sup>6</sup> Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva: Es la figura técnico pedagógica conformada por maestros especialistas para la atención de población indígena, migrante, con discapacidad (física, sensorial, intelectual y mental), con capacidades y aptitudes sobresalientes, talentos específicos o en situaciones de vulnerabilidad.

ejercer sus derechos político, civiles y jurídicos por el mismo; pues al contar con una discapacidad, sus padres tienen que solicitar al estado, se les otorgue la tutoría (Zapata, 2013). Afortunadamente para él, en 2013 fue disuelta satisfactoriamente su petición. La noticia causó controversia entre la primera sala de la suprema corte de justicia, el comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de naciones unidas y la CONAPRED para revalorar las condiciones a las que están restringidos.

A partir de este hecho, la primera sala de la Suprema Corte de Justicia dictaminó el 16 de octubre de 2013 lo siguiente:

...se adopta la propuesta de sentencia del ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, mediante el cual se emitieron lineamientos para la interpretación del estado de interdicción en torno a las personas con discapacidad...Así, a partir del nuevo modelo social de discapacidad, la primera sala realizó un análisis de todas las disposiciones del código civil para el Distrito Federal relacionadas con el juicio de interdicción, y se concluyó que...*el estado de interdicción debe ser proporcional según la discapacidad de cada caso...*

Es así, como el tema de la discapacidad en México ha ido tomando una actualización importante en beneficio de las personas y las familias que tienen esta característica.

En 2015, se aprobó la “Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista” (Senado de la Republica LXII Legislatura, 2015) que:

- Protege derecho de personas con autismo y de sus familiares.
- Avala el Día Nacional de la Integración a las Persona con Autismo.

- Plantea la creación de la Comisión Intersecretarial para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista, constituida como instancia de carácter permanente del Ejecutivo federal, para garantizar la ejecución de los programas en la materia.

Dicha comisión coordinará y dará seguimiento a las acciones que realicen dependencias y entidades de la administración pública federal; formulará mecanismos de coordinación entre los tres órdenes de gobierno; planteará mecanismos de concentración con los sectores social y privado; apoyará la promoción de políticas, estrategias y acciones en la materia, y propondrá al Ejecutivo federal políticas y criterios para la formulación de programas y acciones.

- Prohíbe: a las clínicas y hospitales rechazar la atención a personas con autismo; permitir que niños y jóvenes sean víctimas de burlas y agresiones; imposibilitar el acceso a servicios públicos y privados de carácter cultural, deportivo, recreativo; negar el derecho a contratar seguros de gastos médicos y denegar la posibilidad de contratación laboral a quienes cuenten con certificados de habilitación, entre otros.

### **3.2 Contexto Educativo**

La Secretaría de Educación Pública ha desarrollado un programa de integración al modelo educacional para todos los ciudadanos, impartido en el CAM, nombrado Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración

Educativa<sup>7</sup> que también se encarga de capacitar a la familia para el apoyo y trato adecuado a los menores.

El SA, al ser considerado como una condición con doble excepcionalidad (personas que tienen aptitudes sobresalientes intelectualmente y pertenecen a otro grupo vulnerable) es integrado a los programas impartidos por la SEP (Jiménez y De la Torre, 2011), gracias al decreto aprobado el 20 de mayo del 2013, nombrado, Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, que tiene como objetivo “contribuir a mejorar la capacidad de las escuelas y servicios educativos para generar condiciones de inclusión y equidad, mediante la promoción de acciones que garanticen el logro de aprendizajes, la retención, la reinserción y el egreso oportuno en Educación Básica enfatizando en la niñez en riesgo de exclusión y contexto de vulnerabilidad” (Subsecretaria de Educación Básica, 2014, p.1); en el decreto también se incluye a la Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva (UDEEI antes USAER) encargada de lograr dichos objetivos.

### **3.3 Contexto de salud**

Dentro del sector salud, las instituciones que han indagado y atendido este tópico son:

---

<sup>7</sup> Este programa fue una propuesta a nivel federal, sin embargo solo 13 entidades federativas lo adoptaron. En mayo de 2008 en la Alianza por la Calidad de la Educación (ACE) se especifican los 5 ejes que comprenden dicho programa: “bienestar y desarrollo integral de los alumnos”, “condiciones sociales para mejorar el acceso, permanencia y egreso oportuno” en el que suscribe el acuerdo para la “atención a niños con discapacidad, aptitudes sobresalientes y talentos específicos”.



- Clínica Mexica de Autismo (CLIMA), es una asociación civil mexicana, integrada por especialistas y familiares de personas con espectro Autista que opera a través de una red nacional de instituciones con programas y servicios para mejorar las condiciones de vida de las personas que viven con algún TEA y otras alteraciones del desarrollo neurológico, incluyendo el SA. Dentro de los servicios que ofrece CLIMA se encuentra el programa de detección e intervención temprana de infantes en riesgo de autismo; brinda programas especializados que contribuyan a la incorporación en la sociedad de niños y jóvenes con algún TEA; otorgan asesoría y capacitación, por ejemplo, el diplomado en terapéutica del síndrome de asperger para formar especialistas con un amplio y solido sustento teorico-practico; y contribuyen a la integración educativa en la escolaridad regular. (CLIMA, 2014).
- Instituto DOMUS es una asociación no gubernamental, encargada de la atención a personas con autismo, con SA y a sus familias; A partir de un modelo de atención integral para mejorar su calidad de vida y lograr su inclusión en la sociedad; Los especialistas en Domus se encargan de realizar una evaluación funcional, donde identifican el potencial de aprendizaje, comunicación e interacción de cada paciente y desarrollan un plan de atención personalizado, basado en competencias individuales; Los programas de intervención que manejan son: Análisis conductual aplicado (ABA), Tratamiento Educativo para personas con autismo y trastornos de la comunicación asociados (TEACCH), sistema alternativo y aumentativo de comunicación (SAAC), entre otros. DOMUS trata de integrar el aprendizaje

a toda la familia y a todos los momentos de interacción, incorporarlo a su universo (casa, escuela, trabajo, etc.) usando el modelo social de discapacidad (DOMUS, 2014).

- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”: Es una institución pública que se encarga de la atención a pacientes con diferentes trastornos, entre ellos el SA.

Arciniega y cools (2011) mencionan que el proceso dentro de la institución inicia con un diagnóstico específico que incluye en primer instancia la identificación del desarrollo atípico a nivel de atención primaria (o antes) mediante un sondeo clínico que se combina con la utilización de instrumentos de tamizaje, donde se pretende encontrar “focos rojos” en la socialización, comunicación y conducta, con el fin de identificar el trastorno que hay que atender; cuando se identifica que se refiere a un trastorno del espectro autista, el siguiente paso consiste en una serie de evaluaciones que inicia con instrumento de entrevista y observación basados en los criterios diagnósticos internacionales CIE-10 y DSM-IV-TR y el uso de los siguientes instrumentos: The Childhood Autism Rating Scale (CARS); The Asperger Síndrome Diagnostic Scale (ASDS), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-G), The Finders Observation Schedule of Pre-Verbal Characteristic-Revised (FOSPAC-R); lo siguiente será hacer una valoración de desarrollo a través del instrumento “The Vineland Adaptive Behavior Scale (Escala de Madurez Social); una valoración cognoscitiva y de comunicación con los instrumentos: Escala de inteligencia Stanford-Binet (CI); Escala de

Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar (WISC-R); Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial y General), Test Vocabulario en Imágenes de Peabody (vocabulario receptivo).

Una vez concluido el diagnóstico se deben determinar los servicios a los que se canalizará a cada uno de los pacientes según los servicios disponibles bajo un modelo integral que consiste en un apoyo Médico/Fármaco y Psicosocial en: Educación (intervención medida por padres); Comunicación (Habilidades de comunicación Temprana y comunicación social e Integral); y Psicológico /Conductual (Focal, Específica (TCC) y Ocupacional); Por último, realizan una revaloración comparativa cada dos años y observan los avances.

- Centro Autismo Teletón (CAT): Es una institución privada que impacta en la realidad de mexicanos que viven con algún diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista mediante el trabajo diario de sus colaboradores (psicólogos, pedagogos, psiquiatras y voluntarios), se encargan de instruir a los niños promoviendo su pleno desarrollo e inclusión a la sociedad bajo la metodología TEACCH; por medio de la intervención temprana se busca integrarlos a escuelas regulares.

Este lugar cuenta con los más altos estándares de calidad y atiende a niños entre los 3 y los 8 años de edad. También cuenta con una atención anual de 110 niños y sus familias (Fundación Teletón, 2014).

La directora Tania Karasik en Álvarez (2008) menciona que el proceso de ingreso y diagnóstico al CAT es de la siguiente forma:

“consiste en tres citas, en donde viene la familia a una primera cita, sin el chico a evaluar, ahí se conoce la situación del niño con TEA, se aplica un cuestionario y ya en una segunda cita se evalúa al niño”. (Alvarez, 2008, p1).

El cuestionario que aplican es el Filtro Mexicano para el Trastorno Autista, “este filtro es un instrumento muy útil porque nos ayuda a detectar signos de alerta, es un cuestionario muy simple, y si se cumple con un determinado número de ítems, se puede decir que existe una sospecha” (Alvarez, 2008, p1).

En la segunda cita se hace una valoración-diagnóstica mediante la observación de la conducta, solo así se puede detectar. Estas herramientas científicas sirven para valorar a una persona, sin embargo solo la observación permite dar un diagnóstico certero. Posteriormente se capacita a las familias por medio de talleres para que aprendan a vivir con un hijo con este trastorno, que el propio chico puede ser independiente dentro de sus posibilidades y capacidades (Álvarez, 2008).

- Asperger México es una asociación privada formada por padres de familia que fomenta la inclusión, el respeto, la aceptación y la autosuficiencia de las personas con Síndrome de Asperger. El objetivo de la institución es formar profesionales en el campo de la educación y la salud con un amplio y sólido sustento teórico práctico, para la intervención psico-educacional y terapéutica de las personas con SA y sus familias; Proporcionar información actualizada y relevante a personas con SA sus familiares, amigos, escuelas y personas cercanas para concientizar sobre los retos y ventajas de

síndrome y fomentar en ellos una mejor calidad de vida; Referir a las personas con esta condición y a sus familiares a especialistas para diagnóstico y terapia. También se integra al diplomado en Terapéutica de Síndrome de Asperger en conjunto con CLIMA (Asperger México, 2014).

Si bien, estas no son todas las instituciones mexicanas<sup>8</sup> en las que se brinda apoyo para el SA, son las más recurrentes dentro del área metropolitana y las de mayor difusión.

Como ya observamos estas instituciones hacen uso de los diferentes programas que expusimos en el capítulo 2, teniendo como foco primordial desarrollar las habilidades sociales del paciente con SA, usando como “herramienta co-terapéutica” a la familia; Sin embargo, identificamos que la familia puede dejar de ser una “herramienta” y convertirse en un modelo que fomente las habilidades sociales del paciente, tal es el caso de la intervención para personas autistas a través de la terapia familiar (Huncal, 2013; Huncal y Lacort, 2013 y García, 2012).

En nuestro país, hasta el momento no existe una evidencia bibliográfica que bosqueje una propuesta de terapia familiar.

---

<sup>8</sup> Esta tesis cuenta con un directorio de Instituciones que brindan apoyo a las personas con SA en México, para consultarlo dirigirse al anexo 3.

## **4 LA IMPORTANCIA DE UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA PACIENTES CON SINDROME DE ASPERGER**

Cuando una familia tiene un integrante con SA, toda ella se ve afectada, no obstante, la atención psicológica es solicitada únicamente para la persona con dicho perfil; Sería conveniente tenerla en cuenta dentro de la intervención, para favorecer las limitantes que trae el síndrome, a través de las herramientas que la familia pueda brindarle.

Autores como Ato, Galian y Cabello (2009), Rodríguez (2005), Peral, Fernández, Balet y Sukia (1993) coinciden en que es necesario que en la intervención psicológica de personas con TEA se incluya la familia, ya que es ella quien te muestra cómo se llevan a cabo las relaciones, roles, juicios y creencias sociales; Por consiguiente, las familias con SA requieren una intervención que los guíe a identificar cuáles son los recursos con los que cuentan, para beneficiar las habilidades sociales y de autonomía en su hijo, es decir, hacer una intervención desde la terapia familiar.

Desde esta perspectiva, la familia es concebida como: “un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior” (Minuchin, 1974, p.26); La cibernética sostenía que “el sistema familiar es estabilizado mediante procesos de regulación autocorrectivos, activados como respuesta a un intento de cambio” (Haley, 1980, p.26).

Consecuentemente en las familias de personas con SA, las conductas del grupo se verán permeadas por sus integrantes, así como, la información sobre las

condiciones exteriores, pues estarán bajo un constante proceso de retroalimentación.

Maturana y Varela (1973), refieren a la autopoiesis como un proceso de autoregulación y como la forma básica de autonomía. Para ellos el ser humano es una máquina autopoietica:

Una máquina autopoietica es una máquina organizada como un sistema de procesos de producción de componentes concatenados de tal manera que producen componentes que (i) generan los procesos (relaciones) de producción que los producen a través de sus continuas interacciones y transformaciones, y (ii) constituyen a la máquina como una unidad en el espacio físico (Maturana y Varela, 1973, p. 67).

Es decir, “El sistema autopoietico cambia como respuesta a estímulos externos a él, pero también como resultado de cambios internos que compensan los anteriores. Ambas fuentes de transformación están acopladas y son inseparables” (Vega, 2013, p. 9 y 10).

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos referirnos a la familia y al paciente con SA como seres que pertenecen a un sistema autopoietico y que a su vez cada uno se autoregula y crea su propia autonomía partir de un proceso interaccional (retroalimentación). Sin embargo, a causa de las características que posee el paciente con SA, el proceso de autoregulación de esta familia se modifica; por consecuente su autonomía también se ve alterada.

Una propuesta de terapia familiar, con familias de pacientes con SA, pretende introducir un cambio en la interacción de los miembros, es decir, realizar un cambio en la pauta que producirá un aprendizaje a partir del proceso de

retroalimentación; El objetivo principal de generar un aprendizaje a partir de una terapia familiar, es que los pacientes identifiquen los recursos con los que cuentan para modificar su dinámica y a su vez impactar en la autonomía de su hijo.

De tal modo que una terapia familiar complementará la intervención de los programas ya establecidos para el SA, pues promoverá la involucración de la familia para que sea ella quien fomente la autonomía del niño.

A través de un análisis bibliográfico<sup>9</sup> sobre los diferentes modelos terapéuticos familiares, identificamos que el modelo de Terapia Centrada en Soluciones contribuye en la formación de la autonomía de pacientes con SA ayudada del trabajo y recursos de su familia, a partir de hacer a un lado la historia sobre el problema y ampliar las excepciones al mismo; En otras palabras, la flexibilidad del modelo permite identificar en que momento el comportamiento de un niño refleja autonomía, con el fin de ampliar esta conducta a través de los padres y que a su vez identifiquen que la condición de Asperger no determina el objetivo que quieren alcanzar.

La Terapia Breve Centrada en Soluciones nació a comienzos de los setentas en la ciudad de Milwaukee, las bases de esta terapia fueron: los trabajos de Milton Erickson y el trabajo clínico del Mental Research Institute. En el año de 1978 el equipo formado por Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt, Eve Lipchick, Bill O'Hanlon y Steve de Shazer crean el Centro de Terapia Breve (Brief Family Therapy Center); que se sustentaba en la práctica basada en la evidencia, mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención, observación y teorización (Lipchick, Derks, Lacourt y Nully, 2012 en Moreno, 2013).

---

<sup>9</sup> Ver anexo



Este enfoque se caracteriza por no interesarse en el problema, ni hacer un diagnóstico, por lo tanto trabaja con las excepciones para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que los involucrados han conseguido alejarse del problema; Se requiere una descripción precisa sobre las excepciones para encontrar pautas de solución que al ampliarse comienzan a generar el cambio deseado. Se pretende que los pacientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos.

Beyebach (1999 en Góngora, Fuentes y Ugidos en 1999) menciona que las bases de esta terapia son:

- a) Trabaja con las construcciones sociales de los clientes.
- b) La labor del terapeuta no es buscar las claves ocultas por debajo de lo que los clientes dicen, sino simplemente ayudarles a hablar/narrar de tal forma que puedan encontrar vías de solución, alternativas más positivas que la queja.
- c) No adoptar un modelo de normalidad.
- d) “Problema” y “solución” son categorías distintas. No es necesario conocer el problema para solucionarlo.
- e) Los clientes tienen los recursos necesarios para lograr sus objetivos, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La tarea del terapeuta es movilizar estos recursos, ayudar a la familia a que se ayude a sí mismo.
- f) Tomar en cuenta el “punto de vista contextual”, es decir, analizar los fenómenos dentro del contexto que en él se producen; Además, interesa por lo general contar con la colaboración, no solo de la persona etiquetada

como “paciente”, sino también con otros integrantes del sistema: familia, escuela, etc.

g) Introducir un cambio pequeño en la situación (lo que se ha denominado “efecto de bola de nieve”).

Las técnicas para el manejo de la terapia según Beyebach (1999 en Moreno, 2013): proyección al futuro, trabajo sobre excepciones, las preguntas de escala, connotaciones positivas, el uso de metáforas, tareas de fórmula, directa y paradójica y el uso de rituales entre otras.

Cabe señalar que las sesiones de las que consta esta modalidad terapéutica, se calculan de 5 a 7 sesiones (pueden ser más o menos, dependerá de la situación); En la primera sesión, se realiza una entrevista inicial donde se acuerdan los objetivos alcanzables de la terapia, se hace una búsqueda de todas las excepciones que ha utilizado el paciente ante el problema y se plantea una tarea que ayude a ampliar las excepciones encontradas; Segunda sesión y subsecuentes, se sugiere que el terapeuta se centre en corroborar los cambios que van surgiendo y a su vez evaluar las metas terapéuticas, por tal motivo cada sesión debe ser rigurosamente planificada de acuerdo a los resultados que proporciona el paciente, tomando en cuenta los objetivos que desean alcanzar.

Durante las sesiones es conveniente el uso del mensaje final que consta típicamente de elogios y tareas, con el fin de subrayar aquello que la familia está haciendo bien, cualidades o recursos.

Hasta aquí hemos descrito la terapia que empata con la propuesta de intervención para pacientes con SA. Tanto las premisas como el desarrollo de las sesiones nos permiten identificar el uso de los recursos de la familia como

proveedores de autonomía para el niño con Asperger, desde la singularidad de su condición.

Otro recurso del que podemos valernos para hacer una intervención integral, es el uso del trabajo de pares enfocado a la familia; pues si recordamos, la cibernética refiere a “los seres humanos, no como entidades separadas, sino como un grupo en curso dentro del cual los integrantes reaccionan uno al otro en formas homeostáticas.” (Haley, 1980, p.26). Esta concepción nos permite asumir la influencia que la comunidad inmediata (familia) ejerce sobre las necesidades del paciente, de tal modo que realizar un trabajo de pares, generará “un sentido de unidad compartida entre los individuos que están pasando por la misma experiencia” (Turner en Denborough, 2008); teniendo en cuenta la individualidad dentro de la diversidad; Lo dicho hasta aquí supone que un programa de intervención a través de la comunidad, para informar a personas con la misma condición, empoderará los conocimientos, las habilidades y estrategias de respuesta ante el SA.

Todas estas observaciones se relacionan también con el trabajo de pares que se realiza en la metodología LOP<sup>10</sup>, consiste en “identificar, sensibilizar, capacitar e involucrar a las personas que tienen un liderazgo reconocido en la población clave, para que transmitan mensajes entre otros integrantes...”(Garza y Aguilar, 2013, pag.5); Esta metodología está basada en la Teoría de la Difusión de Innovaciones propuesta por el sociólogo Everett Rogers (1962), quien logra hacer implementaciones en temáticas de promoción sexual, planificación familiar,

---

<sup>10</sup>Dicha metodología está dirigida a personas que viven con VIH y se enfoca en la prevención de esta y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Para mayor referencia a esta metodología dirigirse al ANEXO 4 o consultar la siguiente liga <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/lideres.pdf>

prevención de cáncer, etc. (Torres y Chávez, 2008). Rogers propone esta teoría a través de la influencia de la comunicación, en la que define a la “sociedad en términos de la comunicación y ésta en términos de red...”; A lo que más adelante denominará innovaciones, que hace referencia. “...al proceso en que los participantes de un sistema social crean y comparten información a fin de llegar a una comprensión mutua” (Figuroa, 2011, p. 19). Su pensamiento se sustenta en Daniel Lerner y Wilbur Schramm; Roger también legitimó la propuesta de Gregory Bateson sobre la ecología de la mente, la idea de la red de afiliaciones de Georg Simmel y la sociometría de Jacob L. (Universidad América Latina, en Figuroa, 2011); La idea primordial de Rogers (1962), sobre la difusión de innovaciones “es el proceso de comunicación que tiene como objeto socializar nuevas ideas entre los miembros de un determinado sistema social... a través de... la comunicación interpersonal” (Garza y Aguilar, 2013, p.10).

## **5 PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA LOGRAR LA AUTONOMÍA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER**

Esta propuesta surge como resultado de una amplia revisión bibliográfica acerca de la intervención en pacientes con Síndrome de Asperger; a lo largo de esta exploración identificamos la carencia de programas que involucren a la familia de pacientes con SA como parte integral y fundamental del proceso de intervención. Por tanto, esta propuesta busca favorecer la autonomía de dichos pacientes a través de la familia, lo que les permitirá desarrollar habilidades de competencia, toma de decisiones conscientes y elegir las normas que van a regir su comportamiento, para lograr inclusión en ámbitos sociales.

También fortalecerá el trabajo del psicólogo en espacios como USAER, CAM y UDEEI donde hasta el momento, se encarga de brindar estrategias a la familia y asesorar a los profesores en el desempeño con el alumno dentro del aula. A través de esta propuesta el psicólogo puede realizar una intervención integral, para el paciente con SA y la familia, e incluso adaptarla a la sintomatología que le compete.

La propuesta consiste en sugerir un programa de intervención que consta en dos fases simultáneas: la primera será una guía de intervención centrada en soluciones, basada en el mapa de Steve D`Shazer; y la segunda fase será un trabajo de pares (padres trabajando con padres), apoyado en la metodología de Líderes de Opinión Popular (LOP). Ambas herramientas serán adaptadas a la población de nuestro interés.

## **5.1 Objetivos**

Favorecer la autonomía del paciente asperger a través de los recursos brindados por su familia, para colaborar en la educación y adaptación social.

### *4.1.1. Objetivos particulares*

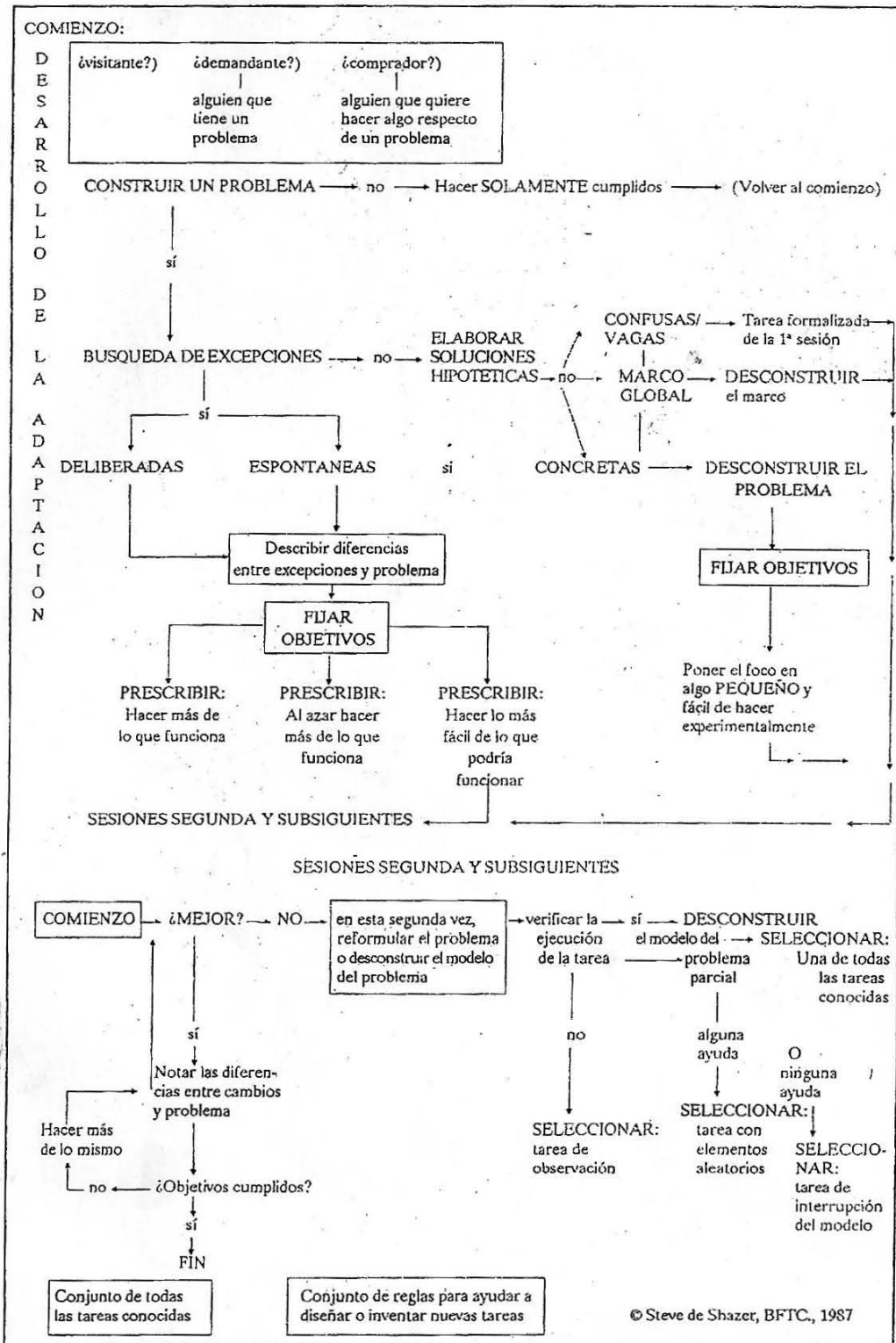
- Sensibilizar e informar a la familia acerca del Síndrome de Asperger para romper con los mitos del síndrome a través de un taller para padres basado en la metodología de Líderes de Opinión Popular.
- Identificar los recursos con los que cuenta la familia para brindarlos como herramientas a su hijo(a) y que fomente su autonomía mediante la Terapia Centrada en Soluciones de Steve de D`Shazer.

## **5.2 Guía para el abordaje de pacientes con síndrome de Asperger desde la terapia familiar centrada en soluciones**

A continuación desarrollaremos una propuesta de Terapia Familiar Centrada en Soluciones, que será una guía para la intervención terapéutica de familias que cuentan con un hijo con Síndrome de Asperger; para esta propuesta utilizaremos el mapa central de Steve D` Shazer como guía de la planeación de una primera y subsecuentes sesiones terapéuticas.

En principio, se muestra una adecuación del mapa de D`Shazer a una terapia para una familia que cuenta con un integrante diagnosticado con Síndrome de Asperger.

### EL MAPA CENTRAL



En el mapa anterior se muestra la guía para la intervención a través del modelo de soluciones en la que asiste un padre o madre de familia a consulta, en búsqueda de ayuda para su hijo que tiene diagnóstico de Síndrome de Asperger y fue remitido por otro especialista (psiquiatra, maestra o institución que atiende el padecimiento del menor).

Para el desarrollo de la sesión el mapa sugiere que al comienzo se defina qué tipo de persona está solicitando la terapia: a) visitante: es la persona que no identifica un problema, pero lo mandaron o llevaron a terapia y por eso asiste, b) demandante: es la persona que identifica un problema y quiere que se resuelva pero no está interesado en participar para ello; o c) comprador: que es la persona que identifica el problema y está interesado en la resolución y en participar en ella.

En nuestra propuesta, identificamos que en terapia con la familia de un paciente con SA, tenemos un visitante que es el paciente diagnosticado con Síndrome de Asperger y un demandante que es el padre/madre de familia (o tutor que acompaña al paciente con SA) que está interesado en que su hijo mejore. La tarea del terapeuta consistirá en atraer al visitante y demandante, pero sobre todo al demandante en ser comprador.

El dialogo con el comprador deberá ir dirigido a normalizar la condición del asperger (“es una persona que puede realizar diferentes y todas las actividades que realizaría otra persona”; “él puede llegar a tomar decisiones por sí solo” ) , haciendo énfasis en que el niño Asperger cuenta con capacidades para lograr una autonomía, también puede ayudarse al ejemplificar casos de personas adultas que han logrado la autonomía en la mayoría de edad o han realizado tomas de decisiones importantes en su vida (un ejemplo claro es el caso de Adair,



mencionado dentro de la tesis), para lograrlo es importante recordar que al comprador le tiene que quedar claro que el objetivo será alcanzado gracias al apoyo y trabajo que la familia realice con los Asperger.

La acción siguiente a realizar, según el mapa, es la construcción de un problema, para esto nos sugiere dos vertientes, si se puede construir o no: en caso de no poder construirse el problema, nos menciona que solamente se harán cumplidos y se vuelve al comienzo de la sesión. De ocurrir esto, el paciente continua siendo un visitante o demandante, por lo tanto los cumplidos a dar facilitaran que el paciente se vuelva un verdadero comprador y pueden dirigirse a felicitaciones por el interés en el bienestar de su familia, por asistir a terapia o por querer ayudar a su hijo; Por ejemplo, “quiero felicitarlo por asistir a terapia, ya que eso habla de lo preocupado y comprometido que esta con su familia y así mismo se nota el interés que tiene en el bien-estar de ella...”. A continuación se invita al paciente a participar activamente (ser comprador) en la terapia: “...en mi experiencia, he percibido que ese es el entusiasmo que se requiere para ayudar a la autonomía de los pacientes ya sean Asperger, autistas, tengan algún otro padecimiento o sean niños con problemas de conducta, puesto que los padres que cuentan con ese entusiasmo se involucran en la terapia, toman la terapia y trabajan mano a mano con su hijo. ¿Le interesaría ser uno de estos padres?”.

Es el momento de construir un problema, es importante recordar que esto es un dialogo sin interrupción y para ésta altura el paciente ya nos ha dado pistas de la problemática.

La importancia de construir un problema, gira en torno de dejar claro las expectativas y cosas a realizar dentro de la terapia, es decir, delimitar los objetivos

que si se pueden cumplir en ella y que sean claros tanto para el paciente como para el terapeuta. Para indagar sobre ellos se puede preguntar “¿Cuáles son las expectativas que tiene de esta terapia?”, si el comprador responde con objetivos inalcanzables (que se le quite el Asperger a su hijo, que su hijo deje de tener manías, etc.), el terapeuta deberá aclarar a partir de su conocimiento sobre el Asperger, cual es la condición de estas personas y buscar en conjunto objetivos que sean alcanzables a partir de su cooperación (autonomía, socialización, comprensión de sentimiento, coordinación motriz, etc.).

Realizado lo anterior, De' Shazer sugiere a partir de su mapa, se haga una búsqueda de excepciones, los momentos en los que no está el problema. Para las familias que buscan la autonomía de sus hijos con Asperger, la búsqueda de excepciones se puede lograr preguntando por las ocasiones en que los padres identifican que su hijos han sido autónomos, por ejemplo: “¿Cuáles son las actividades que su hijo realiza por si solo?”, “¿Qué tareas del hogar le corresponden realizar a su hijo?”, “¿Realiza sus tareas escolares sólo o recibe ayuda?”, “¿Ha notado si tu hijo toma decisiones por si solo? o ¿Consulta con usted o alguien más si puede realizar o no alguna acción?”. En caso de que los padres respondan que si a alguna de estas preguntas, el terapeuta deberá indagar sobre el momento y el contexto de la excepción para poder ampliarla: “¿Cómo ha hecho su hijo para resolver dicha problemática?”, “¿Qué ha sido diferente en ese momento?”, “¿Cómo lo nota usted y cómo lo notan los demás?”, “¿Qué creé que debería de pasar para que esto suceda más a menudo?”. A continuación el terapeuta debe discriminar si se tratan de excepciones deliberadas ( se refiere a excepciones voluntarias, controladas y que provoca la excepción a la queja) o

espontaneas (se refiere a que son no voluntarias, no controladas y su presencia no garantiza la ausencia de la queja), esto con el fin de conocer qué hacer sobre la excepción, ya que si es deliberada se puede prescribir hacer más de lo mismo, para la terapia Asperger se le pedirá al padre que provoque la excepción y a partir de ésta pueda ampliar otro comportamiento de autonomía; En el caso de ser espontáneas, se buscará ampliar la más fácil y es la que se ejecutará de tarea, por ejemplo, a los padres Asperger se les puede brindar opciones de esas excepciones espontáneas que se identifican como resolubles y pedirles que elijan la que consideren sería más fácil.

A continuación el mapa indica, describir diferencias entre excepciones y problemas, es decir, menciona que las excepciones llevarán a la solución ya que es el momento en que el problema no se presenta y que hablar del problema hasta el momento no ha funcionado, por lo que es importante el trabajo con excepciones para evitar hacer más de lo mismo. Para hacer esta descripción con las familias de Asperger se sugiere mencionar que respecto a la autonomía, hay cosas que su hijo ya hace, por ejemplo, iniciar por decisión propia su tarea de la escuela o acomodar la mesa para la hora de comida, así como limpiar la esa al término de la actividad, de ser ese el caso. Por lo que es importante trabajar para expandir estas actitudes y hacer algo diferente a trabajar sobre situaciones que mantienen el problema, por ejemplo, seguir regañándolo por orinarse en la cama.

Posteriormente, el mapa solicita fijar objetivos, éstos deben ser acordados entre la familia y el terapeuta, es importante que el terapeuta deje claro la idea sobre que los objetivos deben ser alcanzables, así como, ser tajante respecto a lo que sí y no pueden lograr con esta terapia; la indicación con la familia del

Asperger tendrá que dejar claro que el Asperger es una condición de vida , por lo tanto vivirá con ella siempre, que puede alcanzar la autonomía para lograr ser una persona independiente o que el paciente puede entablar relaciones sociales reciprocas bajo sus capacidades.

En seguida se proponen algunos de los objetivos que se pueden plantear en sesión para impulsar la autonomía de los niños a partir de actividades que permitan a los niños:

- Contribuir en las labores del hogar, evitando el juicio ante la labor realizada por el menor,<sup>11</sup>para favorecer en la iniciativa de colaborar y su autoestima.
- Colaborar con las medidas de cuidado e higiene personal, para favorecer el concepto de autocuidado.
- Experimenten y exploren su entorno evitando la sobre protección y favoreciendo su independencia.
- Tomar decisiones por si solo para ampliar su autoestima e independencia.
- Indagar sobre las emociones propias y de los que lo rodean para conocerlas.
- Permitir el aprendizaje de emociones y sentimientos a partir de la vivencia<sup>12</sup> para el entendimiento y aprendizaje de éstas.
- Entre otros.

Consecutivamente, el mapa indica hacer prescripciones, por lo que se proponen las tareas a realizar para alcanzar los objetivos. Es importante recordar

---

<sup>11</sup> Será pertinente que el adulto asesora y corrija “las fallas” para que la tarea se realice como él lo indica.

<sup>12</sup> Por ejemplo, permitir a los niños expresar ideas libremente y que la otra persona muestre interés ante esta conversación, permitirá que el niño vivencie la empatía. Es importante señalar a los niños el nombre de la actitud, sentimiento o sensación que está vivenciando.

que uno de los supuestos de la terapia breve centrada en soluciones es que “la gente, cuando pide ayuda, ya tiene una idea de cómo solucionar el problema. La función del terapeuta es detectar esta idea, simplificarla y devolverla a la familia para que esta siga solucionando el problema por sí misma” (Espinosa y Cáceres, 1999).

El esquema propone 3 tipos de tareas:

- 1) *Hacer más de lo que funciona*: A partir de las excepciones, se determinará cuáles son los comportamientos que han funcionado para que el problema no exista, de tal modo que se recomendará realizar dicha excepción con el fin de amplificar los momentos de ausencia problemática y finalmente utilizarlo como solución, en otras palabras prescribir las excepciones deliberadas; En cuanto a la terapia con la familia del paciente Asperger, si se establece esta excepción, se recomienda ampliar el momento en el que el chico con el diagnóstico logra ser autónomo, por ejemplo, si la familia relata que el paciente con SA realiza actividades de higiene cuando se lo instruyen se solicitará a los padres que asistan dichas tareas con el fin de realizarlas como hábitos (esta tarea además de establecer hábitos de higiene y orden, repercute en la comprensión de reglas y normas, del hogar y sociales).
- 2) *Al azar más de lo que funciona*: Recordemos que las excepciones espontáneas son aquellas que son no voluntarias y no controladas, por lo que se toma una de esas excepciones al azar y se repite, esperando que nos arroje información de lo que puede o no seguir haciendo para lograr la solución; si en sesión con la familia de SA se prescribe esta tarea se pedirá

a la familia que realice como tarea alguna de las actividades que mencionaron en las que el niño es autónomo aunque este comportamiento no sea voluntario o controlado, por ejemplo: los padres relatan que hay ocasiones en las que el niño presenta interés por jugar con otros niños cuando la mamá lo lleva al parque o que de vez en cuando recoge sus juguetes si se le indica, así que el terapeuta elegirá alguna de estas opciones.

- 3) *Hacer lo más fácil de lo que podría funcionar*: como en el caso anterior está opción se refiere a las excepciones espontaneas, y se indica realizar lo más fácil de las excepciones que se hayan mencionado y que dan indicios de que podrían funcionar; por ejemplo, retomando las opciones anteriores se le podría solicitar que promueva que el niño recoja sus juguetes a partir de la indicación y que se cerciore que el niño lo haga o que incluso instruya y participe en la recolección y acomodo de los objetos (con el interés de repercutir en la integración social y empatía del menor).

Para esta línea del mapa, estas prescripciones serian el cierre de la sesión, lo consiguiente será la segunda sesión y subsecuentes.

Para tomar la sugerencia alterna que marca el mapa, recordaremos las excepciones y hablaremos de qué sucederá en caso de no encontrarlas.

Las indicaciones del mapa, nos dicen que habrá que plantear soluciones hipotéticas, es decir, hacer uso de la proyección al futuro (pregunta por el milagro, bola de cristal o mencionar algunos escenarios donde podría el problema no existir), para lo cual habrá tres opciones en las que se puede ubicar la respuesta del paciente: concretas, vagas o confusas y Marco global.

En el caso de elaborar soluciones hipotéticas dentro de la sesión con la sintomatología Asperger, la pregunta por el milagro puede conducir de la siguiente forma:

“yo tengo una rara y quizás difícil pregunta que hacerle, una pregunta que necesita algo de imaginación”.

“suponga...que después de que nosotros terminamos aquí, usted va esta noche a casa, mira TV, hace sus quehaceres usuales, y entonces se acuesta a dormir...”

Y mientras usted está durmiendo, un milagro pasa...

¡Y el problema que lo trajo aquí, se resuelve, simplemente así!...

Pero esto pasa mientras usted está durmiendo, así que usted no puede saber que ha pasado...

Una vez que usted se despierta por la mañana, ¿Cómo hará usted para descubrir que este milagro le ha pasado a usted?”...

En pacientes con trastorno Asperger se buscará que los padres describan escenarios donde él esté involucrado en la actividad que lleva a la autonomía de su hijo, puesto que lo evidente podría ser que la persona mencione que el milagro sería que el trastorno desaparezca o que el niño sea autónomo por sí solo. Recordemos que es importante que los padres se involucren directamente con los niños, para que éstos aprendan comportamientos autónomos y puedan desarrollarlos por si solos.

En cuanto a las soluciones hipotéticas, las concretas se refieren a cuando el paciente menciona una proyección clara de lo que sería su vida futura en ausencia del problema, por lo tanto requerimos deconstruir el problema, fijar objetivos y

poner el foco en algo pequeño y fácil de hacer experimentalmente. En el caso de un paciente Asperger, sí los padres mencionan conductas claras que ellos favorecen y que permiten la autonomía de sus hijos, por ejemplo, al despertar me doy cuenta que el milagro ocurrió cuando le indique a Pedrito que era hora de bañarse, él se colocó las sandalias, tomo su toalla y ropa interior y se fue al baño, ya en la ducha le pregunte que se ropa le gustaría ponerse y me dijo cuales prendas usaría y al salir de la ducha las busco, para este ejemplo el objetivo será lograr que el padre de familia indique al niño la actividad que realizará y promueva que el niño colabore en la actividad, por lo que se pondrá foco en que a modo de experimento el padre indique y muestre a Pedrito que actividad van a realizar todos los días hasta la siguiente sesión; con esto se concluye la sesión para esta ramificación del mapa.

Las dificultades del marco global para las soluciones hipotéticas se refieren a la forma en que el paciente concibe el problema, es decir, el origen, porque se mantiene, quienes están involucrados y como puede resolverse; de tal modo que esto implicaría hacer una deconstrucción del marco global, por lo tanto se sugiere que el terapeuta acepte posición del paciente respecto a la problemática presentada en forma estratégica y a su vez plantear ideas que causen dudas en su marco global y se prescribe el síntoma; en el caso de la sesión descrita anteriormente, la deconstrucción puede ir en función de la sintomatología Asperger, al paciente se le puede ofrecer de la siguiente forma: “ Coincido con usted, en que la condición de su hijo ha limitado su autonomía, puesto que es una condición de vida y sumémosle que su procesamiento de la información se ve permeado por esta circunstancia, esto en conjunto atrofia los recursos para lograr



la autonomía, sin embargo, tomemos en cuenta, lo que usted ya sabe y es que su hijo es un problema aquí arriba de conexión de cables<sup>13</sup>, por lo que el niño valida esta idea a su conveniencia, pues por lo que he visto y me ha relatado hasta el momento cuando Pablo quiere algo de su interés, no preside de la ayuda de sus padres, por ejemplo, en cuanto llegaron al consultorio, Pablo les pidió que lo subieran a la silla y en cuanto se vio interesado por aquel libro, se bajó de la silla y volvió a subirse sin pedir ayuda..., en este caso les voy a pedir que no hagan nada distinto, solo observen a detalle cuales son las actividades que realiza su hijo y de qué forma las realiza, si les pide ayuda, si requiere que le expliquen y eso también implica que observen a detalle la forma en que ustedes interactúan con él, les repito, esta es solo una tarea de observación por lo tanto no harán nada distinto a lo que han hecho hasta hoy”, se les pregunta a los pacientes si entendieron la tarea, se les pide que la repitan para comprobar que se ha comprendido y se da por cerrada la sesión, sin ninguna explicación respecto a la tarea.

Para finalizar, la elaboración de soluciones hipotéticas pueden ser vagas o confusas, cuando esto ocurre según el mapa se indica realizar una tarea formalizada de la primera sesión; en el caso que nos compete al detectar que la familia no logra identificar o formular una solución concreta y por lo contrario son difusas o vagas, se le solicitara realizar una tarea de observación que se enfoque en las actividades que hasta el momento realizan y le gustaría que siguieran ocurriendo cuando el problema se solucione, por ejemplo, la solución hipotética vaga es que Fernanda se sienta interesada en participar en alguna actividad que permita la autonomía, la tarea será observar que actividades de este tipo quieren

---

<sup>13</sup> Deficiencia neurofisiológica

que se mantengan cuando el problema este resuelto y que otras podrían agregar; al igual que el ejemplo anterior se les pide que repitan la tarea para confirmar que ha quedado clara y concluye la sesión.

Steve D´Shazer (1987), realiza un segundo mapa en el que se hace una revisión de la primera sesión, así como un abordaje para la segunda sesión y subsecuentes, por lo que comienza preguntando sobre la mejoría, en caso de que la respuesta sea si, se hace notar la diferencia entre los cambio y el problema; puede realizarse a partir de la utilización de la pregunta de escala (de Shazer y cols, 1986) para evidenciar el avance de los pacientes, por ejemplo, al preguntarle a los padres del paciente con Asperger si hubo mejorías, si ellos contestan afirmativamente se propone preguntar, en una escala de 1 al 10, en la que 10 es la autonomía que esperan que obtenga su hijo y 1 es la autonomía con la que se encontraba su hijo hasta antes de venir a terapia, ¿en qué número se encuentran?, si ellos contestan con un número que sobre pasa la media, lo siguiente seria preguntar ¿Cómo le hicieron para llegar hasta ahí?, ¿qué es lo que pueden hacer para lograr que el niño llegue a 10?, ¿Cómo pueden hacer para mantener ese progreso? (nos ayuda a saber que ellos están entendidos de su participación en el proceso), ¿Qué hay ahora que no había antes?.

Seguidamente, se pregunta ¿se cumplieron los objetivos?, la respuesta positiva lleva al fin de la sesión; por el contrario, la respuesta negativa, nos invita a hacer más de lo mismo, es decir hacer más de lo que está funcionando (en forma de tarea), y volver al comienzo (lo que implicaría una sesión subsecuente).Continuando con el ejemplo, si la tarea sobre la que hubo mejorías fue indicar al niño cual es la actividad a realizar e indicar los procedimientos y en

el transcurso del tiempo, entre sesiones, el niño realizó las actividades por propio interés y sin ayuda, es decir, hubo mejorías pero los clientes concluyen que no se cumplieron sus objetivos, se les dejara de tarea continuar con este proceso, pero además invitarlo a realizar toma de decisiones sobre actividades que prevengan su seguridad y la de los demás, o se puede solicitar que realice alguna de las excepciones que se encontraron en sesiones anteriores, dejando una tarea que implique este trabajo y en la siguiente sesión se vuelve al comienzo del mapa.

En caso de que el paciente no encuentre mejorías, el mapa indica que en esta segunda vez se reformula el problema o se deconstruye el modelo de problema, esto se determina a partir de verificar la ejecución de la tarea:

En el supuesto de que *la tarea se realizó en la forma indicada* y no se arrojen mejorías, se tiene que deconstruir el problema, de la misma forma en que se hizo para la primera sesión, por ejemplo, los papás de Ana realizaron la tarea, que consistía en asignarle tareas dentro del hogar, así como días de ejecución, para realizar las actividades por primera vez tenían que invitarla a participar en ello y de esa forma mostrarle como realizaría la tarea asignada; los padres reportaron que no hubo mejorías puesto que Ana solo realizó la actividad cuando ellos se la mostraron y en cuanto no hubo momento de compartir la actividad, Ana simplemente no hizo la tarea. El terapeuta deconstruirá el problema y pondrá el foco en una tarea pequeña y fácil de realizar, por lo que los padres le mostrarán a Ana como realizar las actividades de autonomía en conjunto, “Ana, ven cariño, vamos a cepillarnos los dientes. ¿Tú sabes cómo se cepillan los dientes?... Así es, lo primero que debemos hacer es tener un vaso con agua y el cepillo con pasta, en seguida lo llevamos a la boca y cepillamos de arriba hacia abajo, de esta

forma... ahora tú...” y citamos para la siguiente sesión, que se efectuará bajo el mismo esquema.

Si *la tarea se cumplió parcialmente* o se modificó, se selecciona una de las tareas conocidas, por ejemplo, alguna de las indicadas con anterioridad; si *la tarea se cumplió parcialmente y con ayuda alguna*, se selecciona alguna tarea con elementos aleatorios, por ejemplo, si el papá de María se encargaba de que la tarea se llevara a cabo y su mamá le ayudaba los días en que ella no trabajaba, María mostraba interés por realizar sus tareas de forma correcta algunas días y otros no lo hacía, sin importar quien le ayudará y decía olvidar como lograrlas, se seleccionará una tarea que implique realizar un día actividades de carácter físico (tareas del hogar), carácter intelectual (toma de decisiones), carácter social (involucración y respeto por el medio que lo rodea), para realizar las actividades las elegirá al azar; Y si *la tarea no requirió de ninguna ayuda*, se selecciona una tarea de interrupción del modelo, por ejemplo, se le pregunta ¿Qué han hecho para que el problema no empeore aún más?, las respuestas de los clientes brindaran opciones que se pueden asignar como tarea de interrupción.

Cuando *la tarea no se ejecutó*, se selecciona una tarea de observación, como en la sesión uno, se puede dejar una tarea de observación que implique que los padres identifiquen cuales son las cosas que el niño realiza por si solo y que es lo que ellos hacen o no para que esto se logre. Como en los casos anteriores, con esto concluye la sesión, por lo que se agenda la siguiente sesión y se emplea este segundo mapa para su abordaje.

Al finalizar la terapia el paciente se lleva un conjunto de tareas conocidas y de reglas para ayudar a diseñar o inventar nuevas tareas que le servirán para

continuar con su objetivo y así ayudar a su hijo para que pueda incluirse en una vida autónoma.

### **5.3 Trabajo de pares**

El trabajo de pares que se realizará con los padres de familia, consistirá en identificar y reclutar a las personas que se formarán como Líderes de Opinión Popular, para ello requerirán tener habilidades de comunicación, compañerismo y liderazgo, requisitos indispensables para ser un LOP.

Seguido de capacitar a través de varias actividades con la finalidad de resolver dudas, romper mitos y replicar la información aprendida con padres, hermanos, abuelos y demás familiares, es decir, habilitar a sus pares para lograr una integración de la familia en la intervención y el apoyo al paciente con SA, de tal forma que éstos contarán con herramientas necesarias para respaldar y potencializar la autonomía de su familiar con Asperger.

La capacitación se realizará mediante un taller en el que se buscará, además de informar, lograr una comunicación efectiva entre pares. El taller abordará: Mitos y Normas Sociales Negativas y Positivas del SA; Sintomatología del Asperger; Temores de la Familia que Limitan la Autonomía de los Asperger; Problemáticas Familiares que Surgen a Partir de la Condición del SA; Contención Emocional dirigida a los Padres de Familia; Búsqueda y Reconocimiento de Habilidades y/o Excepciones con las que Cuentan Los Padres y Pacientes con SA; y Elementos de una Comunicación Efectiva.

### 5.3.1 Carta descriptiva del taller “Descubriendo el Asperger”

A continuación se detalla el desarrollo de las actividades dentro del taller:

<b>INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA PADRES CON HIJOS CON SÍNDROME DE ASPERGER</b>	
<b>Taller: DESCUBRIENDO EL ASPERGER</b>	
<b>Objetivo General:</b> Sensibilizar e informar a la familia acerca del Síndrome de Asperger para romper con los mitos del síndrome.	
<b>Objetivos particulares:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la sintomatología del Síndrome de Asperger y otras particularidades.</li> <li>• Compartir experiencias y problemáticas a las que se ha enfrentado la familia con Síndrome de Asperger y conocer de qué manera las han resuelto.</li> <li>• Guiar, proporcionar y recibir contención emocional de y a sus pares.</li> </ul>	

<b>PRIMERA SESIÓN</b>					
<b>Objetivo:</b> Brindar la bienvenida, introducir el taller, implementar el tema de normas sociales y ofrecer conocimientos que permitan romper con los mitos y malos entendidos respecto a la sintomatología del síndrome de Asperger.					
	<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material</b>	<b>Duración</b>
<b>1</b>	Bienvenida y presentación del equipo de trabajo.	Informar a los padres de familia en que consiste el taller, cuánto durará y con qué finalidad se imparte, además de conocer al equipo con el que trabajarán.	Establecer un ambiente de convivencia para el abordaje del taller	Un espacio amplio e iluminado con sillas.	5 minutos aproximadamente.

2	Presentación de los padres de familia y expectativas acerca del taller.	Pedir a los padres se sienten formando una “U” y hagan un presentación personal para los demás padres de familia, mencionando su edad, ocupación y cuáles son sus expectativas acerca del taller.	Conocer a los padres de familia y sus perspectivas respecto al Síndrome de Asperger.	Un espacio amplio e iluminado con sillas	10 minutos
3	Encuadre grupal	Establecer en común acuerdo con el grupo los códigos de convivencia.	Propiciar un ambiente de respeto para el trabajo organizado y cómodo.	Rotafolio y plumones	10 minutos
4	Encuadre grupal	Realizar una dinámica de reconocimiento en la que se formaran 2 equipos equitativos, para que a su vez formen dos círculos (uno dentro de otro) y se les pedirá que giren en sentido contrario cantando la canción popular “rueda de San Miguel”. Al término de la canción, quedará un padre frente a otro y tendrán que realizar alguna pregunta de interés personal.	Romper el hielo entre los padres y crear una relación de confianza y compañerismo entre los participantes.	Un espacio amplio e iluminado.	10 minutos aproximadamente.
5	Normas sociales	Realizar una lluvia de ideas para acordar qué es una norma social.	Conocer lo que es una norma social.	Pizarrón o rotafolios, plumones o gises.	5 minutos aproximadamente.
6	Mitos y normas sociales negativas sobre el Síndrome de Asperger	Solicitar a los padres que tomen una silla y se sienten formando un semicírculo. Pedir que mencionen los mitos que conocen sobre el Asperger y la sintomatología de éste (estas serán anotadas en el pizarrón o rotafolio por un padre de familia). Por último, indicar que expliquen a que se refiere cada mito o norma social negativa que surja.	Identificar los mitos y normas sociales negativas que giran en torno al síndrome de Asperger.  Evaluar el nivel de información con la que cuentan los padres acerca del Síndrome de Asperger.	Pizarrón o rotafolios, plumones o gises.	20 minutos.

7	Normas sociales positivas	Pedir a los padres a partir de las conclusiones elaboradas en la actividad anterior transformen las normas sociales negativas en mensajes positivos acerca del Síndrome de Asperger, de tal forma que se conviertan en normas sociales positivas.	Conocer qué sí es el Síndrome de Asperger y transformar la cosmovisión del padre de familia.	Pizarrón o rotafolios, o plumones	20 minutos aproximadamente
8	Integración Grupal	<p>Realizar una dinámica de animación llamada “pájaros y nidos”. Según el número de participantes, se forman equipos de tres personas donde dos se toman de las manos y forman un círculo que será llamado nido. La tercera persona se mete dentro del nido pasando a ser pájaro. La persona que coordine el juego también forma parte del mismo. Se dan las siguientes indicaciones:</p> <p>1.- cambio de pájaros. En este momento los nidos se quedan en su lugar sin moverse solo levantan las manos para que el pájaro salga y busque su nuevo nido. Aquí el coordinador también busca su propio nido, por lo tanto queda un pájaro nuevo que a su vez tendrá que coordinar el juego.</p> <p>2.- cambio de nidos. Aquí solo se mueven los que forman los nidos. Los pájaros se quedan quietos esperando un nuevo nido. En esta indicación los que lleguen al último salen del juego.</p> <p>3.- Cambio de todo. Aquí se deshacen completamente los equipos y se rehacen con nuevos integrantes. Aquí los que lo hacen más tarde pierden y sale del juego.</p>	Favorecer la integración y participación del equipo.	Espacio libre	10 minutos aproximadamente.
9	Sintomatología	Realizar la actividad denominada “Semejanzas” en la que escribirán en un pliego de papel amplio o un pizarrón el nombre de su hijo o familiar con síndrome de Asperger seguido de	Comprender mejor la sintomatología del Síndrome de Asperger y	Un salón iluminado, amplio y con mesas.  Papel bond	20 minutos aproximadamente.



		las características comportamentales que han observado en éste. Posteriormente el moderador leerá lo anotado en el pizarrón y harán énfasis en las características que se encuentren similares entre cada niño.	observar las semejanzas que comparten sus hijos.	para el grupo o un pizarrón. Marcadores para pizarrón.	
<b>10</b>	Sintomatología	Jugar lotería de “Síntomas Asperger”, se repartirá un tablero y 9 frijoles a cada integrante del grupo, y uno de los monitores será el gritón, encargado de leer la leyenda de cada carta para que los demás integrantes adivinen el síntoma al que se refiere y puedan buscar dicha carta dentro de su tablero. Si la carta está dentro del tablero colocaran un frijol encima de la imagen, de tal forma que el primero que tenga los 9 frijoles en su tablero será el ganador.	Conocer las características de los síntomas que presenta una persona con Síndrome de Asperger	Salón amplio e iluminado, Frijoles, Juego de lotería Asperger.	25 minutos
<b>11</b>	Resolviendo dudas y cierre de sesión.	Establecer un ciclo de preguntas y respuestas sobre los temas manejados durante la sesión.  Al finalizar dicha actividad informar sobre la fecha y hora de la próxima sesión, además de agradecer la asistencia a la actividad.	Esclarecer las dudas sobre los temas abordados	Salón amplio e iluminado	10 minutos aproximadamente

## SEGUNDA SESIÓN

**Objetivo:** Compartir experiencias de vida que han tenido los padres de familia con sus parientes con Asperger y brindar contención emocional.

<b>1</b>	Bienvenida e integración grupal	<p>Conocer los temas a trabar en esa sesión.</p> <p>Efectuar la dinámica “sillas cooperativas” en la que se pedirá que formen una fila de sillas en el centro y giren alrededor de ellas al ritmo de las palmas. Al quedarse en silencio, todos tienen que sentarse en una silla. A continuación se quitara una silla y se repetirá la actividad. (El objetivo de este juego es que ningún jugador se quede sin silla, por tal motivo tendrán que trabajar en equipo para que ningún integrante se quede sin sentarse). Se repetirá hasta tener una sola silla.</p>	Establecer compañerismo, ingenio, cooperación y socialización entre los asistentes.	Sillas y espacio amplio	10 min aproximadamente
<b>2</b>	Temores y limitantes para la autonomía de los pacientes Asperger y problemáticas familiares que surgen a partir de la condición del Síndrome de Asperger.	Realizar una entrevista colectiva, para ello el grupo se divide en 3 equipos, dentro de estos se comenta los temores y expectativas que tienen ante sus hijos con síndrome de Asperger y las limitantes que perciben para la no autonomía de éstos. Posteriormente se les invita a exponer sus vivencias en el grupo, de tal forma que puedan compartir y enriquecer la sesión. Finalmente se comenta el ejercicio.	Favorecer la integración grupal, y conocer las barreras a las que se afrontan los padres y que no permiten la autonomía de sus hijos.	Un espacio suficientemente iluminado y amplio para que el grupo pueda trabajar eficientemente.	30 minutos aprox.
<b>3</b>	Contención emocional	Invitar con una dinámica de conocimiento de sí mismo a la relajación y a dirigir la imaginación a un momento de confort, fortaleza y superación de una problemática difícil, se apoyará de una historia denominada “Todos tenemos grietas” <sup>14</sup>	Brindar contención emocional a los padres de familia, para que este identifique las herramientas con las que cuenta y que le serán útiles en diversos momentos.	Espacio amplio.	30 min aprox.
<b>4</b>	Contención emocional	Proyectar una serie de imágenes <sup>15</sup> (tomadas del muro de Asperger México) donde se leen y muestran situaciones de personas que viven con Síndrome de Asperger y son personas	Ejemplificar la autonomía alcanzada por personas con Asperger.	Un salón amplio e iluminado, Proyector, laptop y	10 minutos.

<sup>14</sup> Consultar anexo 6

<sup>15</sup> Consultar anexo 7

		<p>autónomas.</p> <p>Indagar sobre las impresiones que dejaron las imágenes expuestas a los padres de familia.</p>	<p>Brindar contención emocional a los padres para que estos reafirmen la idea de que su familiar Asperger logre la autonomía.</p>	<p>diapositivas.</p>	
5	Búsqueda y reconocimiento de excepciones.	<p>Implementar la dinámica “fantasía del futuro” en la que se proporciona a cada uno de los padre una hoja blanca donde describirá “un día” situado en cualquier momento del futuro donde no existan las situaciones de conflicto presentes en la familia respecto a el Síndrome de Asperger. Al finalizar la hoja de trabajo se comenta el ejercicio con el objeto de interiorizar los intereses personales de los asistentes al taller.</p>	<p>Lograr que el padre de familia identifique las diversas problemáticas que existen en su familia respecto al Síndrome de Asperger y también crear soluciones a dichos problemas planificadas por él y/o con la ayuda de los demás padres.</p>	<p>Salón amplio, iluminado y con mesas para que los asistentes trabajen con eficiencia. Una hoja de trabajo para cada participante y lápices.</p>	<p>20 minutos aproximadamente.</p>
6	Integración grupal	<p>Formar un semicírculo con los integrantes de pie y se pide que imiten a la persona que dirige la actividad.</p> <p>El que dirige hará mímica de un balón imaginario con el que hará los movimientos que desee, cantando y pidiendo a los demás que repitan “yo tengo el balón y... lo muevo de un lado al otro, y lo paso por arriba (por ejemplo)...</p>	<p>Crear un ambiente lúdico y de buen ánimo para el trabajo que sigue.</p>	<p>Espacio amplio</p>	<p>10 min aproximadamente</p>
7	Resolviendo dudas y cierre de sesión.	<p>Establecer un ciclo de preguntas y respuestas sobre los temas manejados durante la sesión.</p> <p>Al finalizar dicha actividad se informa sobre la fecha y hora de la próxima sesión, además de agradecer la asistencia a la actividad.</p>	<p>Esclarecer las dudas sobre los temas abordados</p>	<p>Salón amplio e iluminado</p>	<p>15 min aproximadamente</p>

### TERCERA SESIÓN

**Objetivo:** Habilitar a los padres en la implementación de conversaciones efectivas con sus amigos y pares.

<b>1</b>	Elementos de la comunicación	<p>Dividir al grupo en dos equipos, estos se forman en una fila y están todos de espaldas a excepción del primero, éste recibirá un mensaje con mímica que pasará a su compañero de fila y así sucesivamente hasta que todos sepan el mensaje. Después el último de la fila tendrá que intentar descifrar el mensaje inicial.</p> <p>Discutir la importancia de una comunicación efectiva, así como la relevancia de los mensajes efectivos entre pares.</p> <p>Abordar las limitantes en la comunicación de los Asperger</p>	<p>Crear un ambiente de convivencia entre los participantes.</p> <p>Conocer la importancia de una comunicación y mensajes efectivos entre pares.</p> <p>Conocer las limitantes en la comunicación de pacientes Asperger para establecer una comunicación efectiva con ellos.</p>	Un espacio amplio e iluminado	30 minutos
<b>2</b>	Conversación efectiva (roll playing)	Practicar en parejas la resolución de dudas entre pares y asesorías de cómo brindar información asertiva.	Lograr que los participantes brinden mensajes convincentes y cuenten con un buen manejo de la información dirigido a sus pares.	Un espacio amplio e iluminado	25 minutos.
<b>3</b>	Planeación de exposición a pares	Identificar a los líderes de opinión, posteriormente hacer la invitación de abordar una temática (mitos, semejanzas y comunicación) para exponerla en la siguiente sesión a un nuevo grupo de padres de familia interesados en el tema y se pide inviten a su familia y amigos interesados en la temática.	Organizar la actividad grupal para la implementación de la metodología Líderes de Opinión Popular en el taller	Un espacio amplio e iluminado	30 minutos.
<b>4</b>	Resolviendo dudas y cierre de sesión.	<p>Establecer un ciclo de preguntas y respuestas sobre los temas manejados durante la sesión.</p> <p>Al finalizar dicha actividad informar sobre la fecha y hora de la próxima sesión, además de agradecer la asistencia a la actividad.</p>	Esclarecer las dudas sobre los temas abordados	Salón amplio e iluminado	15 min aproximadamente

## CUARTA SESIÓN

**Objetivo:** Replicarán, los líderes de opinión popular la información aprendida dentro del taller.

<b>1</b>	Bienvenida y asesoría de pares	Darán, los moderadores la bienvenida a la actividad grupal y los líderes realizan las actividades planeadas en la sesión ante el nuevo grupo de padres	Implementación de la metodología Líderes de Opinión Popular	Un espacio amplio e iluminado	1 hora aproximadamente
<b>2</b>	Resolviendo dudas y cierre de sesión.	Establecer un ciclo de preguntas y respuestas sobre los temas manejados durante la sesión.  Al finalizar dicha actividad, informar sobre la fecha y hora de la próxima sesión, además de agradecer la asistencia a la actividad.	Esclarecer las dudas sobre los temas abordados	Salón amplio e iluminado	15 min aproximadamente

Para finalizar, al término del taller se espera que los padres de familia que se formaron como Líderes de Opinión Popular realicen una actividad grupal en la que se difunda la información adquirida dentro del taller donde se vean beneficiados con la información los pares, es decir, padres e integrantes de familia que no tuvieron la oportunidad de asistir al taller, así como las personas que estén atraídas por la temática. Se realizará a través de actividades lúdicas que faciliten aprehensión del conocimiento.

## CONCLUSIONES

El desarrollo de esta tesis tuvo como objetivo, favorecer la autonomía del paciente asperger a través de los recursos brindados por su familia, para colaborar en la educación y adaptación social; De forma particular se propuso sensibilizar e informar a la familia acerca del Síndrome de Asperger para romper con los mitos del síndrome a través de un taller para padres basado en la metodología de Líderes de Opinión Popular; e identificar los recursos con los que cuenta la familia para brindarlos como herramientas a su hijo(a) y que fomente su autonomía mediante la Terapia Centrada en Soluciones de Steve de D`Shazer.

La finalidad fue que la familia se involucrará de manera directa para lograr la autonomía de su hijo, debido a que es la familia quien acompañará al pequeño con Síndrome de Asperger durante su crecimiento y son ellos quienes pueden y deben brindarle las herramientas necesarias para que la alcance.

Para el abordaje de dicha intervención, se conoció el esquema general y el manejo de los programas de intervención establecidos para el abordaje del SA; del que identificamos la carencia de las terapias psicológicas. La razón según lo afirma Carlos Marcin (2014, en Asperger una condición inadvertida, 2014) es la falta de psicólogos y especialistas con una formación especializada en el tema.

Por tanto, este proyecto da a conocer al público interesado (psiquiatras, instituciones de salud, estudiantes del área, personas con esta condición, padres de familia y en especial a los psicólogos) una visión terapéutica y psicológica diferente acerca del Síndrome de Asperger. Le brinda al psicólogo la oportunidad de redefinir su trabajo, ya que deja de ser el especialista que se encarga de

resolver la problemáticas que se presentan en los paciente con Asperger a nivel conductual y se convierte en un acompañante que brindará estrategias a la familia, para que sea ella quien ayude a su hijo a conseguir su autonomía sin importar su condición, así como afrontar las dificultades que pudieran surgir dentro de la dinámica familiar a causa del Asperger.

Otro hallazgo dentro de la tesis, es la permeabilidad de los programas propuestos, puesto que al incluir al SA dentro de los TEA y los TGD, da la pauta de moldear esta propuesta a los diferentes trastornos que los comprenden y una vez adecuada, aplicarse a otros padecimientos para el abordaje psicológico de niños, jóvenes y adultos en México con una condición especial.

## COMENTARIOS

*Lizzet González Ruiz*

- Nivel personal

La construcción de esta tesis me deja muchos aprendizajes en diferentes niveles. En lo personal, me deja la experiencia de haber desarrollado y conocido mi capacidad como investigadora para poder convertirme en casi experta de un tema del cual no tenía mucho conocimiento, así como también darme cuenta de mis habilidades y debilidades a la hora de trabajar en conjunto con mi compañera y amiga Viridiana, lo cual me llevo a redescubrir así mi amor y pasión por mi carrera la Psicología. La realización de esta tesis fue muy satisfactoria pero también hubo momentos en los que la confusión me detuvo y me hizo dudar de si podría concluirla o no.

- Nivel académico

Respecto al nivel académico, puedo decir que pude reafirmar la sugerencia que recibí de muchos profesores de no encasillarme en un solo modelo terapéutico, en mi caso me incline por el modelo Cognitivo- Conductual , el cual he tenido la oportunidad de aplicarlo en mi vida profesional sin embargo la realización de esta tesis me hizo adentrarme a un modelo que no conocía a profundidad, y pude darme cuenta que con él podría complementar el propósito de esta tesis, en resumidas cuentas considero que mi formación académica creció ya que encontré otra forma de psicoterapia en la cual puedo adquirir más experiencia.



- Nivel profesional

Finalmente en esta investigación se vio impactado mi nivel profesional, ya que creció la visión terapéutica que tenía y pude fijar nuevas metas a un futuro próximo como psicoterapeuta. Otro punto que puedo rescatar durante este tiempo, es el hecho de la situación que se suscita del psicólogo dentro de la sociedad donde vivimos. Ya que conforme a la investigación realizada, pude darme cuenta de que existe una limitación severa respecto a las herramientas con las que cuenta el terapeuta a brindar a distintos problemas de salud y sociales en México, la realización de esta tesis va en función de poder brindar a todos los que lean este documento la visibilidad de que sería benéfico para la sociedad abrir más las puertas a los psicólogos mexicanos y que éstos puedan ofrecer una de tantas herramientas de las que son capaces de brindar, para así poder darle una nueva visión a la Psicología dejándola de ver como la profesión que se encarga de resolver los problemas mentales en el país, y verla más como aquella que se encarga de acompañar y dar soporte a las personas y familias que cuentan con una condición diferente a la acostumbrada.

- Nivel personal

En el proceso de elaboración de esta tesis me encontré con obstáculos a vencer, metas a cumplir, pero sobre todo con aprendizajes que disfrutar. Gracias a ésta, obtuve confianza en lo soy, lo que sé y lo que puedo lograr, me volví tolerante, exigente, responsable y líder, eso impacto directamente en un momento de transición importante en mi vida, pues esa confianza me llevo a asumir cambios radicales y a consolidarme como una persona autónoma e independiente.

- Nivel académico

A nivel académico me hizo comprender el amplio bagaje cultural que requiere una intervención integral, durante esta investigación encuentro una nueva formación o mejor dicho amplio mi formación de psicóloga al comprometerme en esta tesis que comprende formas de redacción, citas, conjugación de especialidades y especialistas, aspectos socioculturales, diversidad, inclusión, entre otros., que favorecieron mi actividad profesional.

- Nivel profesional

Dentro del área profesional la tesis me abre las puertas en un campo laboral al que no contemplaba incluirme, debido a que percibía al psicólogo como instructor, más que terapeuta. Ahora comprendo que mi papel como psicóloga se puede moldear a partir de nuestra propuesta.

Como lo mencione en el área académica, la realización de la tesis complemento mi trabajo laboral, ya que siempre encontré la forma de relacionar y retroalimentar la tesis con mi trabajo y viceversa. Tuve oportunidad de incursionar en el área social y hablar de inclusión, igualdad, derechos, etc.; el empaparme de la intervención educativa y los aspectos que contempla la SEP me permitió participar en un proyecto de evaluación académica a nivel preescolar y primaria; y finalmente dentro del área clínica, conocí y amplié las técnicas de intervención, también me llene de confianza al detectar que puedo acompañar en su proceso terapéutico a personas que se encuentran etiquetadas por un diagnóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ψ Abelenda, J. y Casals, V. El modelo DIR/Floortime: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de salud mental de la Sociedad Española*. [En línea]. 2012, vol. X, No. 44 [fecha de consulta: 13 Octubre 2014]. Disponible en: <http://antigua.ome-aen.org/norte/44/8%20Modelo%20DIR.pdf>
- ψ Alcamí, M., Molins, C., Mollejo, E., Ortiz, P., Pascual, A., Rivas, E. y Villanueva, C. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*. La atención en la red de salud mental. Madrid: S.L.U. Cogesin. Disponible en : [http://www.cogesin.es/data/archivo/GUIA\\_TEA.pdf](http://www.cogesin.es/data/archivo/GUIA_TEA.pdf)
- ψ Ale, M. (2010). Tratamiento A.B.A. aplicado a los Trastornos del Espectro Autista. [Tesis de Pregrado]. Facultad de Humanidades. Universidad de Belgrano. Recuperado de: [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/297\\_Tesina\\_Ale.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/297_Tesina_Ale.pdf)
- ψ Álvarez, A. (2008, 1 de Enero). *Autismo Teletón, creando redes*. [Web log post]. Recuperado de: <http://www.dis-capacidad.com/nota.php?id=938#.VEvplvmUeLE>
- ψ American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Estados Arlington. VA: Recuperado de: <http://www.alansaludmental.com/2014/06/26/pdf-en-esp%C3%B1ol-de-la-gu%C3%ADa-de-consulta-del-dsm-5/> ISBN:978-0-89042-551-0

- ψ American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: MASSON. Recuperado de: <http://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/h-vi-dsm-iv-trastornos-generalizados-del-desarrollo-dsm-iv.pdf>
- ψ Arciniega, L., Camacho, I., Díaz, I. Díaz, J.A., Duran, I., Márquez, M.E., Montero, G.G., Murga, E., Navarro, M.Y. y Reséndiz, J.C. *Guía clínica: Trastorno Generalizado del Desarrollo*. [En línea]: México: Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2011 [fecha de consulta: 11 Agosto 2014]. Disponible en: [http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro\\_guias.html](http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro_guias.html)
- ψ Ato, E., Galian, M.D. y Cabello, F. (2009). Intervención familiar en niños con trastornos del lenguaje: una revisión. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(3), 1419-1448.
- ψ Attwood, A. (2002). *El Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales*. España; Paidós. Disponible en : [http://www.jmunoz.org/files/9/Necesidades\\_Educativas\\_Especificas/Trastorno de Espectro Autista/S Asperger/documentos/asperger\\_tony\\_atwood.PDF](http://www.jmunoz.org/files/9/Necesidades_Educativas_Especificas/Trastorno_de_Espectro_Autista/S_Asperger/documentos/asperger_tony_atwood.PDF)
- ψ Attwood, T. (2006). *Guía del Síndrome de Asperger*. Barcelona: Paidós.
- ψ Ayuda, R. Freire, S. González, A. Llorente, M. Martínez, C. Martos, J. y Artigas, J. (2007) *Un acercamiento al síndrome de asperger: una guía teórica y práctica*. Asociación asperger España. ISBN: 84609-0887-9.

Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2012-11-12-un%20acercamiento%20al%20sindrome%20de%20asperger.pdf>

- ψ Barnhill, G. *Diseñar intervenciones en habilidades sociales para alumnos con S. de Asperger*. [en línea]. Estados Unidos: National Association of School Psychologist. Noviembre 2002. [fecha de consulta: 23 de junio de 2014]. Base de datos en: Federación de Asperger España. Disponible en: [http://www.asperger.es/articulos\\_detalle.php?id=244Dise%F1ar%20intervenciones%20de%20habilidades%20sociales%20para%20alumnos%20con%20S.%20de%20Asperger](http://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=244Dise%F1ar%20intervenciones%20de%20habilidades%20sociales%20para%20alumnos%20con%20S.%20de%20Asperger)
- ψ Baron-Cohen, S. (2003). *La gran diferencia: Como son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Barcelona: Amat.
- ψ Baron-Cohen, S., Leslie, A. y Frith, U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* [En línea]. 1985, Vol. 21, No.1 [Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.sscnet.ucla.edu/polisci/faculty/chwe/austen/baroncohenlesliefrith.pdf>
- ψ Baron-Cohen, S., Scoott, F., Wheelwright, S., Johnson, M., Bisarya, D., Desai, A., Anhwalia, J. (2006). *Can Asperger Syndrome be diagnosed at 26 months old? A genetic high-risk single, case study*. *Journal of Child Neurology*. Apr; 21 (4), p., 351-356. Disponible en: [http://www.cbcd.bbk.ac.uk/people/scientificstaff/mark/PDFs/Can\\_Asperger\\_Syndrome](http://www.cbcd.bbk.ac.uk/people/scientificstaff/mark/PDFs/Can_Asperger_Syndrome)

- ψ Baron-Cohen, S., Warrier, V. y Chakrabarti, B. (2013). *Genetic variation in BABRB3 is associated with Asperger syndrome and multiple endophenotypes relevant to autism*. Molecular Autism. Dic; 4:48. Disponible en: <http://www.molecularautism.com/content/pdf/2040-2392-4-48.pdf>
- ψ Borreguero, P. (2004). *El síndrome de Asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?* España: Alianza Editorial.
- ψ Britton, R. *El uso de la enseñanza de las habilidades sociales en niños con trastorno del espectro autistas*. [en línea].España: Federación Asperger España. 2006 [fecha de consulta: 23 de Junio de 2014]. Base de datos de Federación de Asperger España. Disponible en: [http://www.asperger.es/articulos\\_detalle.php?id=140El%20uso%20de%20la%20ense%F1anza%20de%20las%20habilidades%20sociales%20en%20ni%F1os%20con%20trastorno%20del%20espectro%20autista](http://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=140El%20uso%20de%20la%20ense%F1anza%20de%20las%20habilidades%20sociales%20en%20ni%F1os%20con%20trastorno%20del%20espectro%20autista)
- ψ Caballero, R., López-Escobar, M.E., Fernández, A., Martínez, C. y Vázquez, C. (2006). Los Trastornos Generales del Desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Volumen II. El síndrome de Asperger. Respuesta educativa. Recuperado el 21 de mayo del 2014, del Sitio web de La Consejería de Educación de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación de la Junta de Andalucía: [http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/volumen\\_02.pdf](http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/volumen_02.pdf)
- ψ Caballero. R., Rodríguez, J. y Torres, A., *¿Es el Síndrome de Asperger un diagnóstico válido en la actualidad?* [en línea]. España: Universidad de Santiago de Compostela, 2001[fecha de consulta: 11 Agosto 2014] Base de

datos disponibles en el distribuidor psiquiatría.com. También disponible en:  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/423/405>

- ψ Canal Once [Canal Once] (2016, Febrero 24). Diálogos en confianza (Familia) – Síndrome de Asperger (23/02/2016). [Archivo de video]. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=Ep01O\\_LimcU](https://www.youtube.com/watch?v=Ep01O_LimcU)
- ψ Cererols, R. (2011). *Descubrir el Asperger: Una amplia visión de este trastorno aún poco conocido escrita desde la experiencia personal*. Recuperado de: <http://www.pairal.net/asperger/AspergerE3W.pdf> ISBN: 978-84-938410-5-8
- ψ Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A. C. (CLIMA) *Bases Teóricas del Modelo Denver* [en línea], Base de datos de CLIMA. México [19 de Junio de 2014] Disponible desde: <http://www.clima.org.mx/images/pdf/denver.pdf> También se encuentra ]disponible en: <http://www.clima.org.mx/images/pdf/modelodenver.pdf>
- ψ Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A. C. (CLIMA) [en línea], Base de datos de CLIMA. México [6 de octubre de 2014] Disponible desde: <http://www.clima.org.mx/>
- ψ Croen LA, Najjar DV, Fireman B, Grether JK: Maternal and paternal age risk of spectrum disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Apr; 161 (4): 334-40. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17404129>



- ψ De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2007). *Autismo y Síndrome de Asperger. Trastornos del Espectro Autista de alto funcionamiento. Guía para educadores y familiares*. Madrid: CEPE
- ψ Dworzynski K, Ronald A, Hayiou-Thomas M, Rijdsdijk F, Happé F, Bolton PF, Plomin R: Aetiological relationship between language performance and autistic-like traits in childhood: a twin study. *Int J Lang Commun Disord*. 2007 May-Jun; 42 (3): 273-92. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514542>
- ψ Fernández- Jaén, A., Martín, D., Calleja, B. y Muñoz, N. *Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento*. [en línea] España: Rev. De Neurología. 2007, vol. 44, n°2. [fecha de consulta: 11 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.disfas.eu/wp-content/files/wiki/Asperger%20-%20Diagnostico%20y%20tratamiento.pdf>
- ψ Freire, S., Llorente, M., Gonzalez, A., Martos, J., Martínez, C., Ayuda, R. y Artigas, J. (2005). Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica. España: Asociación Asperger España. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/0B\\_78pnfbllcrZ19DM29Pak5iWmc/edit?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/0B_78pnfbllcrZ19DM29Pak5iWmc/edit?usp=sharing)
- ψ Frith, U.(1989). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. España: Editorial Alianza.
- ψ Fuentes, J., Ferrari, A., Boada, M., Touriño, E., Artigas, J., Belinchon, M., Muñoz, J., Hervas, A., Canal, R., Hernandez, J., Diez, A., Indiazabal, M., Mulas, F., Palacio, S., Tamarit, J., Martos, J. y Posada, M. *Guía de buena*

- práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista.* [ en línea]España: Rev. De Neurología. 2006, vol. 43, n° 7. [fecha de consulta: 11 de julio de 2014]. Disponible en : <http://www.associacioaprenem.org/sites/default/files/guiatractamentTEA.pdf>
- ψ Fundación Teletón. *Centro Autismo Teletón: un sueño más que hoy es una realidad.* [En línea]. Base de datos Fundación Teletón. México [fecha de consulta: 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: <https://teleton.org/content/centro-autismo-teleton-un-sueno-mas-que-hoy-es-una-realidad>
- ψ García, A. (2012, 14 de Febrero). *Atención: presunto autismo.* [Web log post]. Recuperado de: <http://detbe.com/2012/02/14/atencion-presunto-autismo/>
- ψ Garcia, A. *Habilidades sociales: una aplicación al Síndrome de Asperger.* [en línea], España: Universidad Oberta de Catalunya, 2013 [fecha de consulta: 17 Febrero 2014] Capítulo 4. Descripción de la Actividad Realizada. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/20141/6/agarciacamTFC0113mem%C3%B2ria.pdf>
- ψ García, D. y Muñoz, P. Funciones ejecutivas y rendimiento escolar en educación primaria: un estudio exploratorio. *Revista Complutense de Educación* [En línea]. 2000, Vol. 11, No. 1 [Fecha de consulta: 2 de mayo del 2016]. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0000120039A/170>

55

- ψ García, E. y Jorroto, R. *Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar*. [en línea] Actas de la 1º Jornada científico-sanitaria sobre síndrome de Asperger. Andalucía: Asociación ASPERGER Andalucía, 2005 [fecha de consulta: 04 Septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.psyncron.com/wp-content/uploads/2011/05/ASPERGERANDALUCIA.pdf>
- ψ Garza J. y Aguilar O. *Guía metodológica para la implementación de la intervención líder populares*. [en línea]. 2013. México: Fundación Mexicana para la salud [fecha de consulta: 5 Diciembre 2015]. Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/lideres.pdf>
- ψ Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rastam, M., y Went, N., (2001). *The Asperger, syndrome diagnostic interview (ASDI); a preliminary study of a new structured clinical interview*. Austin.
- ψ Gómez, I. Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico* [En línea]. 2010, Vol. 8, No. 15 [Fecha de consulta: 1 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648010.pdf>
- ψ Góngora, N., Fuentes, A., y Ugidos, T. (1999) *Intervención y prevención en salud. Salamanca: Amarú*.
- ψ Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- ψ Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- ψ Hernández, P. (2010, 15 de Octubre). Síndrome de Asperger, nuevos datos. *Revista Nuestra Salud*. Recuperado de : <http://nuestrasalud.mx/contenido/index.php/2010/10/15/sindrome-de-asperger-nuevos-datos/>
- ψ Huncal, L. (septiembre, 2013). Terapia Familiar y Autismo: de cómo sacarle brillo al espectro. *Ponencia en Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña*. España. Disponible en: <http://terapiafamiliartea.wordpress.com/2014/05/29/prueba/>
- Huncal, L. y Lacort, A.I. (2014). ¿Por qué es importante trabajar con el entorno familiar de las personas con TEA desde un punto de vista Sistémico? España: *Terapia Familiar Sistémica para Familias de Personas con Autismo*. Disponible en: <http://terapiafamiliartea.wordpress.com/terapia-familiar-y-autismo/>
- ψ Huncal, L. y Lacort, A.I. (Febrero, 2013). El autismo desde una perspectiva sistémica. *Ponencia en Sociedad Catalana de Terapia Familiar*. España. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-4294-DOCUMENT/Huncal-63-15Gen13.pdf>
- ψ Instituto de Autismo DOMUS A.C. [en línea]. *Modelo de atención DOMUS*. Base de datos de DOMUS. [6 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.institutodomus.org/index.php?contenido=pagina&id=69&id\\_opcion=104&op=104](http://www.institutodomus.org/index.php?contenido=pagina&id=69&id_opcion=104&op=104)
- ψ Jiménez, A. y De la Torre, G. *Atención educativa a alumnos con aptitudes sobresalientes: Guía para orientar a las familias*. [En línea]. México:

Secretaría de Educación Pública, 2011. [Fecha de Consulta: 24 de septiembre del 2014]. Disponible en: [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2012/guia\\_para\\_orientar.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2012/guia_para_orientar.pdf)

- ψ Kilpinen H, Ylisaukko-Oja T, Hennah W, Palo OM, Varilo T, Vanhala R, Nieminen-von Wendt T, von Wendt L, Paunio T, Peltonen L: Association of DISC1 with autism and Asperger syndrome. *Mol Psychiatry*. 2007 Jun 19. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579608>
- ψ Klin, A., Volkmar, F.R., Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V. y Rourke, B.P. Validity and neuropsychological characterization of Asperger Syndrome: Convergence with non verbal learning disorders. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. [En línea]. 1995, Vol. 36, No. 7 [Fecha de consulta: 10 mayo 2016]. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8847376>
- ψ Legido, A. *Tratamientos Actuales del Autismo de Eficacia Demostrada: Terapia Conductual y Farmacológica*. [en línea]: Madrid: IV Congreso Internacional Fundación Síndrome de West: Nuevos avances en epilepsia pediátrica y autismo. Noviembre 2011. [fecha de consulta: 12 de Junio de 2014]. Disponible en : [http://sgfm.elcorteingles.es/SGFM/FRA/recursos/doc/2011/Ponencias/1472966915\\_7112011165233.pdf](http://sgfm.elcorteingles.es/SGFM/FRA/recursos/doc/2011/Ponencias/1472966915_7112011165233.pdf)
- ψ López, S., Rivas, R. y Taboada, E. Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Salud Mental* [En

línea]. 2008, Vol.31, No. 5 [Fecha de consulta: 30 de abril de 2016].

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58231504.pdf>

- ψ Lozano, P. (2004). *La familia del alumno con Síndrome de Asperger*. [En línea]. España: Equipo SIDI. [fecha de consulta: 7 de Julio de 2014]. Base de datos de Federación Asperger España. Disponible en: [http://www.asperger.es/articulos\\_detalle.php?id=197La%20familia%20del%20alumno%20con%20S%EDndrome%20de%20Asperger](http://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=197La%20familia%20del%20alumno%20con%20S%EDndrome%20de%20Asperger)
- ψ Moreno, A. *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*. [En línea]. Universidad Pontificia Comillas de Madrid: Desclée De Brouwer. 2013. [fecha de consulta: 6 julio 2015]. Disponible en: <http://www.edesclee.com/pdfs/9788433027375.pdf>, y <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev. Neurología* 2010; 50 (supl 3): S77- 84. Recuperado de: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/08/modelo-de-intervenci%C3%B3n-con-ni%C3%B1os-autistas.pdf>
- Murphy DG, Daly E, Schmitz N, Toal F, Murphy K, Curran S, Erlandsson K, Eersels J, Kerwin R, Ell P, Travis M: Cortical serotonin 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding social communication in adults with Asperger's syndrome: an in vivo SPECT study. *Am J Psychiatry*. 2006 May; 163 (5): 934-60. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16648340>

- ψ Myles, B.S., Bock, S-J., y Simpson, R.L., (2001) Asperger Syndrome Diagnostic Scale, Austin, TX: PRO-ED. Extraído de: <http://jpa.sagepub.com/content/20/2/213.extract>
- ψ Olivera, G. Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C.: a favor de la inclusión de los niños, niñas y jóvenes con TEA. *Rayuela, Revista Iberoamericana sobre niñez y juventud en lucha por sus derechos*. [En línea]. 22 de Diciembre de 2013, n° 9. [fecha de consulta: 29 Octubre 2014]. Disponible en: <http://revistarayuela.ednica.org.mx/sites/default/files/2.pdf>
- ψ Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R.J. Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología* [En línea]. 2006, Vol. 42, No.3 [Fecha de consulta: 4 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/trastornsfe.pdf>
- ψ Peral, M., Fernández, M., Balet, P. y Sukía, T. (1993). El Rol Familiar en los Trastornos Autistas. Canal, R., Crespo, M., Pérez, Y., Sanz, T. y Verdugo, M.A. El autismo 50 años después de Kanner (1943): Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. pp.237-265. Salamanca: Amarú Ediciones.
- ψ Pérez, C. (2013, 20 de Abril). El síndrome de Asperger: una mente diferente. *Periódico El Universal*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/917946.html>
- ψ Ring H, Sharma S, Wheelwright S, Barrett G: An electrophysiological investigation of semantic incongruity processing by people with Asperger's

syndrome. J Autism Dev Disord. 2007 Feb; 37 (2): 281-90. Recuperado de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16865545>

ψ Rodríguez, E. (2005). La necesidad de considerar a la familia de las personas con trastornos del espectro autista (TEA) en el diseño de los servicios. Educación y futuro: Revista de investigación aplicada y experiencias educativas, (12), 121-130. Recuperado de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2047073>

ψ Ruiz, N. *Síndrome de Asperger: déficits y potencialidades*. [en línea] España: Psicología Online. 2011 [fecha de consulta: 23 de junio de 2014]. Disponible en : <http://www.psicologia-online.com/monografias/sindrome-asperger/introduccion-definicion-tdg.html>

ψ Salvadó, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. y Hernández, MA. *Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista*. [en línea]. España: Centro de Orientación y Asistencia al Desarrollo Infantil, COADI, Rev. Neurol. 2012; vol. 54[fecha de consulta: 25 de junio de 2014]. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/averroes/etpcadiz/Documentos/Publicos/ANEE/ARTICULOS%20DE%20INTERES/TEA MODELO%20DE%20INTERVENCION%20ENCICLOPEDIA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/etpcadiz/Documentos/Publicos/ANEE/ARTICULOS%20DE%20INTERES/TEA%20MODELO%20DE%20INTERVENCION%20ENCICLOPEDIA.pdf)

ψ SEGOB (2012). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación. Disponible en:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011)



- ψ Senado de la Republica LXII Legislatura. (2015). *Senado aprueba Ley General para la Atención y Protección a Personas con la condición del Espectro Autista (442)*. Recuperado de: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/19755-senado-aprueba-ley-general-para-la-atencion-y-proteccion-a-personas-con-la-condicion-del-espectro-autista.html>
- ψ Smith, M., Rogers, S. y Dawson, G. (s.f.. *Programa de Denver de Intervención temprana: un modelo comprensivo para infantes con Autismo*. [Fecha de consulta: 30 de abril de 2016] del Sitio Web de Clinica Mexicana de Autismo (CLIMA). Recuperado del: <http://www.clima.org.mx/resources/modelodenver.pdf>
- ψ Subsecretaria de Educación Básica (2014). *Lineamientos para Impulsar Esquemas de Financiamiento de Proyectos Locales para la Inclusión y la Equidad Educativas*. Recuperado de: <http://basica.sep.gob.mx/ro2014/pdf/Lininclusion2014.pdf>
- ψ Televisa [Noticieros Televisa] ( 2013, Mayo 02). El síndrome de Asperger. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=XcUuLUbypmk>
- ψ Tirapu-Ustárróz, J., Pérez- Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrín-Valero, C. ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología* [En línea].2007, Vol. 44, No. 8 [Fecha de consulta: 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://neurologia.com/pdf/web/4408/x080479.pdf>

- ψ Trascendiendo el Autismo (2014). *Quienes somos* [Web log post].  
 Recuperado de : [http://www.crysb.com/quienes\\_somos/dr\\_jorge\\_escotto](http://www.crysb.com/quienes_somos/dr_jorge_escotto)
- ψ TV Azteca [Azteca Noticias] (2014, Febrero 11). Síndrome de Asperger afecta a 2 de cada 10 mil niños. [Archivo de video]. Recuperado de:  
<https://www.youtube.com/watch?v=ZIWXMPEZkNM>
- ψ TV Azteca [Azteca Noticias] (2014, Febrero 18). Síndrome de asperger. [Archivo de video]. Recuperado de:  
<https://www.youtube.com/watch?v=OSEgm8-PNrw>
- ψ TV Azteca [Azteca Noticias] (2014, Octubre 23). Misterios de la mente, síndrome de Asperger- Noticias de Salud. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=e10isyFstt0>
- ψ Utria, O, Ávila-Toscano, J.H. y Lara, D. (2013). Factores epigenéticos de los trastornos generalizados del desarrollo. Análisis comparativo entre Autismo y Síndrome de Asperger. En: J.H. Ávila-Toscano. Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud. (pp. 145-164). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR. Recuperado de:  
[https://www.academia.edu/5877868/Factores\\_epigeneticos\\_de\\_los\\_trastornos\\_generalizados\\_del\\_desarrollo\\_analisis\\_comparativo\\_entre\\_Autismo\\_y\\_Sindrome\\_de\\_Aasperger](https://www.academia.edu/5877868/Factores_epigeneticos_de_los_trastornos_generalizados_del_desarrollo_analisis_comparativo_entre_Autismo_y_Sindrome_de_Aasperger)
- ψ Vázquez, M. y Murillo, F. (2007). Síndrome de Asperger: un acercamiento al trastorno y a su tratamiento educativo. Sevilla: Fundación ECOEM.
- ψ Volkmar F, Cook EH, Pomeroy J, Realmuto G, Tanguay P, Bernet W, et al. Practice Parameters for the Assesment and Treatment of Children,

Adolescents and Adults with Autism and other developmental disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:12 suppl Dec: 32-54.

- ψ Wahlberg, E. (2005) Síndrome de Asperger: Criterios diagnósticos y cuadro clínico. Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría. Julio-Agosto; XVI (62), p., 41-44. <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex62.pdf>
- ψ Zapata, B. (2013,02 de abril). La lucha de un joven con síndrome de Asperger por ejercer sus derechos. CNN México. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/nacional/2013/04/02/la-lucha-de-un-joven-con-sindrome-de-asperger-por-ejercer-sus-derechos>
- ψ Zardaín, P. y Trelles, G. (2009). *El síndrome de Asperger*. Asturias: Alba editorial. Disponible en: <http://asociacionaspergerasturias.blogspot.mx/p/publicaciones.html>

## ANEXO 1

*“Querido profesor, me llamo Lolo y tengo 11 años, me gustaría contarte una historia: En el año de 1940, vivía en Austria un niño de 5 años llamado Harro. Le habían ingresado en la clínica de educación especial del Hospital Universitarios Infantil de Viena por orden de un pediatra que se llamaba Hans Asperger, quien describía a Harro de esta manera:*

*“...En cierto modo, Harro parece un adulto en miniatura... Su mirada, típicamente perdida, siempre parece lejana... En ocasiones parece ausente como si estuviera concentrado en pensamientos profundos, y entonces es cuando arruga las cejas y asume una actitud de dignidad extraña que resulta bastante divertida. Su postura corporal también es diferente a la de los demás y poco común. Sus expresiones faciales y gestos manuales son mínimos y raramente interrumpen su expresión de seriedad dignificada, excepto cuando se reía el solo y en secreto. A menudo, es imposible imaginarse qué tipo de suceso le ha parecido tan divertido en ese momento.*

*Su voz es una voz profunda, habla despacio y monótonamente sin modulación en el habla. Jamás mira a su interlocutor mientras habla. Tiene un estilo de comunicarse poco común, verdaderamente maduro y adulto, no como el estilo que ocasionalmente adoptan algunos niños que copian frases de los mayores o de la televisión. Cuando conversa, es como si inventara cada palabra para encajarla de forma precisas en cada momento de la conversación. A menudo, no responde a las preguntas que se le hacen sino que conversa con resolución siguiendo rígidamente la trayectoria que él ha marcado. Es posible hablar con él como un adulto y uno puede aprender de él... Durante su estancia en el hospital, Harro nunca participo en los juegos con los otros niños. Pasaba la mayor parte del tiempo, sentado en una esquina de la habitación, ensimismado con un libro e indiferente al ruido o al bullicio alrededor de él... Los otros niños le percibían como un niño excéntrico y pronto le hicieron el centro de sus burlas... (\*)*

*Como te decía, esto le pasaba a un niño austriaco de 8 años y hace mucho, pero mucho tiempo, pero si te fijas en los síntomas que le describen y haces memoria de todos niños que has conocido a lo largos de tu experiencia como docente, quizás me podrías contestar la siguiente pregunta... ¿me conoces?”*

*Tuyo afectísimo,*

*Lolo.*

(\*) Extracto basado en el texto original de Asperger traducido por Uta Frith (1991) al inglés en Zardaín y Trelles (2009).

## ANEXO 2

**Tabla 1. Clasificación de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.**

CIE- 10		DSM-IV	
<b>Código</b>	<b>Denominación</b>	<b>Código</b>	<b>Denominación</b>
F 84.0	Autismo infantil	F 84	Trastorno autista (299.00)
F 84.1	Autismo atípico	F 84.9	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluye autismo atípico) (299.80)
F 84.2	Síndrome de Rett	F 84.2	Trastorno de Rett
F 84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia	F 84.3	Trastorno desintegrativo de la infancia (299.10)
F 84.4	Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados		
F 84.5	Síndrome de Asperger	F 84.5	Trastorno de Asperger
F 84.8	Otros TG del D		

**Tabla 2. Clasificación de los trastornos generalizados del desarrollo de acuerdo a la CIF**

B (Body)	Funciones corporales. Alteración en las funciones mentales b 117 funciones intelectuales; b 122 funciones psicosociales globales b 160 funciones del pensamiento b 164 Funciones cognitivas superiores b 167 funciones mentales del lenguaje
S (Structures)	Estructuras corporales s 110 Estructuras del cerebro
D (Domains)	Actividades y participación. Califica desempeño/ realización y capacidades. d 175 resolver problemas, d 177 tomar decisiones, d 220 llevar a cabo múltiples tareas, d 240 manejo del estrés y otras demandas psicológicas d 315 comunicación-recepción de mensajes no verbales d 320 comunicación-recepción de mensajes en lenguaje de signos convencional d 335 producción de mensajes no verbales d 710 interacciones interpersonales básicas d 839 educación, otra especificada y no especificada d 870 autosuficiencia económica d 940 derechos humanos
E (Environment)	Factores ambientales. e.465 Problemas con las normas y actitudes sociales e. 1101 Medicamentos. Integración al tratamiento farmacológico.

Fuente: OMS/OPS/IMSERSO, 2001<sup>4</sup>

## ANEXO 3

### Directorio de instituciones dentro de la República Mexicana dedicadas a la atención de personas con síndrome de Asperger y sus familias.

#### **Aguascalientes**

##### Centro de Orientación Temprana Integral Infantil Aguascalientes (COTII)

Dirección: Priv. Damasco #101, Barrio La Estación CP 20259. Aguascalientes, Aguascalientes

Número Telefónico: (449) 918 9074

Email: [cotii\\_aggs@hotmail.com](mailto:cotii_aggs@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: diagnóstico y evolución temprana de dificultades en el desarrollo, evaluación neuropsicológica infantil, terapia de lenguaje y comunicación, terapia Análisis Conductual Aplicado ABA, terapia de integración sensorial, programa de adaptación curricular inclusiva, entrenamiento para maestra sombra y programa de terapia a pacientes foráneos.

Diplomados y cursos: certificación en diagnóstico del autismo, diplomados de autismo, diplomado en neuropsicología, escuela para padres de niños y jóvenes con TEA y Asperger, diplomado para padres con el objetivo de brindar recursos y estrategias eficaces en la educación y manejo conductual de sus hijos y diplomado Maestro de inclusión.

#### **Baja California**

##### Centro de atención al niño autista de Mexicali

Dirección: Av. Lago Xochimilco s/n, Ejido Xochimilco, CP 21380. Mexicali, Baja California.

Número telefónico: (686) 837 6183

Email: [c.a.n.a.m@hotmail.com](mailto:c.a.n.a.m@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: programa de atención e intervención temprana para autismo y trastornos generalizados del desarrollo, evaluación del desarrollo, atención conductual y psicoeducativa, integración escolar y asesoría de padres y maestros.

*Pasitos Centro Psicopedagógico*

Dirección: Campestre Oriente L18 Mz. 38 s/n, Col Río Tijuana 3era etapa CP 22226. Tijuana, Baja California

Números telefónicos: (664) 216 3333 / (664) 102 3990

Email: [autismo@pasitos.org](mailto:autismo@pasitos.org) / [www.pasitos.org](http://www.pasitos.org)

Servicios que ofrecen: terapia infantil (terapia de juego, psicología clínica, conductismo, terapia de juego y terapia del lenguaje) y psicoterapia familiar (para todos los miembros de la familia ya sea por separado, terapias individuales, o en forma colectiva y terapias grupales).

**Baja California Sur**

*Centro de Entrenamiento Psicológico Infantil CEPI*

Dirección: Ignacio Ramírez #4415, Col. Minero CP 23097. La Paz, Baja California Sur

Número Telefónico: (612) 123 3169 / (612) 131 3096

Email: [anyracs@hotmail.com](mailto:anyracs@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: atención personal (con el objetivo de manera activa integral y sistemática herramientas para potencializar el desarrollo de las habilidades para el aprendizaje, la conducta, el lenguaje, la visión y la audición), programas diseñados individualmente para cada niño, seguimiento en casa, seguimiento en escuela, evaluación semanal del programa, trabajo coordinado con los mejores neurólogos y paidopsiquiatras de la comunidad y asesoría y valoración a escuelas.

## **Chihuahua**

### *Instituto José David*

Dirección: Periférico de la Juventud #2900, Col. Abraham González. Chihuahua, Chihuahua

Números Telefónicos: (614) 411 9737 / 411 0792

Servicios que ofrecen: evaluación, diagnóstico y terapia (individual y/o grupal) para personas con alteraciones en las áreas de : audición, lenguaje, autismo, trastornos generalizados del desarrollo y aprendizaje; estimulación temprana; terapia de voz y articulación para niños con secuela de labio y/o paladar hendido; terapia de lenguaje para personas con afasia; escuela para padres; desarrollo de las habilidades cognitivas para niños y adolescentes; programa de implante coclear: Ayúdame a oír; cursos, talleres y diplomados para profesionales de la educación; terapia de psicomotricidad; programa de estimulación cerebral (Master Mind) y formación de terapeutas a nivel licenciatura en el área de la comunicación humana incorporados a la Universidad Autónoma de Chihuahua.

## **Ciudad de México**

### *Apoyando Angelitos con Autismo AC*

Dirección: Andrea del Castagno #54, Col. Mixcoac Nonoalco CP 03700. México, D.F.

Número Telefónico: (55) 1518 1323

Email: [angelitos\\_autismo@hotmail.com](mailto:angelitos_autismo@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: programa terapéutico (individualizado para cada persona y de forma integral), programa de profesionalización (capacitación y formación de personal capacitado para atender a personas con autismo o TEA), programa de inclusión escolar (integración y supervisión de nuestros niños en las escuelas en el caso de controlar con las habilidades adecuadas), programa de adaptación al medio( adaptación y manejo en visitas a lugares públicos), programas de padres y familia ( cursos, talleres y actividades que apoyen de forma integral a la familia) y programa de actividades recreativas, artísticas, deportivas y culturales (integración y participación en todas estas actividades).



APYRE Apoyo y Rehabilitación A. C.

Dirección: Arteaga y Salazar #794, Col. Contadero, CP 05500. México, D.F.

Número telefónico: (55) 5812 6269

Servicios que ofrecen: terapias especializadas (programa personalizado integral), escuela terapéutica (educación individualizada), centro de autismo C.A.N.T.A. (programa interdisciplinario), integración escolar (inclusión exitosa de niños con necesidades especiales en una escuela regular), Clínica de Integración Sensorial, y Talleres intensivos.

Asperger México

Dirección: Leibnitz #270, Col. Anzures. México, D.F

Número telefónico: (55) 5227 7354

Servicios que ofrecen: diplomado acerca del Síndrome de Asperger, diagnóstico, pláticas y talleres para padres y todo aquel interesado en el tema con el objetivo de formar profesionales en el campo de la educación y la salud con un amplio y sólido sustento teórico-práctico, para la intervención psico-educacional y terapéutica de las personas con síndrome de Asperger y sus familiares.

Centro de Integración Infantil Nonino's

Dirección: 17 de Mayo #151, Col. Planetario Lindavista. México, D.F.

Números telefónicos: (55) 5119 2477 / 04455 5407 2842

Email: noninos\_2006@yahoo.com.mx

Servicios que ofrecen: terapia de lenguaje, terapia de aprendizaje, terapia de audición, valoración de maduración, valoración de habla y lenguaje y valoración de aprendizaje.

Centro de Integración Sensorial A.C.- CISAC

Dirección: Cerrada Amatista #7, Col. Valle Escondido C.P. 14600. México, D.F.

Números telefónicos: (55) 5675 8579 / 04455 1682 1998

Email: [cisac.edu@gmail.com](mailto:cisac.edu@gmail.com)

Servicios que ofrecen: atender a personas autistas y con alteraciones del desarrollo de escasos recursos con el fin de adquirir los conocimientos necesarios para valerse por sí mismos, por medio de la práctica de actividades de la vida diaria y de programas educativos como: el desarrollo del lenguaje, auto cuidado, desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa, programa emocional y sexual.

### Centro Hacer para Ser

Dirección: Alejandro Dumas #231, Col. Polanco. México, D.F.

Números telefónicos: (55) 5294 4713 / 5294 8415

Email: [hacerparaser@gmail.com](mailto:hacerparaser@gmail.com) / [www.hacerparaser.com](http://www.hacerparaser.com)

Servicios que ofrecen: diagnósticos de autismo o TEA, tratamientos, asesorías y sensibilizaciones, evaluación del habla (orofacial, miofuncional, alimentación y articulación), terapias del habla, terapia de lenguaje, valoración y evaluación de lenguaje, valoración de terapia ocupacional, tratamiento de terapia ocupacional, terapias de aprendizaje, cursos teórico-práctico para padres certificados por el Hanen Centre, curso para formación de monitores y grupo de apoyo para padres.

### Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.

Dirección: Van Dyck #66, Col. Mixcoac, CP 03700. México, D.F.

Números telefónicos: (55) 5611 8541 / 5615 0615

Email: [clima\\_ac@hotmail.com](mailto:clima_ac@hotmail.com) / [www.clima.org.mx](http://www.clima.org.mx)

Servicios que ofrecen: detección y diagnóstico, evaluación y desarrollo, evaluación temprana: modelo Denver, terapia educacional, integración educativa a escuelas regulares, programas de enseñanza para familias, programas para profesionales (diplomado en terapéutica del síndrome de Asperger) y cursos para instituciones afiliadas.

Cuba México por la vida, S.C. CUMEVI

Dirección: Anaxágoras #1360, Col. Letrán Valle. C.P 3650. México. D.F

Números telefónicos: (55) 56 01 42 52 / (044) 55 14 00 64 63

Email: [direccion@cuvemi.com](mailto:direccion@cuvemi.com)

Servicios que ofrecen: valoraciones (psicopedagógicas, emocionales, lenguaje y aprendizaje), terapia (lenguaje, articulación, aprendizaje, atención-concentración, emocional, tanatología, física, ocupacional, cognitivo-conductual y sensorial) y actividades extra académicas y otros (música, actividades deportivas, visitas guiadas, talleres para padres, nutrición, regularización y arte).

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

Dirección: Av. San Buenaventura No. 86, Tlalpan, Belisario Domínguez, 14080 Ciudad de México, D.F

Números Telefónicos: (55) 5573 9161

Servicios que ofrecen: fomento y operación del tratamiento inter y multidisciplinario que incluyen los servicios de paidopsiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y servicios médicos, diagnósticos; terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo, en las modalidades de consulta externa, hospitalización y hospitalización parcial. También cuentan con otro tipo de servicios como son: neuropediatría, pediatría, dental, medicina física y rehabilitación; laboratorio, rayos X y electroencefalografía; rehabilitación social y psiquiatría comunitaria.

Instituto DOMUS

Dirección: Málaga Sur #44, Col. Insurgentes, CP 03920. México, DF

Números telefónicos: (55) 5563 9966 / 5563 9874

Email: [domus@institutodomus.org](mailto:domus@institutodomus.org) / [www.institutodomus.org](http://www.institutodomus.org)

Servicios que ofrecen: a personas con autismo o TEA (modelo de atención DOMUS, diagnóstico y evaluación, atención temprana, integración educativa, atención a adultos), a familias (servicios a familias, canalización, capacitación,

orientación, atención a distancia) y a estudiantes y profesionistas (prácticas profesionales, servicio social, voluntariado, etc.).

## **Coahuila**

### *Instituto de Desarrollo integral de la Laguna*

Dirección: Carretera La Unión S/N, Col. Nueva Laguna CP 27420. Torreón, Coahuila

Números telefónicos: (871) 750 8697 / 750 7700

Email: [idi\\_97@hotmail.com](mailto:idi_97@hotmail.com) / [www.idilaguna.org.mx](http://www.idilaguna.org.mx)

Servicios que ofrecen: departamento de psicología (orientación a los padres, valoraciones psicológicas fichas clínicas, estimulación multisensorial, asesoría y apoyo emocional a los padres de familia que lo solicitan), terapia de lenguaje, rehabilitación física, terapia psicomotora, terapia ocupacional, apoyo pedagógico, nutrición y centro de hidroterapia.

## **Colima**

### *Fundación Mexicana de Autismo TATO*

Dirección: Mexicali #100, Col. Villa Izcalli Caxitlan CP 28979. Villa de Álvarez, Colima

Número telefónico: (312) 330 40 00

Email: [fundación.tato@gmail.com](mailto:fundación.tato@gmail.com) / [www.fundacionautista.gob](http://www.fundacionautista.gob)

Servicios que ofrecen: atención médico-educativa a niños y jóvenes con autismo, síndrome de Asperger y trastornos del desarrollo optimizando sus habilidades para una mejor calidad de vida.

## **Edo. De México**

### *Asociación por amor y amistad "Un rayito de Luz"*

Dirección: Reforma Oriente #154 1er piso, Col Centro, CP 54240. Jilotepec, Edo. de México

Número telefónico:(761) 734 2981

Email: [rayitodeluz\\_iap@hotmail.com](mailto:rayitodeluz_iap@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: asociación sin fines de lucro que ofrece atención a las personas con discapacidad y atención psicológica integral.

### *Caritas de Amistad, A.C.*

Dirección: Av. Jardines de San Mateo #167, Col. Sta. Cruz Acatlán. Naucalpan, Edo. de México

Número telefónico: (55) 4167 1910

Email: [Sharon\\_pini@hotmail.com](mailto:Sharon_pini@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: asociación de padres interesados en realizar actividades encaminadas a proporcionar una atención continua y en forma integral, para una mejor calidad de vida e integración a la sociedad de niño, jóvenes y adultos con síndrome de Asperger.

### *Centro de Autismo Teletón (CAT)*

Dirección: Marte #3, Col. Valle de Anáhuac, C.P: 55210. Ecatepec de Morelos, Edo. De México.

Número telefónico: 56992122

Email: [autismo@teleton.org.mx](mailto:autismo@teleton.org.mx)

Servicios que ofrecen: su visión se centra en consolidar un modelo replicable de atención al autismo que sea un referente de calidad e inclusión, los menores acuden al CAT por lo menos 20 horas a la semana, donde reciben atención en las áreas de comunicación, conducta, socialización, habilidades de la vida diaria, integración sensorial y habilidades académicas, siendo el objetivo final que los niños desarrollen habilidades académicas, siendo el objetivo final que los niños desarrollen habilidades básicas que les permitan participar en su contexto social.

Centro de Integración Leo Kanner

Dirección: Pino Suárez #125, Col. Santa Ana, C.P. 50160. Toluca, Edo. de México

Número telefónico: (722) 275 2417

Email: [info@leokannerautismo.com](mailto:info@leokannerautismo.com) / [www.leokannerautismo.com](http://www.leokannerautismo.com)

Servicios que ofrecen: educación integral y especializada para niños y jóvenes con trastorno autista, apoyo a la integración escolar, atención a niños y jóvenes con trastornos emocionales y/o de la conducta severos y apoyo en domicilio para intervención intensiva temprana.

Centro Educativo Especializado Amanecer

Dirección: Naranja #22, Col. Jardines, C.P. 55040. Ecatepec, Edo. de México

Número telefónico: (55) 5770 5300

Email: [despaman@yahoo.com.mx](mailto:despaman@yahoo.com.mx)

Servicios que ofrecen: evaluaciones psicopedagógicas, terapias psicológicas y pedagógicas y regularización primaria y secundaria.

Coconéh Autismo

Dirección: Av. de la Herradura #1, Col. Lomas Hipódromo, CP 53900. Naucalpan, Edo. de México

Número telefónico: (55) 5294 4933

Email: [favy\\_armas@hotmail.com](mailto:favy_armas@hotmail.com) / [www.coconeh.com](http://www.coconeh.com)

Servicios que ofrecen: programa educativo integral de calidad para los niños que presentan un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), brindando servicios educativos y terapéuticos, con el fin de establecer e incrementar procesos cognitivos y así lograr una mayor autonomía e independencia.

*Creciendo juntos (CETI)*

Dirección: Av. Fuentes de Satélite #30, Col. Lomas de Bellavista. Atizapán de Zaragoza, Edo. De México

Número telefónico: (55) 1663 7006

Email: [ceticreciendojuntos@hotmail.com](mailto:ceticreciendojuntos@hotmail.com) / [creciendojuntos.com.mx](http://creciendojuntos.com.mx)

Servicios que ofrecen: escuela para niños, adolescentes y adultos con diferentes discapacidades; programa de RDI: consultoría para personas dentro del espectro autista; evaluaciones psicopedagógicas y diagnósticos; terapias integrales: psicoterapia general, terapia de juego, terapia de lenguaje, terapia de aprendizaje, grupos sociales; estimulación temprana; talleres: manualidades, pintura; natación y educación continua: platicas, conferencias, grupos de apoyo y talleres para padres y profesionales interesados en su crecimiento personal.

*Fundación Autismax I.A.P.*

Dirección: Ahuehuetes #77, Col. Jardines de San Mateo, CP 53200. Naucalpan, Edo. de México

Número telefónico: (55) 5560 2518 / 5373 9490

Servicios que ofrece: diagnósticos, terapias físicas, terapias familiares y terapias de aprendizaje.

**Guanajuato**

*Asociación de padres de hijos autistas de Guanajuato*

Dirección: Francisco Navarrete y Guerrero #608, Col. Alameda, CP 37220. León, Guanajuato

Número telefónico: (477) 764 6954 / 711 14 60

Email: [contacto.autismo10@gmail.com](mailto:contacto.autismo10@gmail.com)

*Centro de Atención Integral para Personas con Autismo (AMAAC)*

Dirección: Peñagrande #26, Col. Centro, CP 36000. Guanajuato, Guanajuato

Número telefónico: (473) 731 0900

Email: [centroamaac@prodigy.net.mx](mailto:centroamaac@prodigy.net.mx)

Servicios que ofrecen: intervención multidisciplinaria: médica, psicológica de alumnos, familiares, educativa, conductual, y el desarrollo de habilidades sociales. Las intervenciones están diseñadas para remediar los síntomas específicos de cada uno de los individuos en tratamiento. También se realizan talleres, entrevistas y fiestas por motivos variados para fortalecer la comunidad y promover el intercambio.

*Clínica Mexicana de Autismo CLIMA*

Dirección: Villa Imperial Interiores #197, Col. Quinta Villas, CP 36643. Irapuato, Guanajuato

Número telefónico: (462) 693 26 17 / 044 462 152 1294

Email: [clima.irapuato@gamil.com](mailto:clima.irapuato@gamil.com) / [www.clima.org](http://www.clima.org)

**Hidalgo**

*Asociación Integral de Asistencia a los Trastornos del Espectro Autista ATREA*

Dirección: José María Bandera #710, Col. Doctores, CP 42090. Pachuca, Hidalgo

Número telefónico: (771) 108 2508

Email: [atreahgo@hotmail.com](mailto:atreahgo@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: diagnósticos, apoyo terapéutico en las siguientes áreas: comunicación-lenguaje, aprendizaje, conducta, psicológica, motricidad, autonomía, física y estimulación multisensorial en la cámara snoezelen.



### Centro de Terapias Yasko

Dirección: I. Allende #116, Col. Centro, C.P 4200. Pachuca, Hidalgo

Número telefónico: (771) 715 0902 045 / 221 2407

Email: [centrodeterapiasyasko@hotmail.com](mailto:centrodeterapiasyasko@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: diagnóstico, intervención educativa, formación de hábitos y manejo de conducta, cuarto de estimulación multisensorial, arte terapia y terapia física.

### **Jalisco**

Centro de Educación Especial Providencia- Jean Piaget

Dirección: José Ma Vigil #3186, Col. Prados Providencia. Guadalajara, Jalisco

Número telefónico: (33) 3641 8350

Email: [musita\\_78@yahoo.com.mx](mailto:musita_78@yahoo.com.mx) / [ceepjeanpiaget@hotmail.com](mailto:ceepjeanpiaget@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: servicios educativos: orientación, logopedia, educación musical, educación física en el medio acuático, intervención en habilidades de autonomía personal, fisioterapia.

### **Nuevo León**

#### Asociación Regiomontana de Niños Autistas- ARENA

Dirección: Antonio Caso # 600, Col Valle del Contri, C.P. 67174. Guadalupe, Nuevo León

Números telefónicos: (81) 8348 8000 / 8115 6165

Email: [desarrollo@autistoarena.org.mx](mailto:desarrollo@autistoarena.org.mx) / [www.autismoarena.org.mx](http://www.autismoarena.org.mx)

Servicios que ofrecen: evaluación y diagnóstico: valoración inicial, impresión diagnóstica y evaluación diagnóstica; servicios de intervención educativa: programa matutino, programa vespertino y selección, capacitación y monitoreo del maestro inclusivo; servicios para la información y actualización del TEA: inducción

al trastorno del espectro autista, el TEA en la escuela, los retos del TEA en casa, nutrición y cocina; espacio para el fortalecimiento familiar: círculo de apoyo a hermanos de personas con autismo, conociendo a mi hermano con TEA, desarrollo humano; y capacitación y entrenamiento para profesionistas.

Centro de Orientación Temprana Integral Infantil COTII

Dirección: Carlos Orozco romero # 152-A, Col. Valle Dorado. San Nicolás de los Garza, Nuevo León

Número telefónico: (81) 1935 7719

Email: [www.cotii.com](http://www.cotii.com)

## **Puebla**

### *Autismo Mente Corazón*

Dirección: 20 de Noviembre #5511-A, Puebla, Puebla

Números telefónicos (222) 5716711 / (044) 222 299 9400

Email: [autismo-mentecorazon@hotmail.com](mailto:autismo-mentecorazon@hotmail.com)

## **Querétaro**

### *Centro para la Atención del Autismo y Desordenes del desarrollo- CAADD*

Dirección: Fray Sebastián de Aparicio #35-3, Col. Cimatario, CP 76030. Querétaro, Querétaro

Número telefónico: (442) 212 3364

Email: [informes@caadd.org.mx](mailto:informes@caadd.org.mx) / [www.caadd.com.mx](http://www.caadd.com.mx)

Servicios que ofrecen: apoyo a escuelas, grupo de intervención temprana, grupo de apoyo para padres, curso de verano e intervención psicológica: análisis aplicado de conducta (ABA), entrenamiento de intento discreto (DTT/ Método Lovaas), psicomotricidad, sistema de comunicación por intercambio de figuras

(PECS), uso de tecnología en medios de comunicación (Assistive technology), sistemas de juego y socialización, historias sociales, desarrollo de habilidades de autoayuda (TEACCH) y musicoterapia.

*Centro de Orientación Temprana Integral Infantil Querétaro COTII*

Dirección: Clemencia Borja Taboada int. 6, Plaza Acueducto. Juriquilla, Querétaro

Número telefónico: (442) 234 3233

Email: [cotiidireccion@cotii.com](mailto:cotiidireccion@cotii.com) / [www.cotii.com](http://www.cotii.com)

**Quintana Roo**

*Asociación de Ayuda a Niños con Trastorno en el Desarrollo A.C.- Centro ASTRA*

Dirección: Punta Tulbayab 6, Col. Súper Manzana 24. Cancún, Quintana Roo

Número telefónico: (998) 892 0173

Email: [astracancun@gmail.com](mailto:astracancun@gmail.com) / [astraa@prodigy.net.mx](mailto:astraa@prodigy.net.mx) / [www.astracancun.org.mx](http://www.astracancun.org.mx)

Servicios que ofrecen: detección temprana, diagnóstico, capacitación, centro documental especializado y terapia psicológica: ABA, TEACCH, PECS, integración sensorial y Teoría de la mente.

**Sinaloa**

*Asociación Sinaloense de Autismo, I.A.P.*

Dirección: Batalla de Churubusco #1230, Col. Chapultepec, CP 80040. Culiacán, Sinaloa

Números telefónicos: (667) 715 6586 / 752 1075

Email: [asac44@hotmail.com](mailto:asac44@hotmail.com)

Servicios que ofrecen: atención psicológica integral a niños y jóvenes con autismo y otras alteraciones del desarrollo y sus familias.

## **Tamaulipas**

### Autismo y Educación Especial AMA

Dirección: 15 Anaya #226 Col. San Francisco. Victoria, Tamaulipas

Número telefónico: (834) 316 4795

Email: [autismovictoria@hotmail.com](mailto:autismovictoria@hotmail.com) / [www.autismovictoria.com.mx](http://www.autismovictoria.com.mx)

Servicios que ofrecen: información; tratamiento: terapia individual, terapia grupal, terapia a distancia; valoración, diagnóstico, capacitación, asesoría técnica y programación.

## **Tlaxcala**

### Centro Educativo Hans Asperger (CEHA)

Dirección: Progreso #88, Col Texcacoac. Chiautempan, Tlaxcala

Números telefónicos: (246) 464 4442 / 462 4124

Email: [hans\\_asperger@hotmail.com](mailto:hans_asperger@hotmail.com) / [www.fundacionhansasperger.org](http://www.fundacionhansasperger.org)

Servicios que ofrecen: evaluación y diagnóstico; tratamiento psicopedagógico: terapia de lenguaje, modificación de conducta, terapia ocupacional, actividades académicas básicas; terapia física; natación; musicoterapia; orientación familiar; escuela para padres; asesoramiento a la integración escolar; consulta externa para terapia médica; y asesoramiento a instituciones.

## ESPECIALISTAS

Reseña del trabajo y experiencia de los expertos en Síndrome de Asperger en CDMX:

El **Dr. Carlos Marcin** es director y presidente fundador de CLIMA quien cuenta con un gran trayectoria en la docencia y la terapéutica del TEA. Es doctor en psicología clínica por la Universidad Iberoamericana, cuenta con un posgrado avanzado en autismo por el Polytecnic Institute and State University, en la actualidad cuenta con una certificación en capacitación de familias con el Modelo Denver de intervención temprana para niños y niñas con TEA o autismo. Es asesor de 20 instituciones en el interior de la República Mexicana, las que replican el modelo de atención psicoeducacional de CLIMA. El Dr. Marcin organiza y participa constantemente en congresos nacionales e internacionales sobre el autismo, además de ser un ferviente investigador en la materia, actualmente desarrolla un estudio epidemiológico, además de participar en un proyecto de investigación sobre la genética del autismo. Resumir su trayectoria profesional resulta muy difícil, basta con decir que en México es el único profesionalista del autismo y TEA con presencia e incidencia en la investigación internacional. Anualmente imparte diplomados de Intervención y Terapéutica del Autismo, y recientemente también del síndrome de Asperger, de manera hace que CLIMA se mantenga a la vanguardia en los tratamientos con el objetivo firme de capacitar y asesorar a la sociedad para lograr la inclusión óptima de las personas con TEA (Olivera, 2013).

El **Dr. Jorge Escotto Morett** es otro investigador reconocido dentro del tema de los TEA, éste cuenta con la profesión de psiquiatra y paidopsiquiatra, pertenece al comité de bioética del Centro Medico 20 de noviembre del ISSSTE, así como también director operativo de AUTISMEX durante 30 años ( Asociación Mexicana para el Estudio del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo), dicha institución tiene dos convenios de sinergia con la Secretaria de Salud: terapia ambiental en el hospital infantil Juan N. Navarro en donde se atienden 200 niños con autismo,

institución donde también es director del departamento de Enseñanza y Capacitación; y Centro Integral de Salud Mental del Consejo Nacional de Salud en donde se brinda tratamiento permanente a más de 900 niños y adultos autistas. Dentro del interior de la Republica es director operativo de instituciones como: Hospital del niño de Pachuca Hidalgo del DIF (servicio de autismo), Fundación “TATO” para el autismo en Colima y en la Fundación “MIRA” en Yucatán (Trascendiendo el Autismo, 2014).

Diego **Reza Becerril**, psicólogo que se ha especializado en el programa RDI (Relationship Development Intervention) para desarrollar procesos de interacción social en personas con autismo por la institución Connections Center, es traductor del libro “The RDI Book” (Forging New Pathways for Autism, Asperger and PDD-nos); también se ha especializado por parte del SEPIME en México y la Universidad de Flinders (Australia) para la aplicación del FOSPAC-R para la detección temprana del autismo o algún tipo de TEA; otra importante labor que desempeña es la de ser asesor técnico de la Federación Latinoamericana de Autismo, conferencista y miembro del comité científico del III Congreso Mundial de Autismo y de la Organización Mundial de Autismo; actualmente es coordinador del departamento de evaluación y diagnóstico y asesor de manejo conductual preventivo en DOMUS. (Fundación Teletón, 2014).

## ANEXO 4

### METODOLOGIA “LIDERES DE OPINIÓN PÚBLICA (LOP)”

Esta metodología de intervención está encaminada a la prevención y reducción del riesgo de adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Garza y Aguilar, 2013). Este tipo de intervención tiene como objetivo principal:

“Identificar, sensibilizar, capacitar e involucrar a las personas que tienen un liderazgo reconocido en la población clave, para que transmitan mensajes entre otros integrantes de su comunidad o red social<sup>16</sup> sobre los que tienen influencia. Dichos mensajes tienen el propósito de motivar a reducir las prácticas...” de riesgo y “contribuir en la reducción” de ITS y VIH en la población de interés. (Garza y Aguilar, 2013, p. 5).

La teoría en la que se sustenta este tipo de intervención es la “La Teoría de la Difusión Social” propuesta por Rogers, la cual es una:

“Teoría sociológica en la que la difusión es el proceso de comunicación que tiene como objeto socializar nuevas ideas entre los miembros de un determinado sistema social... a través de diversos canales de comunicación... Él destaca la importancia de la comunicación interpersonal (relaciones de homofilia: afinidad por los iguales) y el papel de las redes sociales... en donde la tendencia es que las noticias se propaguen en los

---

<sup>16</sup> El término de redes sociales se refiere a las redes de personas que están vinculadas por lazos sociales (escuela, trabajo, comunidad, sitio de encuentro); es decir, en este contexto no se limita al ámbito de las redes sociales virtuales. (Garza y Aguilar, 2013)

medios interpersonales mediante relaciones de homofilia” (Garza y Aguilar, 2013, p.10).

Rogers menciona que la difusión de innovaciones produce un cambio social ya que al divulgar ideas nuevas y diferentes a las acostumbradas; y éstas al ser aprobadas o no por la gente desencadenaran un cambio en la estructura social (Garza y Aguilar, 2013).

La forma de llevar a cabo la intervención de líderes populares es mediante conversaciones cara a cara con amigos y pares dentro de una población objetivo. El primer paso de la intervención es detectar dentro de la población a los líderes populares, éstos son identificados a través de un mapeo de los sitios de encuentro social con una alta concentración de personas que son parte de la población objetivo, una vez establecidos los lugares más concurridos se hace una identificación de redes sociales, es decir un grupo de personas que comúnmente socializan, de esa red social se identifica al líder de éstas y son ellos los que podrían ser candidatos a ser “líderes populares”, las características de los líderes son: “Son personas muy sociales, son las personas más populares dentro del grupo que se quiere intervenir, son personas que tienen varios amigos de un grupo y son muy aceptados dentro de su comunidad y la gente acude a ellos para pedirles información y consejo” (Garza y Aguilar, 2013, p. 17).

Una vez identificados los lideres, se le hace una invitación para acudir a una capacitación donde se formaran como líderes populares. La capacitación se divide en cuatro fases de una duración de una a dos horas, donde la primera se centra



en dar la bienvenida a la gente que acudió y explicar en qué consiste la intervención que se pretende llevar a cabo, así como también se le brinda la información básica del tema de interés; en la segunda fase se le brindan a los líderes los conocimientos que permitan romper con los mitos y malos entendidos (que son las normas sociales y los elementos de una conversación efectiva); en la tercera sesión se habilita a los líderes en la implementación de conversaciones efectivas orientadas a posicionar entre sus amigos y pares, así como también normas sociales prósperas a través de modelaje de conversaciones y mensajes favorables para promover el cambio, al finalizar la sesión se les indica a los líderes de opinión en formación que inviten a dos o tres amigos que consideren puedan convertirse en nuevos líderes; y por último en la cuarta sesión, se les da la bienvenida a los nuevos integrantes y de forma aparte a los líderes que ya estaban se les brinda la primera sesión, a los líderes reclutados que acuden a su cuarta sesión se les invita a platicar sus experiencias; los moderadores supervisan y los demás líderes retroalimentan a los nuevos integrantes, también se harán revisiones de si cumplieron los objetivos claves de una conversación efectiva, por último se les comisiona a realizar un número determinado de conversaciones de reducción de riesgo que se comprometen a realizar en una o dos semanas. El mantenimiento de esta intervención se dará a través del procedimiento de la capacitación, así aumentando a cada vez más nuevos líderes (Garza y Aguilar, 2013).

## ANEXO 5

*Un cargador de agua de la India tenía dos grandes vasijas que colgaba a los extremos de un palo y que llevaba encima de los hombros. Una de las vasijas tenía varias grietas, mientras que la otra era perfecta y conservaba toda el agua al final del largo camino a pie, desde el arroyo hasta la casa de su patrón, pero cuando llegaba, la vasija rota sólo tenía la mitad del agua.*

*Durante dos años completos esto fue así diariamente, desde luego la vasija perfecta estaba muy orgullosa de sus logros, pues se sabía perfecta para los fines para los que fue creada. Pero la pobre vasija agrietada estaba muy avergonzada de su propia imperfección y se sentía miserable porque sólo podía hacer la mitad de todo lo que se suponía que era su obligación.*

*Después de dos años, la tinaja quebrada le habló al aguador diciéndole:*

*“Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas sólo puedes entregar la mitad de mi carga y sólo obtienes la mitad del valor que deberías recibir”.*

*El aguador, apesadumbrado, le dijo compasivamente:*

*“Cuando regresemos a la casa quiero que notes las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino.”*

*Así lo hizo la tinaja. Y en efecto vio muchas flores hermosas a lo largo del camino, pero de todos modos se sintió apenada porque al final, sólo quedaba dentro de sí la mitad del agua que debía llevar.*

*El aguador le dijo entonces*

*“¿Te diste cuenta de que las flores sólo crecen en tu lado del camino? Siempre he sabido de tus grietas y quise sacar el lado positivo de ello. Sembré semillas de flores a todo lo largo del camino por donde vas y todos los días las has regado y por dos años yo he podido recoger estas flores para decorar el altar de mi Maestro. Si no fueras exactamente cómo eres, con todo y tus defectos, no hubiera sido posible crear esta belleza.”*

## ANEXO 6

Fundación  
**AMAsperger**



YOIncluYO

# Yo soy una As...perger

Soy madre, trabajo como peluquera canina, presidenta de una Agrupación que busca dar orientación y apoyo a padres, familias, docentes del Espectro Autista.

Soy una As...perger de 43 años, que puede decir que se puede, yo presumo competencia.

Paola, Chile

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (10 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/comunicacionpoliticaefit/photos/a.613150968797585.1073741828.608330859279596/737490743030273/?type=3&theater>

Fundación  
**AMAsperger**



YOIncluYO

# Yo soy una As...perger

Soy estudiante de fotografía, escritora y narro juegos de rol en una Comunidad de mi ciudad; también toco la guitarra y he participando de 3 foros de Filosofía saliendo ganadora de uno.

Soy una As...perger de 18 años, que puede decir que se puede, yo presumo competencia.

Diana, Colombia

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (3 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/895674363797592/?type=3&theater>



Yo soy un 

## As...perger

Siendo el mismo me reinvento cada día: soy artista visual, filósofo y músico. Con orgullo me he levantado para dar lo mejor.

Soy un As...perger de 37 años, que puede decir que se puede, yo presumo competencia.

Julio  
México

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (6 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/897365240295171/?type=3&theater>



Yo soy una 

## As...perger

Soy estudiante de Medicina, y Activista por la Concienciación sobre el Espectro del Autismo.

Soy una As...perger bastante capaz, haciendo frente a las dificultades, y demostrando que un diagnóstico no es una sentencia de vida.

Soy una As...perger de 20 años, que puede decir que se puede, yo presumo competencia.

Sandra Guadalupe, México

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (9 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/898988086799553/?type=3&theater>



## Yo soy una **As...perger**

Soy maestra de universidad ,soy abogada y aparte tengo una maestría en métodos alternos para la solución de conflictos , y soy mediadora y conciliadora .

Soy una orgullosa As...perger de 25 años, que puede decir que se puede, yo presumo que tú puedes, yo presumo tus talentos y competencias.

Jazzime, México.

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (11 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/900403776657984/?type=3&theater>



## Yo soy un **As...perger**

Trabajo como docente de TIC'S en una escuela primaria y estoy en espera de mi nombramiento como director de una institución educativa, tengo una Maestria en Educación e Investigación, de pequeño todos dudaban de mí por que no podia hacer mucho y expresarme con palabras Soy un As...perger, que puede decir que se puede, yo presumo que tú puedes, yo presumo tus talentos y competencias.

Aldo Samuel, México

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (12 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/900403776657984/?type=3&theater>



# Yo soy una **As...perger**



Soy mujer, pronta a ser educadora diferencial, conferencista y participe de diferentes agrupaciones sociales, porque quiero una sociedad mas justa, colaborativa y consciente.

Soy una As...perger de 29 años, que puede decir que se puede, yo presumo competencia.

Tamara Suárez  
Chile

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (6 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/897136670318028/?type=3&theater>

# Yo soy una **As...perger**



Soy madre de una niña asperger también, me fascina la psicología y la música, con amor y valor todo es posible, nunca te rindas, sigue adelante.

Soy una As...perger de 32 años, que puede decir que se puede, yo presumo competencia.

Jacqueline, Nicaragua

**18 de Febrero . Día Internacional del Síndrome de Asperger**

Asperger México (8 de febrero de 2015). [Actualización de Facebook]. Recuperado de:  
<https://www.facebook.com/105490756149294/photos/a.727390443959319.1073741825.105490756149294/898761700155525/?type=3&theater>