



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER INFORMATIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS
DIAGNOSTICADOS CON SÍNDROME DE ASPERGER.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JESSICA JAZMÍN CÁRDENAS CARRERA

DIRECTORA:

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

SINODALES:

LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Agosto, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice	1
Resumen	2
Introducción	5
Capítulo 1: Síndrome de Asperger (SA)	9
1.1 Qué es el Síndrome de Asperger	9
1.2 Ubicación del Síndrome de Asperger en los trastornos generalizados del desarrollo: Manuales de diagnóstico	13
1.3 Criterios diagnósticos	14
1.3.1 CIE-10	14
1.3.2 DSM-IV-TR y DSM V	15
Capítulo 2: Neurobiología y tratamiento farmacológico en el Síndrome de Asperger	24
2.1 Procesos y sistemas neuronales implicados	24
2.2 Tratamiento farmacológico	30
2.2.1 Farmacología infantil	31
2.2.2 ¿Qué es un fármaco?	33
2.2.3 Familias de psicofármacos que se suelen recetar para el síndrome de asperger	34
2.2.4 Mecanismos generales de acción de estos psicofármacos	37
Capítulo 3: El trabajo del psicólogo en la intervención para las personas con SA	41
3.1 Funciones psicológicas y funcionalidad en el SA	43
3.2 El papel de la psicología en el síndrome de Asperger	46
3.3 Evaluación e intervención psicológica para pacientes con SA	52
3.3.1 Pruebas psicométricas y listas de chequeo	53
3.4 Programas de intervención y asesoría a padres	57
Propuesta de intervención	60
Justificación	60
Objetivos	61
Población	63
Procedimiento	63
Cartas descriptivas	64
Discusión	76
Alcances y limitaciones	78
Referencias	79
Anexos	

Resumen

Actualmente se ha puesto más atención en la asistencia e intervención a los niños que presentan diferencias en el desarrollo, como es el caso de los niños que tienen un Trastorno del espectro autista (TEA) en donde se incluye a los niños con Trastorno o Síndrome de Asperger.

Cada vez aumentan más los casos diagnosticados de Síndrome de Asperger, se ha estimado que 2-7 de cada 1.000 niños tiene Síndrome de Asperger y 2-4 veces más frecuente en el sexo masculino (Woods, Mahdavi & Ryan, 2013). Lo que ha provocado que sea necesario tener más información, pruebas y tratamientos acerca del Asperger, sin embargo aún se debe hacer una ardua labor para especificar y optimizar los tratamientos y la forma en la que se debe trabajar con los niños y los padres para lograr un buen pronóstico.

En la práctica es común que los padres se acerquen a preguntar si está bien que se les medique a los niños, si se les debe de llevar a terapia, qué tipo de terapia deben tomar o en definitiva existen padres que dicen que están en contra de medicarlos o de llevarlos a terapia porque consideran que sus especificidades son parte de su personalidad y solos aprenderán a sobrellevarlo y superarlo.

Por esto en el presente trabajo se busca ofrecer un espacio en el que los padres puedan informarse, retroalimentarse y resolver sus dudas para poder tomar una decisión óptima sobre el tipo o tipos de intervención que podría ser mejor para sus hijos con Síndrome de Asperger.

Comenzando por informar teóricamente lo que es el Síndrome de Asperger, cómo se caracteriza según los manuales de diagnóstico Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (DSM V) y Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10), qué tratamientos se suelen recomendar y finalmente cómo saber cuál es el adecuado para su hijo, entendiendo las diferencias no sólo en las opciones que tienen sino comprendiendo que cada caso tiene sus

características específicas y muy particulares que no permiten que todos los tratamientos sean adecuados para todos.

Palabras clave: *Síndrome de Asperger, tratamientos adecuados, tipos de intervención, buen pronóstico.*

Abstract

Presently, there is more focus in assisting and intervention to children with tautism Spectrum Disorder (ASD). Which also include children with Asperger Syndrome.

There has been an increase in cases diagnosed with Asperger Syndrome. Out of 1,000 children, 2-7 have Asperger Syndrome and 2-4 is more frequent in males. (Woods, Mahdave & Ryan, 2013). This has provoked and made it necessary to have more information, test and treatments regarding Asperger. Nevertheless there is still a lot of work to be done to specify and optimized treatment and work with children and parents to achieve a good prognosis.

In practice, it is common for parents to come and ask if it is okay for children to be medically treated, if they should be taken to therapy, what kind of therapy they should take and in some cases there are parents who oppose medical treatment or therapy because they consider there peculiarities are part of their personality and they will learn to carry on and overcome it.

For this reason, the present work seeks to offer a space in which parents can learn, receive feedback and resolve their doubts in order to make an optimal decision about the type or types of intervention could be best to better children with Asperger's Syndrome.

Starting by informing theoretically what is Asperger's Syndrome, how is it characterized according to diagnostic manuals Manual Diagnosis and statistics of mental disorders V (DSM V) and International Classification of Diseases 10 (ICD 10), what treatments are usually recommended and finally how to know which one is right for your child, understanding the differences not only in the options they have

but understanding that each case has its specific and very specific characteristics that do not allow all treatments to be suitable for everyone

Key words: Asperger syndrome, adequate treatments, types of intervention, good prognosis.

Introducción

A lo largo del tiempo se le ha diagnosticado a los niños con diversos trastornos, unos se han vuelto muy conocidos como son los trastornos de la atención y el autismo. Sin embargo existen diversas alteraciones en el desarrollo que a pesar de que no son muy conocidas, existen muchos casos diagnosticados. Como es el caso del síndrome de Asperger que es un trastorno del desarrollo que comparte características con el autismo, y que al ser menos conocido y muy parecido a éste, se tienen los límites para un diagnóstico muy difusos. De hecho actualmente es considerado como un trastorno del espectro autista por lo que la mayoría de las estadísticas recientes son de los TEA en general.

Gracias a una recopilación de estudios Wing y Potter (1999) establecieron una prevalencia de 91 por cada 10,000. Según el DSM IV-TR la prevalencia del Síndrome de Asperger es de 5-100 por cada 10,000 niños (Fernández-Mayoralaz, Fernández-Perrones & Fernández-Jaén, 2013) y la mayoría de los casos es en el sexo masculino y se reconoce la relación que existe con la historia familiar. La prevalencia global no está completamente clara, sin embargo, se ha estimado que 2-7 de cada 1.000 niños tiene Síndrome de Asperger y 2-4 veces más frecuente en el sexo masculino (Woods, Mahdavi & Ryan, 2013).

Finalmente, la OMS (2017) dice que uno de cada 160 niños tiene un Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Como se mencionó anteriormente el DSM V lo clasifica dentro del espectro autista y como un autismo de alto funcionamiento y no como una alteración del desarrollo independiente. El motivo de que el Síndrome de Asperger sea un TEA radica en la insuficiente fiabilidad de las categorías diagnósticas de los Trastornos del Espectro Autista en los manuales cuando se comparan con las descripciones dimensionales de los instrumentos diagnósticos estandarizados (Fernández-Mayoralaz, Fernández-Perrones & Fernández-Jaén, 2013).

Esta misma inestabilidad dentro de la clasificación del síndrome de Asperger hace que el diagnóstico sea difuso, por lo que no existe un tratamiento particular para

éste. Se sabe que para que exista un buen pronóstico en los chicos se debe hacer una intervención en todos los ámbitos de su cotidianeidad. El tratamiento del Síndrome de Asperger debe ser individualizado y multimodal, y recoger un abordaje psicoeducativo dirigido al propio paciente y a la familia, así como intervenciones psicofarmacológicas adecuadas (Fernández-Jaén, Fernández-Mayoralas, Calleja-Pérez & Muñoz-Jareño, 2007).

Dentro del campo de la Psicología se pueden observar diferentes corrientes, métodos y alternativas de intervención que permiten la labor del psicólogo en diferentes espacios. Hoy en día el psicólogo se involucra en áreas como: clínica, educativa, organizacional, social, experimental y las neurociencias.

En el último siglo, los conocimientos y las actividades en el campo de las Ciencias de la Salud han sufrido avances significativos, y el terreno de la Psicología no es la excepción. Para ello el psicólogo se especializa para aportar sus conocimientos en instituciones gubernamentales y privadas, así como para poder trabajar junto con otras ciencias y disciplinas para otorgar un mejor servicio en el ámbito clínico. Dicho trabajo interdisciplinario es lo más común que se puede encontrar en la práctica, por lo que en el presente trabajo se denotará el papel del psicólogo en la intervención del Síndrome de Asperger y que se tiene que trabajar en conjunto con otras disciplinas para lograr mejores resultados y así obtener un buen pronóstico.

Las corrientes de la psicología que más se involucran en este trabajo son la psicología clínica que tiene como objetivo “la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos y mentales” (FEPA, 2003) y la neuropsicología clínica que permite establecer una semiología de los trastornos cognitivos y emocionales asociados a una lesión cerebral o, más ampliamente, a una patología neurológica (Auclair, & Jambaqué, 2016). Permitiendo así que se dé un trabajo integral dentro del ámbito terapéutico para la habilitación y funcionalización de los pacientes con dicho síndrome.

La importancia del trabajo interdisciplinario en estos casos es debido a que la comorbilidad en el Síndrome de Asperger es realmente frecuente (35%)

(Fernández-Jaén, Fernández-Mayoralas, Calleja-Pérez & Muñoz-Jareño, 2007). Debido a esto se recomiendan diversos tratamientos desde el farmacológico hasta el psicológico.

En este trabajo se habla de la importancia que tiene la intervención psicológica en conjunto con la farmacológica, ya que no existe un tratamiento farmacológico específico, por lo que el medicamento más administrado es la Risperidona, con la cual se han observado buenos resultados; pero bien se sabe que al no ser un Síndrome con una etiología específica es reduccionista decir que el medicamento es suficiente. Por lo cual debido a las características del diagnóstico per sé y a lo anterior es indispensable que el tratamiento farmacológico se lleve simultáneo a una intervención en la que se trabaje con los procesos cognitivos, las habilidades sociales y de alto orden y con la conducta. Es aquí donde entra la Psicología.

Para esto el presente trabajo tiene como objetivo concientizar y sensibilizar a los papás acerca de la relación que existe entre los diversos tratamientos como el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico en los niños con Síndrome de Asperger para establecer qué tratamiento puede ser más adecuado para los niños. El primer capítulo nos servirá para comprender qué es el Síndrome de Asperger y cómo se categoriza actualmente. Posteriormente en el capítulo dos, se comenzará abordando uno de los tratamientos más comunes que se le da a estos niños, el farmacológico. Se hablará de la neuroquímica y de los medicamentos que más se administran en estos casos para comprender que el tratamiento farmacológico no es suficiente.

En el capítulo 3 se hablará del trabajo que desempeña el psicólogo en la intervención que se da a las personas con Síndrome de Asperger, describiendo el proceso desde la entrevista hasta el tratamiento psicológico, denotando que no sólo este sirve para las personas con Síndrome de Asperger si no que la psicología permite también la guía y orientación a los padres y familiares cercanos para tener mejores resultados en el avance de sus hijos.

Finalmente se presentará la propuesta del taller dirigido a los padres y familiares de las personas con Síndrome de Asperger donde se discutirá sobre la importancia de conocer y comprender las distintas opciones que tienen para escoger el o los tratamientos que pueden implementar en sus hijos para lograr una mejor calidad de vida para ellos.

Capítulo 1

Síndrome de Asperger

1. Qué es el Síndrome de Asperger

El Síndrome de Asperger se ha definido por muchos autores, esta definición ha cambiado de uno a uno con el paso del tiempo debido a que se ha encontrado una gran variabilidad entre los distintos casos. Sin embargo se han mantenido muchos criterios que definió Hans Asperger, quien fue el primero en describir estos casos en 1944. Describió criterios como el desarrollo del lenguaje adecuado o avanzado, las dificultades para comunicarse y los retrasos en el desarrollo de habilidades motrices. A continuación se muestran los rasgos que describió Asperger en lo que denominó “Psicopatía Autística” (Ver Tabla 1)

Tabla 1 Clasificación de Asperger (1944)

Psicopatía autística
Las manifestaciones inician alrededor del tercer año de vida o en una edad más avanzada
El desarrollo del lenguaje es normal para su edad pero usa palabras más elaboradas.
Deficiencias en la comunicación pragmática o social del lenguaje
Retraso en el desarrollo motor y torpeza en la coordinación
Incapacidad para la reciprocidad social y emocional
Trastornos en la comunicación no verbal
Conductas repetitivas e intereses obsesivos de manera idiosincrásica
Desarrollo de estrategias cognitivas y pensamientos sofisticados y originales
Posibilidades altas de integración social

En la definición de Asperger de la psicopatía autística consideró que es un trastorno de la personalidad en el que el niño muestra un desarrollo lingüístico adecuado y que muestra intereses y preocupaciones excesivas, y resiliencia lo que más adelante se conoció como rigidez de pensamiento. Las características de desarrollo lingüístico es lo que diferencia a los autistas de los niños con Asperger, entre otras.

A pesar de que hay diferencias entre el autismo y el Síndrome de Asperger aún están muy difusos los límites entre estos dos trastornos, por lo que de 1980 en adelante muchos autores se han dedicado a tratar de definir estos límites (ver tabla 2).

Tabla 2 Diferencia entre indicadores de diagnóstico entre autismo y Síndrome de Asperger

Síndrome de Asperger	Autismo
A. Pueden hacer contacto visual e interactuar con los otros aunque sea de manera no adecuada socialmente.	A. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
B. No presentan un retraso en el lenguaje	B. Falta de reciprocidad social o emocional.
C. Alteración cualitativa en la interacción social	C. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral
D. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas	D. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
E. Dificultades motoras	E. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características.
F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni esquizofrenia.	F. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Uno de estos autores es Wing (1998) quien retomó los estudios realizados por Asperger por el interés de sus características clínicas. Ella fue la primera en denominar la psicopatía autística como “Síndrome de Asperger” y le hizo modificaciones a los criterios establecidos por Hans Asperger, como el criterio de inicio de la presencia del síndrome durante el primer año de vida y no hasta los tres años y que tienen una capacidad de razonamiento, pero que este no es eficiente

provocando que se les dificulte tomar decisiones óptimas. También y no menos importante, considera que el diagnóstico del Síndrome de Asperger no se excluye del de autismo, (ver la tabla 3).

Tabla 3 Clasificación de Wing (1998)

Síndrome de Asperger
Se empieza a manifestar durante el primer año de vida
El desarrollo del lenguaje es adecuado, aunque puede haber un retraso moderado
Su comunicación es pedante, literal y estereotipada
Retraso en la comunicación no verbal
Alteración en la interacción social recíproca y poca empatía
Conductas repetitivas y rigidez al cambio
Su juego es poco social y repetitivo
Intereses excesivos y limitados a un tema en particular
Retraso en el desarrollo motor y en la coordinación
El SA no se excluye del espectro o continuos de características del autismo

Wing (1996) después de hacer distintas entrevistas a padres con un grupo de Asperger considera que la única variante entre el Síndrome de Asperger y el Autismo es el desarrollo del lenguaje por lo que actualmente el Síndrome de Asperger es parte del espectro autista.

Años antes Gillberg (1989) y colaboradores aportaron al estudio del Síndrome de Asperger aspectos cuantitativos de éste dando una definición más operativa en base a seis criterios un poco diferentes a los de Hans Asperger (1944), ver tabla 4.

Tabla 4 Clasificación de Gillberg (1989)

Criterios aportados por Gillberg
Déficit en la interacción social, sobre todo por la falta de interés de estar con sus pares, por no distinguir sutilezas sociales y por dar respuestas emocionales inapropiadas a la situación
Un retraso en el inicio del lenguaje, un lenguaje pedante, peculiaridades en la prosodia y el ritmo y déficits en la comprensión de mensajes abstractos o ambiguos debido a una literalidad.
Interés excesivo en alguna actividad excluyendo otras, fijación a rutinas sin aceptar cambios e intereses obsesivos por objetos.
Imposición de rutinas sobre sí mismo y sobre otros

A pesar de los aportes de Gillberg et al. (1989) no se llega a diferenciar el Síndrome de Asperger como independiente del espectro autista, se menciona que esto es debido a que hay una gran variabilidad entre casos, por lo que no se puede ni definir una etiología ni una concepción separada del autismo a pesar de que si tienen diferencias notables.

A pesar de que en estos años se determinó que el Síndrome de Asperger es parte del espectro autista hay autores que afirman que si hay diferencias para un diagnóstico por lo que debe considerar independiente. Un autor que afirma esto es Peter Szatmari (1989), pero otros autores han criticado la metodología de su trabajo ya que consideran que no tiene datos clínicos suficientes como el desarrollo del lenguaje y la interacción con los otros aunque ésta no sea la esperada.

Martín (2004) considera al Síndrome de Asperger como un trastorno prototípico del desarrollo social humano y menciona que implica una discapacidad en el aprendizaje social que les provoca afecciones en la interacción social en distintos grados de severidad en cada caso. Nuevamente se observa en una definición más actual el énfasis en el déficit que tienen estas personas para desarrollarse socialmente y el énfasis de que todos los casos son distintos. Sin embargo, cada niño, niña o persona adulta que presenta el Síndrome de Asperger, manifiesta diferentes características de la personalidad y/o dificultades en la interacción social durante su vida, que en algunos casos pasan inadvertidas (Zuñiga, 2009).

Quizá una de las principales razones por las que es más complicado hacer un diagnóstico en SA, que para otro trastorno del desarrollo como el autismo, es por el retraso que hubo entre las primeras descripciones y la inclusión del sistema de diagnóstico actual (Howlin, 2009). Por eso actualmente hay manuales que se consideran una base importante para diagnosticar y diferenciar unos trastornos de otros. Estos manuales son el DSM V y el CIE-10.

1.2 Ubicación de Síndrome de Asperger en los Trastornos Generalizados Del Desarrollo: Manuales de Diagnóstico

La información de los manuales con el tiempo ha permitido que distintos trastornos puedan ser clasificados de manera más específica permitiendo así un diagnóstico clínico más atinado. Los trastornos generalizados de desarrollo no son la excepción.

Con la actualización de los DSM el autismo así como los trastornos como el Síndrome de Asperger se han logrado clasificar dentro de un rubro relacionado con alteraciones y dificultades presentadas durante la primera infancia. El primer manual que mostró un cambio en el panorama de este tema fue el DSM IV en el 1994 donde ya aparecían distintas categorías de autismo. Dentro de estas categorías se encontraba el Síndrome de Asperger. Hasta el año 2000 apareció en el DSM IV-TR el Síndrome de Asperger como un tipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) junto con el autismo y no como parte de este.

Actualmente, en la versión más reciente del DSM (2013), se encuentra dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Los criterios considerados para el diagnóstico de Síndrome de Asperger, en las distintas versiones de los manuales serán descritos a continuación, pero primero se mencionarán las características del rubro en el que incluyen a este síndrome que es el de los trastornos generalizados del desarrollo.

1.3 Criterios diagnósticos:

1.3.1 CIE-10

Otro manual importante en el diagnóstico de los trastorno o déficits mentales el CIE-10. En este se puede observar que se mantiene el Síndrome de Asperger como un trastorno independiente al autismo y se describe como un trastorno del desarrollo. Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, tales como habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida y se asocian a algún grado de retraso mental. A veces estos trastornos se observan en otras enfermedades médicas como anomalías cromosómicas, infecciones congénitas, anomalías estructurales del sistema nervioso.

F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

F84.5 Síndrome de Asperger

En el CIE-10 se presentan puntos de convergencia con el manual DSM-IV-TR y el DSM V que muestra las características de los niños con Síndrome de Asperger. Pero también se debe aclarar que aunque exista consenso en estas características, depende de cada caso, por lo que estos criterios se deben tomar de base y no como únicos puntos para diagnosticar e intervenir.

- A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años se haya desarrollado la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten la autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados

y es frecuente una torpeza de movimientos. También es común la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieran para el diagnóstico.

- B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas.
- C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito a patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, con ciertos parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos de juego.
- D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico, a esquizofrenia simple, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido, a trastorno anancástico de personalidad, ni a trastorno obsesivo compulsivo.

1.3.2 DSM-IV-TR y DSM V

Se describe en el DSM-IV-TR que los síntomas y trastornos asociados al trastorno de Asperger son distintos síntomas y signos neurológicos no específicos y pueden retrasarse las etapas del desarrollo motor, observándose frecuentemente torpeza motora; más claro durante el periodo preescolar. También durante este periodo se pueden observar las deficiencias en la interacción social y los peculiares intereses circunscritos e idiosincrásicos. También se menciona que parece ser más frecuente este trastorno en varones que en mujeres, y que este suele darse con mayor frecuencia entre los familiares de los sujetos afectados por el trastorno.

DSM IV-TR

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo (DSM IV-TR, 2000) que incluyen:

- Habilidades para la interacción social

- Habilidades para la comunicación
- Presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Dentro de los trastornos generalizados del desarrollo están:

- Trastorno autista
- Trastorno de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno de Asperger
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico)

Como se mencionó antes el Síndrome de Asperger está incluido en el mismo rubro que el autismo, ya que hasta la fecha algunos especialistas no lo consideran independiente del espectro autista. Sin embargo no es parte o lo mismo que el autismo. A pesar de esto dentro del diagnóstico clínico aún no se comprenden bien los límites entre ambos. Por esto en muchos estudios se han realizado comparaciones para descubrir si existen diferencias anatómicas, de desarrollo o cognitivas.

El trastorno o síndrome de Asperger se caracteriza por:

- A. No presentan un retraso en el lenguaje:* En el Síndrome de Asperger a diferencia de otros TGD sí se desarrolla el lenguaje hablado junto con el no verbal. De hecho cuando son pequeños tienen como característica el lenguaje pedante, quiere decir que hablan como adultos ya que utilizan palabras que no suelen utilizar los niños de su edad. Esto provoca que no puedan convivir adecuadamente con sus contemporáneos por lo que entablan relaciones con personas más grandes o más pequeñas. Entre los 1 y 3 años los niños presentan una dominancia del hemisferio derecho la cual

cambia al hemisferio izquierdo cuando se empieza a desarrollar el lenguaje a partir de los 3 años. Algunos autores dicen que el momento en que se desarrolla el lenguaje puede ser fundamental para la determinación de la expresión del fenotipo de un autismo o síndrome de Asperger. Esto puede reflejarse en los volúmenes de materia gris regionales más grandes en el hemisferio izquierdo controla el lenguaje de las personas con síndrome de Asperger en comparación con controles (Yu et al, 2011). Tampoco presentan retrasos cognitivos significativos, pero sus habilidades son heterogéneas. Son muy hábiles para algunas cosas y presentan debilidades en otras.

- B. *Alteración cualitativa de la interacción social:* Los niños con este síndrome presentan diversas dificultades para poder relacionarse con otros, sobre todo con niños de su misma edad ya que para ellos es difícil comprender algunos convenios sociales que se utilizan para convivir con los demás, por ejemplo el autocontrol al querer hablar todo el tiempo. Esta característica se enfatiza cuando el niño no es flexible para hablar de distintas cosas en vez de un solo tema de su interés. Los niños con Asperger se enfrentan a dichas dificultades según la edad en la que se encuentre. Los de menor edad no tienen tanta necesidad de la amistad ni de ser aceptados por sus compañeros, si bien no se aíslan del todo, pero sí hay actividades que prefieren realizar solos.

Durante la adolescencia presentan un mayor interés en convivir, pero no comprenden algunas sutilezas sociales ni las burlas o metáforas que generalmente se utilizan a esa edad. Con esto se observa que hay una dificultad en el pensamiento ya que es muy concreto y literal, por lo que les es más complicado entender el lenguaje abstracto.

- C. *Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas:* Como se mencionaba anteriormente los chicos Asperger son poco flexibles socialmente hablando. Suelen enfocarse en un tema que les interesa llevándolos hablar todo el tiempo de eso; incluso pueden llegar a volverse expertos en ello. Cuando son más pequeños también eligen objetos de su preferencia que utilizan constantemente o llevan a todos lados,

así como conductas, rutinas y rutas específicas que debido a su inflexibilidad, causan una alteración cuando surge un cambio en ellas.

- D. *Dificultades motoras*: También se presenta en la mayoría de los casos una dificultad motora moderada en su coordinación. Provocando que sean victimizados o rechazados por sus compañeros ya que, al notar su dificultad, no pueden o no quieren realizar actividades de grupo que impliquen movimiento.

Mayoral et al. (2010) encontraron que personas con Síndrome de Asperger muestran puntajes más altos que personas controles cuando se miden alteraciones en distintos aspectos motores como coordinación motora, secuenciación de los actos motores complejos, reflejos primitivos, la memoria a corto plazo y las anomalías del movimiento del ojo; lo que indica mayor deterioro neurológico en el Síndrome de Asperger. Las alteraciones en actos motores complejos se destacan porque se correlacionan con déficits sociales y de comunicación, y se sugieren que son críticos para la adquisición de los patrones necesarios para el desarrollo del uso de herramientas especializadas y gestos sociales (Mayoral et al., 2010).

Por lo tanto este tipo de alteraciones no les permiten desarrollarse en ámbitos sociales o laborales. Sin embargo, las personas con Síndrome de Asperger adoptan conductas que les permite compensar dichas dificultades. Se conocen casos en los que los adultos con este trastorno logran compensar sus debilidades con sus fortalezas logrando conseguir un empleo y camuflarse muy bien en la sociedad (Frith, 1991).

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

Una de las mayores limitantes del desarrollo de un diagnóstico eficiente o de la creación de instrumentos de evaluación es la confusión inherente que causan los criterios de los manuales ya que los límites entre Síndrome de Asperger y autismo aún son muy difusos. A pesar de que en los manuales de diagnóstico el Síndrome de Asperger ya está incluido como trastorno diferente al autismo dentro del rubro de

Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) aún se tiene el escepticismo de que no son diferentes (Howlin, 2009), a pesar de que el Síndrome de Asperger se diferencia principalmente del autismo por la falta de retraso del desarrollo del lenguaje y generalmente se asocia con la inteligencia casi promedio o superior en general y con retrasos en el desarrollo motor o torpeza motora (Rumsey & Hamburger, 1990).

Probablemente, el número de estudios que sugieren que los grupos de Asperger y el autismo de alto funcionamiento difieren en aspectos cognitivos, sociales, motores o en tareas neuropsicológicas, es igual a los que indican que no hay diferencia.

Sin embargo, debido a que no se han considerado suficientes los datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permiten distinguir cualitativamente el trastorno autista del trastorno o síndrome de Asperger y de los otros TGD; se ha hecho un consenso científico que se consideró para el DSM-V que se tenía que generar un nuevo rubro que incluyera a todos los TGD como parte de un mismo rubro ya que comparten algunas características. Este nuevo rubro se llama Trastorno del espectro autista (TEA).

El motivo más convincente para incorporar dentro de los Trastornos del Espectro Autista del DSM V, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y los TGD-NOS se sustenta en el hecho de que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje, y por otras manifestaciones ajenas al núcleo autista (Artiga & Paula, 2012).

Lo que ahora se va a hacer es separarlo según el nivel de severidad de los síntomas en dos dominios importantes; 1) en el déficit en habilidades de comunicación e interacción sociales y 2) el de conductas, intereses y actividades repetitivas. Para el diagnóstico se requieren ambos componentes.

Como se mencionó antes el DSM V (2013) agrupa los criterios de trastorno cualitativo de la relación social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio definido como un déficit persistente en la comunicación social y la interacción

social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo. Dentro de este criterio se contemplarán problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas al nivel de desarrollo. En el segundo criterio se va a agregar la hipo o hiperactividad a los estímulos sensoriales.

La necesidad de que antes de los tres años, se debían producir retrasos o alteraciones en una de las tres áreas (interacción social, empleo comunicativo del lenguaje o juego simbólico) se sustituye por la necesidad de que los síntomas estén presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades (Artiga & Paula, 2012). Otra diferencia es que en el DSM V (2013) desaparece la idea de que para el diagnóstico se requiere de un retraso o falta en el desarrollo del lenguaje expresivo ya que gracias a diversas investigaciones se ha demostrado que esto no es específico de alguno de los TGD.

Estas es una de las características principales del DSM V (2013), permite discriminar con alta sensibilidad y validez, según la severidad de los síntomas, si estos son parte o no del Trastorno del espectro autista.

Finalmente en la siguiente tabla se resumen los criterios e indicadores de diagnóstico del Síndrome de Asperger (ver tabla 5).

Tabla 5 Criterios para diagnóstico según los manuales

Trastorno o Síndrome de Asperger	
DSM IV-TR	CIE-10
G. No presentan un retraso en el lenguaje	A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo.
H. Alteración cualitativa en la interacción social	B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas
I. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas	C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito a patrones de comportamiento, intereses y

J. Dificultades motoras	actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas
K. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni esquizofrenia.	D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico, a esquizofrenia simple, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido, a trastorno anancástico de personalidad, ni a trastorno obsesivo compulsivo.

A pesar de que estos manuales son importantemente usados para el diagnóstico clínico no hay que olvidar que los criterios o indicadores si se presentan en la mayoría de los casos, sin embargo no en todos ellos se presentan de una forma tan profunda o literal. La mayoría enfrentan dificultades –que varían de leves a graves– originadas durante su desarrollo, por ejemplo las dificultades en la interacción social y en la comunicación verbal y no verbal, rutinas repetitivas, poca flexibilidad de pensamiento e intereses específicos (Barquero, 2007, en Zuñiga, 2009). Otras son las alteraciones comunes y particulares en el lenguaje de personas con Síndrome de Asperger: a los dos años hay palabras aisladas pero se da un avance rápido a los 3 años donde ya dicen frases largas; y hay alteraciones en la reciprocidad en la comunicación y en la pragmática (Howlin, 2009). Este avance o compensación que presentan los niños con Síndrome de Asperger no se presenta en niños con autismo.

Gracias a esta diferencia que se presenta en el lenguaje se sabe que los niños con síndrome de Asperger son menos socialmente perjudicados, ya que no son necesariamente torpes o con bajo IQ (Manjiviona & Prior, 1995, en Howlin, 2009). Debido a esto les es más fácil ser parte activa de la sociedad.

En la práctica se ha encontrado que los criterios de diagnóstico son un buen punto de partida, sin embargo no son imperativos. Muchos de los niños con que se

consideran parte del espectro autista son muy perspicaces para reconocer lo que las personas expresan tanto de manera verbal como de no verbal. También es notorio el contacto visual que realizan estos niños, criterio que es marcado por los manuales de diagnóstico como conducta social que no realizan lo Asperger.

Se considera demasiado visionario pensar en que el pronóstico de las personas con Síndrome de Asperger puede ser tal que ellos pueden reinsertarse en la sociedad sin ser detectados como personas diferentes, a menos que convivan íntimamente con ellos. Sin embargo en el presente trabajo se considerará que ellos pueden hacer una vida en la cual no dependan de nadie y que incluso puedan conseguir trabajo, siempre y cuando se les permita aprender a controlar sus deficiencias y dificultades de una manera óptima o al menos lo mejor posible a base de asesorías y tratamientos desde distintas disciplinas como la psiquiatría, la psicología e incluso tratamientos farmacológicos si estos son necesarios.

Si no fuera posible, Frith (1991) y Martín (2004) entre otros autores no reportarían casos de personas que han logrado camuflarse y conseguir respeto e independencia en su vida aunque sean considerados como personas excéntricas.

Como se menciona anteriormente, las personas con Síndrome de Asperger pueden salir adelante con ayuda de distintos programas de intervención desde los psicológicos hasta los farmacológicos en caso de presentar alteraciones en paralelo con el Síndrome de Asperger como el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad o la epilepsia. Sin embargo aún no se tiene la certeza de si los distintos tratamientos aplicados a las personas con Síndrome de Asperger son los más óptimos debido a que aún no se pueden establecer límites categóricos entre los distintos pacientes detectados; y que, en realidad, las manifestaciones de los TGD se distribuyen como un continuo; y que los límites entre las distintas categorías propuestas en los distintos manuales distan de ser precisas. Sobre todo hablando de tratamientos que implican alteraciones bioquímicas como el farmacológico.

Para poder hablar acerca de los distintos tratamientos y del impacto que tienen en su funcionalidad, debemos comprender cómo funciona el sistema nervioso en el Síndrome de Asperger y qué procesos y funciones se ven implicados en estas diferencias para que más adelante entendamos un poco más acerca de los tratamientos farmacológicos y cómo estos puedan ser una alternativa pertinente como tratamiento.

Capítulo 2

Neurobiología y tratamiento farmacológico en el Síndrome de Asperger

2.1 Procesos y sistemas neuronales implicados

En el Síndrome de Asperger existen ciertos procesos cognitivos que funcionan de una manera diferente a los de la norma. Existen distintos estudios que dan cuenta de ello mostrando diferencias tanto en estructuras corticales como subcorticales provocando un impacto en procesos cognitivos y conductuales tanto básicos como superiores.

Dichos estudios, han tenido como fin evaluar el funcionamiento de los procesos cerebrales sugiriendo la existencia de modificaciones en la organización del cerebro para el lenguaje y la cognición (Rumsey, 2000).

Algunos de los procesos estudiados son de alto orden como los de teoría de la mente o relacionados a los lóbulos frontales. Los procesos superiores más estudiados que se encuentran alterados en el Síndrome de Asperger se han explicado con diferentes teorías (ver tabla 6).

Tabla 6 Teorías explicativas

Proceso	Sistema neuronal
Teoría de la mente	Precuneo y unión parietotemporal (principalmente el izquierdo)
Disfunción ejecutiva	Lóbulos frontales de ambos hemisferios
Teoría del cerebro masculino	Cuerpo calloso más pequeño

La teoría de la mente se refiere a la capacidad que tienen los humanos de reconocer en el otro la facultad de sentir y considerar a su mundo circundante. Una vez hecho este reconocimiento en el otro se puede llegar a un proceso empático el cual le permitirá inferir qué es lo que piensa y siente la otra persona.

Se dice que las personas con Síndrome de Asperger no tienen bien desarrollada esta capacidad de leer y considerar a los demás. Sin embargo se ha demostrado que a diferencia del autismo su alteración es menos severa en este punto; lo que explica por qué las personas con Síndrome de Asperger incluso desean ser incluidos en un grupo social (Artigas, 2000). Por supuesto sus dificultades en las habilidades sociales les dificultan integrarse de manera eficiente. La teoría de la mente se evalúa por medio de historias; éstas historias al ser presentadas a grupos controles activan los polos temporales bilateralmente (incluido BA 38, área asociada a la comprensión narrativa), la circunvolución temporal superior izquierda (BA 22/39, áreas involucradas en el procesamiento de lenguaje de alto nivel), la corteza cingulada posterior (BA 23/31), la circunvolución frontal medial izquierda (predominantemente BA 8 y se extiende posteriormente a BA 9) y la corteza cingulada anterior (BA 24, 32 y 33 áreas asociadas con la formación de emociones y empatía).

En personas con Síndrome de Asperger se activan regiones similares en los lóbulos temporal y parietal. En contraste con la población control en el grupo de personas con síndrome de Asperger se activa una región adyacente, más ventral de la corteza prefrontal medial (BA 9/10). En los controles se observa una activación menos marcada de las áreas BA 8 / 9.

Los autores sugirieron la falta uno de los componentes clave en el Síndrome de Asperger para que este proceso se iguale (Fletcher et al., 1995, en Rumsey y Ernst, 2000).

Por su lado la disfunción ejecutiva se asocia a una deficiencia en el funcionamiento de las vías que se encuentran en los lóbulos frontales. Los frontales se asocian con funciones y procesos de movimiento, planeación, organización, control de impulsos, autoregulación, automonitoreo, juicio y pensamiento abstracto. Como se mencionó anteriormente las personas con Síndrome de Asperger muestran dificultades en habilidades de este tipo, desde torpeza motriz hasta problemas para regular su comportamiento según el contexto social en el que se encuentran.

Por último la teoría del cerebro masculino refiere que las personas con Síndrome de Asperger tienen mayor desarrollo en habilidades consideradas como masculinas (ver tabla 7). Incluso sugiere que estructuralmente su cerebro tiene características de un cerebro masculino, como un menor tamaño en el cuerpo calloso asociado a la comunicación interhemisférica.

Tabla 7 Habilidades de un cerebro masculino que se presentan en personas con Síndrome de Asperger

Habilidades para realizar cálculos matemáticos complicados
Algunas habilidades espaciales como para crear algo a escala
Representación de objetos en movimiento como aviones y barcos
Habilidades motoras dirigidas a un objetivo, sobre todo gruesas
Menor habilidad social y de comunicación verbal
Menor capacidad atenta
Mayor habilidad para actividades físicas

Estas tres teorías están explicando la deficiencia en los procesos superiores, pero falta explicar el fallo que hay en procesos más básicos y específicos regidos por áreas subcorticales.

Debido a que el sistema nervioso funciona de manera dinámica, se ha tratado de estudiar la neurofisiología de trastornos como el Síndrome de Asperger con el propósito de comprender su funcionamiento diferente e incluso para tratar de conocer la causa. Sin embargo estudios más particulares del metabolismo cerebral y el flujo sanguíneo hasta el momento han fracasado en producir resultados consistentes, pero sugieren una considerable variabilidad en los patrones regionales de la actividad sináptica cerebral (Rumsey y Ernst, 2000).

Investigaciones recientes se basan en estudios como Tomografía axial computarizada, Resonancia magnética espectroscópica (MRS), Resonancia magnética funcional, Magnetoencefalografía, tomografía por emisión de positrones (PET) y Tomografía de emisión por fotón único (SPECT) para ver y medir el funcionamiento de distintas estructuras o vías durante la realización de tareas

cognitivas. Sin embargo una gran limitante de algunos de estos estudios es que son invasivos requiriendo administrar alguna sustancia ajena al organismo.

Estudios que han utilizado espectroscopia de resonancia magnética (MRS) han comenzado a documentar déficits metabólicos en la corteza frontal y el cerebelo (Rumsey y Ernst, 2000). Esto confirma muchas de las teorías que hablan de alteraciones a nivel de procesos superiores mencionados anteriormente.

McKelvey et al. (1995) reportaron anomalías del hemisferio derecho en tres pacientes de Asperger (dos hombres, rango de edad: 12 a 16 años). Dichas anomalías afectan diversamente los lóbulos temporales, frontales y occipitales, la corteza cerebelosa y vermis.

Sin embargo no sólo se ha descrito una diferencia a nivel del cerebro. También se presentan diferencias en áreas subcorticales, por ejemplo las del sistema límbico, como en la amígdala y el hipocampo.

La amígdala está asociada a funciones como alerta y motivación ante estímulos y situaciones que requieran una reacción o respuesta emocional y hasta impulsiva, por ejemplo ante una situación de peligro.

La amígdala interactúa recíprocamente con el hipocampo para crear memorias o recuerdos emocionales. La disfunción de la amígdala puede ser la base de las fallas en el procesamiento del estado emocional y mental en el autismo, y la reducción de la activación frontal, provoca una alteración en la función ejecutiva central. (Baron Cohen, 1999). Sin embargo distintos estudios de neuroimagen muestran que el hipocampo no muestra diferencias significativas de volumen entre Síndrome de Asperger y niños controles a diferencia de la amígdala que se muestra con mayor volumen, sobretodo la amígdala derecha (Murphy et al., 2012). A diferencia del autismo que sí muestra diferencias tanto en amígdala como en hipocampo, ambos se encuentran más grandes a comparación de Síndrome de Asperger y controles.

Los déficits de la base del sistema límbico se relacionan con alteraciones en la memoria procedural. También alteraciones en conexiones cortico-límbicas se asocian con la dificultad para la regulación, flexibilidad mental y alteración en la regulación de funciones de alto nivel por parte del cerebelo.

Otras de las diferencias que se han descubierto son un desarrollo reducido de las neuronas en el sistema límbico del cerebro anterior (circunvolución cingulada anterior, el hipocampo, subiculum, corteza entorrinal, y el cuerpo mamilar) un sustrato para la memoria y la emoción; también una disminución congénita en el número de células de Purkinje en el cerebelo, y diferencias relacionadas en el tamaño celular y el número de neuronas en los núcleos del cerebelo y el núcleo olivar inferior del tronco cerebral, lo que sugiere una diferencia en el proceso evolutivo y perturbación en las relaciones sinápticas de estos núcleos. La corteza cerebral ha mostrado una configuración externa aparentemente normal, pero el examen microscópico revela inusualmente pequeñas neuronas apretadas y arquitectura laminar menos clara en la circunvolución cingular anterior (Kemper & Bauman, 1998).

Se ha observado una reducción en la tasa metabólica relativa de las porciones de la corteza cingulada anterior derecha, asociada a funciones ejecutivas o procesos superiores como la empatía que se encuentra reducida. En la misma línea se ha observado una tendencia a la reducción de la tasa metabólica en el lado izquierdo también.

En personas con TGD Shumann (2004) refiere una diferencia más notable en algunas estructuras anatómicas durante el desarrollo de la infancia ya que durante la adolescencia las diferencias se atenúan. Esto sugiere que las dificultades dadas por dichas diferencias han sido compensadas en el proceso de desarrollo. Sin embargo Murphy et al. (2012) sugieren que el aumento de volumen en amígdala persiste hasta la adultez sobre todo en hombres.

Los patrones de las interacciones funcionales entre regiones del cerebro, evaluados mediante análisis de correlación, sugiere relaciones alteradas en los circuitos que

afectan a los lóbulos frontal y parietal y sus interacciones con las regiones subcorticales (cuerpo estriado y tálamo). Se ha planteado la hipótesis de que estas diferencias reflejan una disfunción en los sistemas neuronales que median la atención dirigida y los aspectos afectivos y motivacionales de la atención (Rumsey & Ernst, 2000).

En un estudio reciente de Yu et al.(2011) en el que se utilizó Resonancia Magnética funcional se observaron muchas otras diferencias estructurales entre controles y Asperger e incluso entre SA y autismo. Estas diferencias incluyeron un menor volumen de materia gris en cerebelo, uncus derecho, hipocampo dorsal y la circunvolución temporal media en autismo, comparado con una población control. Así mismo los volúmenes de materia gris fueron mayores en el caudado bilateral del lóbulo prefrontal y el lóbulo temporal ventral.

En Síndrome de Asperger hay menor volumen de materia gris en la circunvolución inferior, amígdala/ hipocampo bilateral, lóbulo prefrontal, circunvolución occipital, cerebelo derecho, putamen y precuneus en comparación con los controles. También se observó mayor volumen en las regiones más limitadas, incluyendo el lóbulo parietal inferior y el giro fusiforme izquierdo.

También hay diferencias sensoriales o cinestésicas que se relacionan con mayor materia gris en el giro fusiforme y en áreas de parietal. Estas áreas también están relacionadas con el sistema de neuronas espejo y con los circuitos del reconocimiento facial. Por lo tanto, las anomalías en estas regiones pueden contribuir a las dificultades sociales que experimentan los individuos con autismo o con Síndrome de Asperger.

Pero no sólo hay diferencias en estructuras grandes, sino también en el metabolismo bioquímico de distintas sustancias como los neurotransmisores. Se ha reportado un incremento de densidad de materia gris debido a una variación funcional de un transportador de la serotonina, cuyas funciones incluyen la neurogénesis, el modelamiento sináptico, la organización dendrítica y la mielinización (Whitaker-Azmitia, 2001, en Murphy, 2012). También hay una

disminución en el receptor 5-HT_{2A} en adultos con Síndrome de Asperger (Murphy, Daly, Schmitz, Toal & Murphy, 2006).

Estudios utilizando tomografía de emisión de positrones (PET) sugieren alteraciones de la función serotoninérgica y dopaminérgica. Las investigaciones de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos se asocian con memoria límbico-basal y emocional (Rumsey y Ernst, 2000). Debido a que estas vías se encuentran alteradas en las personas con Síndrome de Asperger los neurólogos y psiquiatras suelen recetarles medicamentos como antipsicóticos que impactan directamente a estas vías provocando el control de algunos síntomas.

Estas diferencias bioquímicas resultan en diferencias en los procesos y los comportamientos de las personas con Síndrome de Asperger y las personas consideradas dentro de la norma. Por ello se suelen recetar medicamentos que puedan regular su bioquímica.

Debido a que a pesar de las investigaciones no se ha podido describir específicamente las alteraciones a nivel cerebral del Síndrome de Asperger, el impacto del tratamiento farmacológico suele ser sobre algunas características del mismo y no sobre el cuadro sintomatológico en su totalidad.

2.2 Tratamiento farmacológico

En el ámbito médico se suele recetar medicamentos cuando se tiene un padecimiento un síndrome con síntomas que no se sabe cómo controlar, por lo que dentro de la psiquiatría se ha hecho común que para los síndromes se suministren medicamentos que minimizan los síntomas. Así como se ha visto que estos tratamientos farmacológicos arrojan resultados en adultos, se ha comenzado toda una ola en la que también se medican a los niños para “controlarlos”, dado es el caso de los niños con trastornos de desarrollo, por lo que en este capítulo se hablará sobre los psicofármacos que comúnmente se recetan a el síndrome de Asperger.

2.2.1 Farmacología infantil

Para poder hablar de tratamientos farmacológicos en este caso es importante destacar que hay una enorme diferencia entre medicar a adultos y medicar niños, debido a que los procesos de farmacocinética y farmacodinamia son muy diferentes en las distintas etapas del desarrollo y aún más durante las primeras.

Con el paso del tiempo ha habido muchos avances para entender la farmacología del adulto, sin embargo la que se ha rezagado es la farmacología infantil. A pesar de esto el número de niños que reciben un tratamiento psicofarmacológico cada vez es mayor a pesar de que se informan distintos efectos adversos de dichos tratamientos. Esto debido a que en el ámbito clínico muchas veces el fármaco se ve como la panacea para controlar ciertos síntomas y se prefiere recurrir a este control sintomatológico en aislado que intentar otro tipo de alternativas.

Desde que nacemos y a lo largo del desarrollo los distintos procesos de absorción, metabolismo y excreción sufren cambios anatómicos y fisiológicos. La investigación básica ha demostrado claramente que el desarrollo puede afectar marcadamente la absorción, distribución, el metabolismo y la excreción de las drogas (Valsecia-Malgor, 2010). En la adultez estos procesos ya tienen una estabilidad más marcada. Por esto es importante comprender que para establecer la dosis para un niño se debería realizar una valoración detallada de distintos factores que influyen en la acción del fármaco en vez de ver al niño como un pequeño adulto donde sólo se debe de bajar la dosis regular o cambiar los horarios de administración.

Los médicos están obligados a indicar el uso racional de los psicofármacos, basados en el conocimiento de sus efectos, mecanismos e interacciones, y enfatizar la importancia del tratamiento multimodal en la población pediátrica con problemas de salud mental (Bosque-Garza, 2010).

Es importante tener precaución al prescribir a niños debido a que se pueden provocar distintos efectos adversos que alteren procesos de crecimiento y desarrollo. Sobre todo cuando estos tratamientos van a ser prolongados.

Una Terapéutica Farmacológica efectiva, segura y racional en neonatos, infantes y niños requiere el conocimiento de las diferencias en el mecanismo de acción, absorción, metabolismo y excreción que aparecen durante el crecimiento y desarrollo debido a que virtualmente, todos los parámetros farmacocinéticos se modifican con la edad... La falla en estos ajustes puede llevar a un tratamiento inefectivo o a la toxicidad (Valsecia-Malgor, 2010).

Los factores que deben ser valorados para la prescripción son: el volumen aparente de distribución, el aclaramiento, el tiempo medio de eliminación, la biodisponibilidad y el porcentaje de agua interior y exterior del organismo.

El volumen aparente de distribución se refiere al parámetro farmacocinético importante que permite saber la cantidad total de fármaco que hay en el organismo en relación con su concentración sanguínea. Conociendo el Vd de un fármaco se puede calcular la dosis óptima para obtener una concentración sanguínea deseada. Un Vd pequeño indica una retención del fármaco a nivel vascular, si el fármaco posee un gran volumen de distribución es porque el mismo se distribuye a nivel tisular. El Vd de algunas drogas es mayor en el neonato que en niños mayores debido a la distinta distribución del agua corporal.

El aclaramiento es el volumen de plasma que es aclarado o eliminado en la unidad de tiempo. El aclaramiento renal refleja la cantidad que eliminan los riñones por unidad de tiempo. Conociendo el aclaramiento de un fármaco se pueden calcular los intervalos entre las dosis para mantener una concentración sérica dada.

Otro factor es la vida media o el tiempo medio de eliminación del fármaco el cual indica el tiempo en que se va a eliminar el 50% del fármaco en el organismo. Este

depende de la biodisponibilidad que es la cantidad de droga que llega a la circulación en forma inalterada luego de los procesos de absorción.

Y por último está el nivel de agua en el organismo donde se sabe que el porcentaje de agua corporal cambia según la etapa de desarrollo en la que se encuentre, en neonatos es mayor que en niños y a su vez en niños es mayor que en adultos. Conforme disminuye el agua aumenta la grasa provocando que la absorción y el metabolismo de los fármacos disminuya o sea más tardado.

Como se puede observar todos estos factores marcan una enorme diferencia entre la farmacología en adultos y niños, por lo que se debe seguir realizando investigaciones que puedan establecer los mecanismo que conllevan la administración de fármacos en las distintas etapas del desarrollo ya que aún no se terminan de elucidar muchas cosas que ocurren y se expresan como efectos adversos y que a pesar de ellos se sigue prescribiendo psicofármacos a los niños que incluso quizá ni siquiera los necesiten.

2.2.2 ¿Qué es un fármaco?

Siempre se ha sabido que la humanidad es vulnerable, sobre todo cuando se está en lugares con condiciones pesadas como el clima excesivamente frío o el calor y la humedad que traen enfermedades infecciosas. Por esto los humanos han tenido la necesidad de buscar curas a estos males que los atañen, por ejemplo cuando contraen enfermedades que les ha causado malestares e incluso la muerte.

Para poder encontrar estas curas se ha tenido que observar todo lo que hay alrededor y se ha experimentado con distintas sustancias hasta encontrar las curas más eficientes. Así surgieron los fármacos.

Brailowsky (1995) define a los fármacos como todas aquellas sustancias capaces de modificar la sustancia viva... se trata, en efecto, de todas las sustancias que nos hacen "sentir algo".

Un fármaco se define como una sustancia exógena que al ingerirse causa un cambio biológico en un organismo vivo. Al inicio el fármaco se obtenía de productos naturales, pero la ciencia ha venido a revolucionar y a producir una gran variedad de fármacos muy eficientes que son recetados para cualquier cantidad de padecimientos, como los neurológicos y los psicológicos.

Estos neurofármacos y psicofármacos son las sustancias que muestran efectos sobre funciones neurales básicas o que manifiestan sus propiedades farmacológicas en presencia de alteraciones ya que actúan sobre el sistema nervioso central, particularmente en las funciones psíquicas o cognoscitivas (Brailowsky, 1995). Dentro de las alteraciones a nivel bioquímico como en el caso de los trastornos del desarrollo y la esquizofrenia se deben recetar fármacos que funcionen a este nivel neuronal y de sinapsis. Uno de los remedios más simples para reemplazar la función de la neurotransmisión de una neurona degenerada es sustituir el neurotransmisor con un fármaco que mimetice el neurotransmisor de la antigua neurona (Stahl, 2002).

2.2.3 Familias de psicofármacos que se suelen recetar para el síndrome de asperger

Existen distintos medicamentos que suelen ser recomendados para el Síndrome de Asperger, sobre todo a partir de los siete años de edad. Los más comunes suelen ser fármacos antiepilépticos como la Carbamazepina, inhibidores o no estimulantes como la atomoxetina y antipsicóticos como la Risperidona.

Los antiepilépticos son sustancias que se caracterizan por influir en la hiperexcitabilidad cerebral (Brailowsky, 1995).

Existen medicamentos no estimulantes que se encargan de inhibir ya sea a un receptor, a un transportador o a la producción de un neurotransmisor en particular. Por ejemplo, la Atomoxetina, comercialmente conocido como Strattera, que inhibe el transportador presináptico de norepinefrina. Es uno de los medicamentos más

recetados a personas con diagnóstico de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H). Éste ha suplido al metilfenidato para el tratamiento de este trastorno debido a que presenta menos efectos adversos. Diversos estudios han demostrado que la atomoxetina tiene el mismo efecto sobre los síntomas según los resultados de las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (RUPP) con pocos efectos adversos (Wink, Erickson & McDougale, 2010).

Cuando este medicamento es recetado a una persona con síndrome de Asperger es porque generalmente también tiene un diagnóstico o presentan síntomas de TDA-H. Esto nos hace dudar de si en verdad es un medicamento que esté recetado de manera adecuada, ya que como la mayoría sólo cumple con minimizar algunas pocas de las características que presentan.

Por otro lado, los antipsicóticos generalmente los recetan a personas con Síndrome de Asperger porque actualmente son el tratamiento farmacológico más eficiente para controlar las características que comparten con personas que padecen de trastorno psicótico o esquizoide como la irritabilidad y la labilidad emocional. Actualmente los antipsicóticos son los primeros en ser tomados en cuenta para ser recetados para la irritabilidad severa asociada con el autismo y cuando su efecto puede ser asociado con el progreso en el desarrollo y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores (Politte y McDougale, 2013).

Otras características que comparten son bioquímicas, algunos síntomas y características cognitivas, tales como déficit en el funcionamiento ejecutivo, en atención, en memoria autobiográfica, y en teoría de la mente. La evidencia en apoyo de esta idea proviene de la observación de una mayor actividad de la dopamina en el caudado en las personas con síndrome de Asperger, característica que comparte con la esquizofrenia. También se han encontrado alteraciones anatómicas en los lóbulos frontal y temporal, particularmente en el hemisferio izquierdo, así como la disminución de marcadores a diversos neurotransmisores (Brailowsky, 1995).

Incluso en algunas evaluaciones se arrojan puntajes altos en las personas con síndrome de Asperger en comparación con controles y los síntomas negativos en

las personas con Síndrome de Asperger dan respuesta a la Risperidona (Yu et al., 2011).

Sin embargo como todo medicamento tiene sus ventajas y sus desventajas. Las ventajas son que el tratamiento de dichos síntomas puede aumentar la participación de un niño en las intervenciones educativas y terapéuticas (Politte y McDougle, 2013). Siguiendo esto el tratamiento farmacológico aumenta la funcionalidad y la calidad de vida de personas con Síndrome de Asperger.

Las desventajas son que los antipsicóticos están asociados con secuelas como el desarrollo tardío de discinesia y aumento de peso, lo que afecta el consumo de dicho tratamiento (Wink, Erickson y McDougle, 2010).

A pesar de esto, el uso del fármaco en sí tiene un efecto significativo y más cuando este tratamiento es complementado con otro tipo de intervenciones como las intervenciones psicológicas, educativas y conductuales. Las intervenciones educativas y conductuales se consideran la base del tratamiento de los síntomas del autismo y el fármaco controla la irritabilidad para que este tratamiento tenga efecto (Politte y McDougle, 2013).

Se ha observado que mientras más severos son los síntomas, es más fuerte el efecto del medicamento, si los síntomas son leves quizá sea suficiente con los tratamientos de intervención psicológica, los cuáles impactan en la cognición y la funcionalidad de cada uno de los chicos y se hace de una manera personalizada a sus necesidades ya sea dentro del ámbito terapéutico o el académico y social.

Para poder intervenir psicológicamente se debe llevar a cabo un proceso en el que se pueda obtener un diagnóstico como punto de partida para conocer las capacidades, habilidades y limitantes de cada niño de manera individual, tomando en cuenta las características per se del síndrome.

Debido a esto se ha tratado de construir instrumentos de evaluación óptimos para obtener resultados particulares y completos en los niños con síndrome de Asperger, sin que sus características de abstracción generen sesgos dentro de las respuestas.

2.2.4 Mecanismos generales de acción de estos psicofármacos

Farmacodinamia y Farmacocinética

Carbamazepina

Uno de los antiepilépticos que comúnmente recetan a Síndrome de Asperger es la Carbamazepina, este es una sustancia capaz de controlar cualquier tipo de epilepsia y para la neuralgia trigeminal, con excepción de las crisis de ausencia.

No es bien conocido, estabiliza membranas nerviosas hiperexcitadas, inhibe descargas neuronales y reduce propagación sináptica de impulsos excitatorios Reduciendo el intercambio de sodio, calcio y potasio en neurona. Se absorbe bien por vía oral, se une en parte a proteínas plasmáticas, se metaboliza en el hígado. Vida 30 hrs una sola dosis, 15 hrs cuando se administra repetidamente

Sus efectos adversos son mareo, somnolencia, resequedad de la boca y visión borrosa. No se debe dar junto con IMAO porque se potencia (Recuperado de Facmed.unam.mx, s.f.).

Strattera

La Strattera o atomoxetina es un potente inhibidor del transportador presináptico de la norepinefrina. Tiene afinidad mínima por otros receptores noradrenérgicos o por otros transportadores de neurotransmisores o receptores (recuperado de medicamentos.com.mx).

Tiene una alta permeabilidad y es absorbida rápidamente alcanzando su concentración plasmática máxima entre 1 o 2 horas después de su administración. Se une a las proteínas plasmáticas, principalmente a la albúmina. Se metaboliza por vía enzimática y su vida media es de 3 hrs y se excreta principalmente por la orina.

Sus efectos adversos son reacciones alérgicas, efectos hepáticos o cardiovasculares, infecciones urinarias, hostilidad y agresividad (recuperado de medicamentos.com.mx).

Este último efecto adverso es de suma importancia para el reflejo en la conducta y la funcionalidad de quien lleva el tratamiento. Por esto algunas veces este medicamento se receta junto con otros para controlar estos efectos, por ejemplo la risperidona.

Risperidona

La Risperidona es el medicamento más recetado a personas con Síndrome de Asperger y por eso nos enfocaremos en este fármaco para fines de este trabajo. Es un antipsicótico de segunda generación o atípico que está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV-TR, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

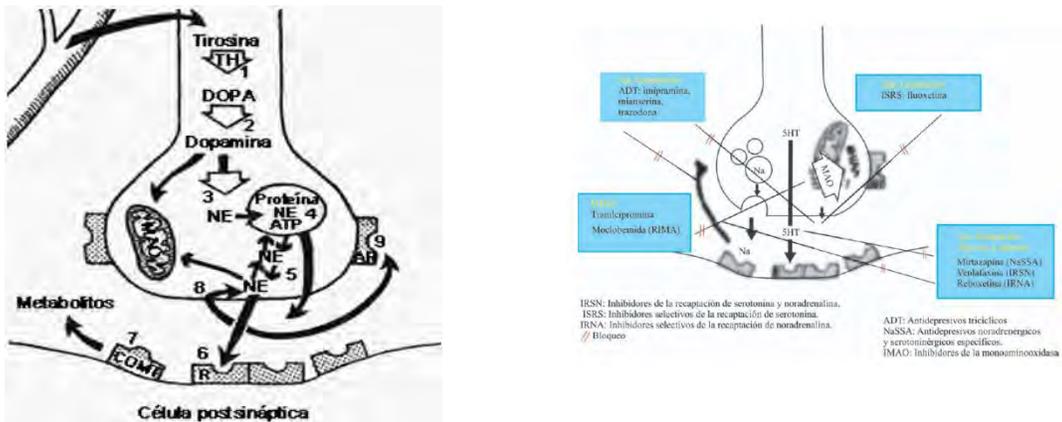
Es indicado para aliviar síntomas afectivos, trastornos de conducta en niños con retardo mental y para síntomas psicóticos. También para el tratamiento de niños y adolescentes con autismo.

Su vía de administración es oral. Alcanza su concentración máxima en el plasma en 1 o 2 horas y se elimina aproximadamente a una semana por orina y heces. Es un antagonista de las monoaminas como la Dopamina y la Serotonina.

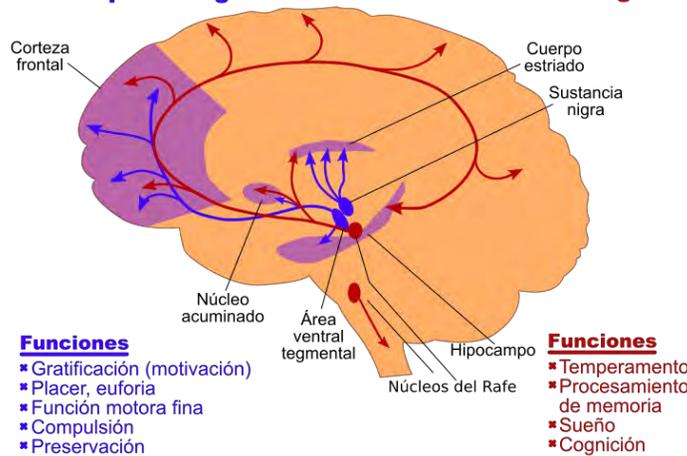
Es antagonista monoaminérgico selectivo con propiedades únicas. Posee una alta afinidad por los receptores 5-HT₂ serotoninérgicos y D₂ dopaminérgicos. Se une también a los receptores α ₁-adrenérgicos, y con menor afinidad a los receptores H₁-histaminérgicos y α ₂-adrenérgicos. Aunque la risperidona es un potente antagonista D₂, por lo que se considera que mejora los síntomas positivos de la esquizofrenia,

causa una menor depresión de la actividad motriz e inducción de catalepsia que los neurolépticos clásicos. El equilibrado antagonista central de serotonina y dopamina puede disminuir el riesgo de efectos secundarios extrapiramidales y extender su actividad terapéutica a los síntomas negativos y afectivos de la esquizofrenia (recuperado de vademécum.es) y a la irritabilidad característica de los TGD (véase figura 1).

Figura1 Mecanismo de acción de la Risperidona para dopamina y serotonina



Vías dopaminérgicas **Vías serotoninérgicas**



Sus efectos adversos son Sedación leve y transitoria, más común en niños y adolescentes, insomnio, agitación, dolor de cabeza, puede presentarse hipotensión ortostática al inicio del tratamiento, discinesia tardía caracterizada por movimientos rítmicos involuntarios, hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica y problemas de concentración. Se han reportado niveles séricos elevados de creatin fosfocinasa con el uso de antipsicóticos: Cuando el nivel total de creatina-fosfocinasa es muy alto, generalmente significa que puede haber una lesión o estrés en el corazón, el cerebro o el tejido muscular. Se sabe que los neurolépticos clásicos reducen el umbral de convulsiones. Se deberá tener precaución cuando se traten pacientes con epilepsia (Recuperado de Facmed.unam.mx).

Entre los antipsicóticos atípicos, la risperidona se ha investigado más a fondo en las poblaciones pediátricas y de TGD por lo que ha surgido en la última década como uno los medicamentos antipsicóticos de elección para el tratamiento de la irritabilidad severa asociada con TGD (Politte y McDougale, 2013). Sin embargo este medicamento sigue siendo sólo para minimizar algunos síntomas, éste tratamiento se debe complementar con tratamientos de intervención.

A pesar de que es común que a las personas con Síndrome de Asperger se les recetan esta clase de tratamientos farmacológicos; no todos lo llevan. Diversos estudios han demostrado que estos medicamentos son necesarios para el desarrollo de personas dentro del espectro. Pero se sabe que este tratamiento no es suficiente para el avance de las personas con Síndrome de Asperger ya que impacta sólo en la presencia de algunos signos y síntomas y no controlan el cuadro completo de características conductuales. Por esto se debe llevar de manera simultánea otro tipo de tratamientos como la intervención psicológica que permitan trabajar de una manera más integral para un mejor funcionamiento de las personas en su vida cotidiana.

Capítulo 3

El trabajo del psicólogo en la intervención para personas con Síndrome de Asperger

Si bien se sabe que es necesario llevar a cabo un tipo de tratamiento para intervenir a las personas con síndrome de Asperger, no se tiene un esquema específico de terapias o tratamientos que se deben dar a las personas con Síndrome de Asperger ya que depende de cada caso y las necesidades particulares que tenga para desarrollar. Un programa eficaz de tratamiento edifica sobre los intereses del niño, ofrece un programa predecible, enseña tareas como una serie de pasos simples, involucra activamente la atención del niño en actividades altamente estructuradas, y brinda refuerzo de comportamiento regular (sitio NINDS, 2016).

Lo que sí se conoce es que se debe de atacar distintas áreas como la social, la cognitiva, la emocional, la motriz y la neuroquímica. Para trabajar con cada área existen distintos tipos de terapia, como las terapias madurativas, la psicológica, la neurológica, la guiada por los padres y la farmacológica (ver tabla 8).

Tabla 8 Tratamientos recomendados para Síndrome de Asperger

Tratamiento	Áreas de impacto	Descripción
Neurológico y Farmacológico	Neuroquímica	Este tratamiento impacta directamente en las estructuras cerebrales y en los procesos neuroquímicos que se muestran alterados en algunos casos.

Psicológico	Emocionales Sociales- Comunicativas Sensibilización para padres y familiares Apoyo emocional y orientación	En el ámbito psicológico se abre una variedad de terapias que le permiten a los niños con SA aprender a comportarse, a regularse, relacionarse con otros y a valerse por sí mismos en la medida de lo posible para insertarse adecuadamente en la sociedad. Así como se abre un espacio para escuchar a los padres y para guiarlos en el manejo de sus emociones.
	Madurativo: Motricidad Lenguaje	Esta terapia permite que trabajen con sus dificultades coordinativas y de comunicación.
	Cognitivo: Atención Memoria Funciones ejecutivas	En esta terapia se les enseña a ser funcionales en la vida cotidiana.
	Orientación y guía para padres: La familia La inclusión	En esta terapia se les enseña a los padres estrategias y se les otorgan herramientas para utilizar en el hogar.

Para propósitos de este trabajo entenderemos cuáles son los procesos implicados en el Síndrome de Asperger y qué es lo que ofrece el tratamiento psicológico y cómo éste permite el apoyo no sólo a niños, si no a los padres tratado de cubrir de manera integral la funcionalización del niño en su medio interno y externo.

3.1 Funciones Psicológicas y Funcionalidad en SA

Las personas con síndrome de Asperger tienen distintas características que según los estándares de la normalidad no les permiten funcionar. Sin embargo las personas con Síndrome de Asperger salen adelante y son capaces de realizar una vida cotidiana de manera autónoma sin necesidad de llevar tratamientos farmacológicos o terapias durante todo su desarrollo (Frith, 19991).

Las alteraciones funcionales que suelen presentar o estar más marcadas en las personas con Síndrome de Asperger son las relacionadas a las llamadas funciones ejecutivas y con habilidades sociales. Dentro de estas están la torpeza motriz, estereotipias, perseveración ya sea en conductas, preguntas o temas; un rezago en el desarrollo del lenguaje que con el tiempo se genera de manera idiosincrática, inflexibilidad de pensamiento, literalidad y dificultad para desarrollar un pensamiento abstracto, poca planeación lo que impacta en su toma de decisiones, falta de empatía, el desinterés al seguimiento de las reglas sociales y dificultad para socializar con los demás. La sociabilidad deficiente puede variar desde el completo desinterés por otras personas, que son ignoradas o tratadas como objetos, hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social en movimiento (Etchepareborda, 2001).

La torpeza motriz que presentan desde la primera infancia suele causar obstáculos para su desarrollo académico o incluso en su socialización. Esto provoca que no quieran integrarse en actividades al aire libre o de contacto que impliquen un trabajo en equipo; lo que lleva a un aislamiento, por ejemplo en la escuela. Esto los lleva a

buscar actividades, más de escritorio o de uso de herramientas tecnológicas que en su mayoría son individuales impidiendo o mermando el desarrollo de la interacción social.

Así mismo su poca flexibilidad puede impedir o dificultar la interacción con otros en distintos ámbitos o la toma de decisiones para situaciones cotidianas o de importancia a largo plazo. A pesar de esto generalmente, ya sea con guía o de manera individual logran conseguir relacionarse con personas de distintas edades más que con sus pares y logran tener una vida cotidiana sin depender de sus padres o de otros (Wing, 1981).

Lo anterior también apoya la idea de que, a pesar de que se reporta en distintos estudios y manuales que las personas con Síndrome de Asperger no son empáticos, esto no es del todo cierto ya que si muestran un desinterés por lo que sienten o piensan los demás no necesariamente es porque no lo entienden o no son capaces de ponerse en sus zapatos, sino porque simplemente no les interesa el tema o la situación.

También dentro de los procesos cognitivos como memoria, organización de elementos en el espacio, sus habilidades de síntesis y análisis, sus referentes sintácticos, semánticos y pragmáticos dentro del lenguaje y de su habilidad de representación mental y cálculo, se encuentran diferencias tanto con personas con algún otro trastorno generalizado del desarrollo como con las personas consideradas dentro de una normalidad. Generalmente se reporta que la memoria de trabajo, a corto plazo y a largo plazo de las personas con Síndrome de Asperger suele ser muy buena (Bravo-Álvarez & Frontera-Sancho, 2016).

En cuanto a su representación mental de los objetos, las personas y de su espacio en sí mismo es diferente. Se ha comprobado que su representación es muy analítica, presentando una desagrupación de los elementos de un conjunto en el espacio e incluso en algunos casos también se muestran separados o fuera de un contexto. Por esto se muestran fallas en la síntesis de pensamiento, ya que se cree que las personas con Síndrome de Asperger se experimentan el mundo de manera

distinta. Ésta diferencia en de pensamiento y procesamiento más analítico permite que tengan una fortaleza en el cálculo y en habilidades de construcción.

El lenguaje es un proceso muy importante en las personas con Síndrome de Asperger ya que éste es la principal diferencia entre ellos y las personas con autismo. A pesar de que se presenta un retraso en el desarrollo de éste, sí se desarrolla de manera eficiente para comunicarse con los demás. Sin embargo ésta habilidad también muestra diferencias que alimentan otras particularidades de los Síndrome de Asperger como el lenguaje idiosincrático y pedante que suelen manejar y la dificultad que muestran al manejar lenguaje más abstracto como las analogías y las metáforas. Dicha dificultad también está muy relacionada con el fallo que suele haber en la interacción con otros, sobre todo con sus pares.

Estas alteraciones que muestran las personas con Síndrome de Asperger obstaculizan en algunas ocasiones el desarrollo social de las personas. Sabiendo esto se pensaría que los niños con Síndrome de Asperger terminan aislados sin interactuar en distintos ámbitos como el académico, el laboral y por supuesto el social. Sin embargo esto no es así, por el contrario, las personas con Síndrome de Asperger se desarrollan en esta sociedad y la mayoría sí presenta un interés por interactuar con otros, por tener una pareja y una familia, un empleo, etc.

A pesar de todas estas alteraciones y diferencias que presentan, la mayoría aprende a compensar dichas deficiencias para poder pertenecer a algo que desean o para lograr lo que quieren. Algunos lo logran con guía y apoyo de diversas terapias para adquirir o compensar las habilidades que se encuentran mermadas y algunos incluso llevan tratamientos farmacológicos temporales o de por vida. Todo depende del caso de cada persona.

De los que reciben tratamientos farmacológicos, sería importante comprender si éstos son pertinentes y realmente impulsan o merman este desarrollo ya que no todos de los que salen adelante llevan estos tratamientos.

Por lo que es importante conocer el papel de la intervención psicológica, qué ofrece, para quienes es pertinente y cuál podría ser el plus que este tiene como parte importante del trabajo en el Síndrome de Asperger.

3.2 El papel de la psicología en el Síndrome de Asperger

La Psicología es una disciplina importante para el entendimiento de conceptos tales como percepción, memoria, atención, inteligencia, personalidad, la conciencia y los procesos inconscientes. Por esto ha progresado de manera importante dentro del área de la salud mejorando el bienestar mental de las personas, no solo en el ámbito de las emociones, si no dentro del estudio de la conducta, el cerebro y la mente. Los psicólogos recopilan datos acerca de la conducta y del funcionamiento mental para estructurar una imagen coherente y precisa de estos fenómenos (sacado de Introducción a la Psicología).

Existen distintos enfoques que hacen de la psicología una perspectiva importante para el tratamiento de diversos trastornos y padecimientos como es el de los trastornos del desarrollo y particularmente los Trastornos del espectro autista. La mayoría de los niños se han beneficiado de las recientes intervenciones especializadas que se centran en manejar el comportamiento y en entrenar las habilidades sociales.

El tratamiento psicológico se ha consolidado como uno de los principales tratamientos para el adecuado desarrollo de los niños, se suele trabajar con las personas de manera individual enfocándose en mantener en equilibrio, el bienestar físico y mental de cada individuo. Las áreas más involucradas en el trabajo con los niños son la psicología educativa, la neuropsicología, y la psicología clínica.

Estas áreas de la psicología se pueden coordinar entre sí y con otras áreas de la salud y la educación ya que para que los tratamientos tengan un mayor efecto todos deben estar organizados y apoyados entre sí, sobre todo con los profesores que

interactúan diario con ellos y con los padres quienes son su primera escuela y con los que van a convivir en su cotidianidad.

A continuación se describirá la forma en la que actúa cada enfoque para la intervención psicológica en el Síndrome de Asperger:

Psicología educativa

En términos generales la psicología educativa se encarga del funcionamiento de los planes de estudio determinados por las escuelas, los cuales se adaptan según los aprendizajes esperados por edad y por las áreas de oportunidad.

Regader (2018) define la psicología educativa o educacional como:

Se encarga de profundizar en el aprendizaje y en los métodos educativos más idóneos para que los estudiantes puedan desarrollar sus habilidades cognitivas... el objeto de estudio de la psicología educativa es el aprendizaje de los estudiantes y los distintos aspectos que modulan su desarrollo cognitivo.

Dichos planes de estudio se llegan a adecuar según las necesidades de cada niño en caso de que presenten algún trastorno que marque diferencias significativas en el aprendizaje. Gracias a esto existe el programa de inclusión, en el que se adaptan los planes de estudio, la metodología y las técnicas de aprendizaje para que el niño con algún trastorno en su desarrollo puede tener un avance significativo al igual que lo niños dentro de la norma.

Neuropsicología

La neuropsicología estudia la forma en la que se relaciona la mente con los procesos neuroquímicos del cerebro. Es decir analiza la relación que existe entre alguna función o proceso psicológico con el funcionamiento de las diferentes estructuras cerebrales, incluso si éstas muestran alteraciones.

En un artículo Miguel Ángel Villa nos dice:

El objeto de estudio de la neuropsicología son las relaciones entre la organización cerebral y el comportamiento en su sentido más amplio: acciones, emociones, motivaciones, relaciones sociales, etc... se centra en el desarrollo de una ciencia de la conducta humana basada en la función del cerebro humano (p. 2)

La investigación actual señala a las anomalías cerebrales como la causa de Síndrome de Asperger. Usando técnicas avanzadas de imágenes cerebrales, los científicos han revelado diferencias estructurales y funcionales en regiones específicas de los cerebros de niños normales comparados con niños con Síndrome de Asperger por lo que la neuropsicología ha entrado en acción dentro de la investigación y la clínica para aportar al tratamiento y al pronóstico en el desarrollo del Síndrome de Asperger.

Este tratamiento se da dentro de una clínica y generalmente en conjunto con neurólogos o psiquiatras. El tratamiento óptimo para neuropsicología es aquel en el que se pueda intervenir con ayuda de actividades en la habilitación de funciones cognitivas asociadas a las estructuras que se han observado diferentes.

Se trabaja con el lenguaje ayudándoles a desarrollar habilidades comunicativas y a corregir la pragmática y la prosodia en su habla espontánea. Ya que suelen hablar con una entonación parecida acentos extranjeros y utilizan un lenguaje precoz o pedante lo que hace que no congenien con sus pares.

También en esta área se puede trabajar con ayuda de su atención y su memoria para moldear funciones como su planeación, su flexibilidad y su organización externa.

El trabajo se lleva a cabo a base de tareas que se organicen en base a su nivel de complejidad. Se les otorga una tarea asociada directamente a una función o conducta la cual debe poner en práctica para resolver un problema o emitir un producto. Estas tareas se deben realizar de manera constante y un tanto repetitiva con el objetivo de que los niños habiliten una función y así poder pasar a un nivel más complejo de la misma con una tarea con un nivel más alto de exigencia. Parte del supuesto de que la estimulación específica, con entrenamiento en áreas cognitivas concretas, es un requisito esencial en la recuperación de la función (Robertson, 1999, en Bravo-Álvarez & Frontera Sancho, 2016). (Ver tabla 9).

Tabla 9 ejemplo de actividad para el trabajo con personas con SA

Actividad	Meta:	Objetivo:	Hipótesis de Funcionalidad	Hipótesis Función:	Hipótesis Orgánica:
<p>Adivina qué / quién</p> <p>Con frutas</p> <p>Con verduras</p> <p>Con animales</p> <p>Con personajes famosos</p> <p>Películas</p>	<p>Que los participantes adivinen el elemento que tiene el participante oponente antes de que el otro participante adivine el propio elemento. De esta manera, cada uno de los participantes realizará una pregunta acerca del elemento de su contrincante sin que se mencione el nombre del objeto. De este modo, las preguntas que se realicen sólo podrán responderse con si o no.</p>	<p>Que el paciente establezca relaciones abstractas entre las características que se brindan de los elementos y realice representaciones mentales donde se integren las cualidades de los objetos según se vayan resolviendo las preguntas. Asimismo, se espera fortalecer el sistema semántico-pragmático a través de descripciones funcionales y un lenguaje figurado que fortalezca un pensamiento divergente.</p>	<p>Se espera que los pacientes accedan a la actividad al ser un juego clásico, de tal manera que la comprensión de las reglas sea más sencilla.</p> <p>Respecto al ejecución de la tarea, el paciente deberá acceder a las características concretas del elemento como el color, la forma, el tamaño, el lugar de donde se obtiene, para complementar la información con características de orden implícito, como el sabor, quiénes lo consumen, con qué alimentos se acompaña, etc.</p> <p>Asimismo, se establecerán relaciones de orden lógico que permiten realizar representaciones mentales del objeto descrito y se haga una integración de todos los características enunciadas.</p> <p>Por otra parte, el establecimiento de turnos favorecerá que el paciente jerarquice sus preguntas a modo de ir de una pregunta general a una más particular para eficientizar sus partidas en el juego. Con ello, deberá mantener la información que le van brindando sus oponentes para después intuir la respuesta del otro participante.</p>	<p>Memoria de trabajo</p> <p>Pensamiento divergente</p> <p>Pensamiento abstracto</p> <p>Relaciones lógicas</p> <p>Memoria de trabajo</p> <p>Sistema semántico</p>	<p>Región TPO</p> <p>Áreas dosolaterales bilaterales</p> <p>Núcleo pulvinar del tálamo</p> <p>Vía occipito-temporo-frontal</p> <p>Polo temporal bilateral</p> <p>Lóbulo temporal inferior izquierdo.</p> <p>Hipocampo izquierdo</p> <p>Giro frontal medial derecho</p>

Psicología clínica

Su objetivo es estudiar el comportamiento humano, analiza y trata las alteraciones que puedan presentarse en el equilibrio del bienestar del humano. Para esto el psicólogo clínico realiza un proceso en el que entrevista, evalúa, diagnostica y genera un plan de acción para el tratamiento de la persona. Este proceso es de suma importancia ya que se hace en base a las necesidades de cada individuo para otorgar una intervención adecuada y lograr un buen pronóstico.

Regader (2018) define la psicología clínica como:

Estudia todos los elementos implicados en los trastornos mentales y, de forma más genérica, la salud mental... lleva a cabo todas las tareas de evaluación, diagnóstico, prevención e intervención terapéutica en personas con algún tipo de afectación mental o de conducta desadaptativa, con el fin de restaurar el equilibrio psicológico y eliminar todo el sufrimiento.

La psicología clínica no sólo hace un trabajo integral atendiendo a personas de manera individual sin importar su edad, sino da intervención a familias o parejas también, lo que hace de la psicología clínica un área fuerte para tratar a las personas con Síndrome de Asperger ya que los puede atender de manera individual y a la vez brinda un espacio de orientación y apoyo a los familiares para que puedan vivir el proceso de sus hijos de manera cercana y a la vez puedan trabajar con lo que sienten y piensan al respecto.

Como se mencionó anteriormente se debe seguir un proceso para dar una atención psicológica completa. Se inicia el proceso con la entrevista.

La entrevista es un paso de suma importancia en el que se puede hablar con los padres para recabar información acerca de la historia clínica y académica de los niños, y de cómo se lleva en casa la dinámica familiar entendiendo que el niño con Síndrome de Asperger es un miembro importante dentro de ésta.

También aquí es en donde se puede explicar el esquema de trabajo que se va a llevar acabo con ellos y con su hijo.

Después de la entrevista es importante tener un punto de partida más objetivo del nivel de desarrollo en el que se encuentra el niño para establecer una intervención adecuada a las necesidades de cada caso. Por esto se debe realizar una evaluación de las habilidades y los procesos cognitivos.

3.3 Evaluación e intervención psicológica para pacientes con Síndrome de Asperger

La evaluación es de suma importancia ya que nos informa sobre el potencial y real rendimiento intelectual, su grado de flexibilidad o estereotipia, de trivialidad o de originalidad, su creatividad, la eficacia de su percepción, la prueba de realidad, el manejo de los afectos y la agresión, tipos de conducta, tipos de vínculos que establece, existencia o no de angustia, posibilidad de somatización y de actuaciones, diagnóstico de personalidad y lo que es muy importante, el pronóstico.

Como se dijo antes es importante reconocer que a lo largo del tiempo se han estandarizado escalas que nos sirven para la evaluación de las características y síntomas que presenta una persona con Síndrome de Asperger. Sin embargo las escalas más usadas en el ámbito clínico para medir procesos cognitivos de manera general siguen siendo las escalas utilizadas en el resto de la población para medir los procesos por separado haciendo adaptaciones según las especificidades de la población.

Dada la confusión que persiste en cuanto a lo que realmente es el síndrome de Asperger, no es de extrañar que muy pocos instrumentos de diagnóstico se han diseñado específicamente para identificarlo (Howlin, 2009). De hecho no hay un

examen estandarizado (usado y aceptado por casi todos) empleado para diagnosticar el síndrome de Asperger (Síndrome de Asperger, 2017). Así como

Sin embargo, existen distintos indicadores que permiten construir pruebas o listas de chequeo para el apoyo o complemento del diagnóstico. Estos son: dificultades en la comunicación no verbal, idiosincrasia en la comunicación, intereses fijos en los que perseveran y pobre interacción social, poca empatía, racionalización de las emociones, torpeza motriz, problemas de conducta (regulación e inhibición), negativismo, historia heredofamiliar, retraso en el desarrollo entre los 2-3 años, etc.

Gracias a estos indicadores se pueden aplicar esquemas de evaluación para medir habilidades y procesos cognitivos como en cualquier otro caso. Los esquemas para evaluar CI siguen siendo las escalas Wechsler las más utilizadas. Sin embargo para tener una evaluación más integral se puede complementar con otras escalas que evalúen distintos procesos y habilidades.

3.3.1 Pruebas psicométricas y listas de chequeo

A pesar de que se utilicen los mismos esquemas de evaluación de habilidades y procesos también existen escalas e instrumentos que permiten sacar un diagnóstico del Síndrome de Asperger. A continuación se enlistarán algunos de los instrumentos tanto específicos como no específicos que se pueden aplicar.

No específicas para Síndrome de Asperger: tienen un buen grado de confiabilidad y validez

- Rimland Diagnostic Form for Behavior Disturbed Children (version E-2; Rimland, 1971): este checklist permite saber si los tratamientos a los que han asistido sus hijos han sido efectivos.

- Behavior Rating Scale for Autistic and Atypical Children (BRIAC; Rutter et al., 1966): este checklist te permite calificar los indicadores conductuales y los síntomas presentes en los niños.
- Gilliam Autism Rating Scale (Gilliam, 1995): tiene como objetivo detectar personas con características autísticas en la clínica y en proyectos de investigación.
- Childhood Autism Rating Scale (CARS; Schopler, Reichler, & Renner, 1988): esta es una escala de apreciación conductual, consta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista.
- Autism Behavior Checklist (ABC; Krug, Arick, & Almond, 1980): determina si están presentes las características, signos y síntomas indicados.
- Autism Screening Questionnaire (Berument et al., 1999): consta de 40 reactivos que se aplicaban a manera de entrevista para detectar rasgos autistas.

Específicas para Síndrome de Asperger: la mayoría son sólo de tamizaje

- The Australian Scale for Asperger syndrome (Garnett & Attwood, 1995; Attwood, 1998): cuenta con 24 reactivos que se califican con una escala de 7. Está dividido en factores como: habilidades sociales y emocionales, comunicación, habilidades cognitivas, intereses específicos, habilidades motrices y otras características específicas. La limitante de esta prueba es que en la mayoría de las preguntas la respuesta es "sí", lo que hace que la calificación no sea objetiva. Y no tiene estructura para hacer un análisis cuantitativo.
- Pervasive Developmental Disorders Questionnaire (PDD-Q; Baron-Cohen, 1996): es un cuestionario de 18 reactivos. Se le realiza a los padres. Cubre

con: características en conducta, habla espontánea, intereses, comunicación, intereses fijos, juego con pares, ansiedad antes cambios en la rutina, perseveración,, conductas repetitivas, e intereses idiosincráticos.. Sin embargo no discrimina la diferencia entre SA y niños que están dentro del espectro.

- Autism Spectrum Quotient (AQ; Baron-Cohen et al., in press): cuenta con 50 reactivos que contesta el mismo individuo y se califican con una escala de 4. Sus rubros se enfocan en: habilidades sociales, atención a los detalles, atención y alerta, comunicación e imaginación. Tampoco es muy específico.
- Screening questionnaire for Asperger syndrome and other high functioning autism spectrum disorders in school age children (ASSQ; Ehlers, Gillberg, & Wing, 1999): es una lista de chequeo de 27 reactivos que contestan los familiares y se califica con una escala de 3. Está basada en la descripción de Gillberg and Gillberg. Cuenta con validez y variabilidad altas para el diagnóstico. Pero tampoco hace diferencia entre SA y autismo de alto rendimiento.

Posteriormente, gracias a la entrevista y a la evaluación se tiene una idea más clara del caso y de cuál va a ser el esquema de intervención a ejecutar, por lo que se ofrecen distintos tipos de intervención que permiten trabajar con los procesos y las habilidades en las que tienen dificultad los niños con Síndrome de Asperger.

Los tipos de terapia dentro de la psicología clínica pueden ser:

Terapia cognitiva: En esta se busca que optimicen los procesos como atención, memoria, percepción y las funciones ejecutivas para que mejorar el desarrollo cognitivo. Se lleva a cabo con juegos y actividades en los que los niños deban respetar turnos, deban aprender a escuchar al otro, a organizar acciones en pasos, etc.

Terapia conductual: Esta terapia puede ayudar a los niños ansiosos y explosivos a saber cómo regular y manejar sus emociones y a disminuir sus estereotipias e intereses obsesivos. La terapia del comportamiento describe numerosas técnicas que se centran en frenar los problemas de comportamiento como interrumpir, obsesionarse, colapsarse.

En ésta el reforzamiento en casa y en la escuela son de suma importancia ya que se debe tener un control sobre la extinción de las conductas no deseadas a base de reforzamientos positivos o negativos.

Psicoterapia: En esta se busca enseñarlos a manejar sus emociones para saber cómo reaccionar según el contexto, evitando ser rígidos e inflexibles. Así como a generar empatía ante los otros poniéndolos en situaciones hipotéticas o de juego en las que deben considerar o ayudar al otro.

Terapia ocupacional: Se capacita a los niños, adolescentes y adultos para que aprendan a organizar su vida diaria, a generar rutinas de cuidado e higiene y a desempeñarse en distintos escenarios como son la calle, la escuela, el trabajo o en situaciones sociales como reuniones familiares.

Terapia de socialización: Se trabaja directamente con su empatía y sus habilidades sociales para puedan convivir en el exosistema.

Terapia de lenguaje: A diferencia del autismo, el Síndrome de Asperger conserva el lenguaje hablado, pero éste presenta ciertas particularidades que los hace peculiares y les impide comunicarse correctamente con otros, sobre todo con sus pares.

Por esto en las terapias de lenguaje se les enseña a desarrollar habilidades comunicativas y se trabaja con su pragmática y con la prosodia.

Terapia de motricidad: Se trabaja con sus habilidades motrices para que desarrollen mejor tonicidad, movimiento, equilibrio y coordinación.

Asesoría a padres: Finalmente y no menos importante, la psicología ofrece de manera integral un trabajo con los padres para mejorar la dinámica familiar. Se les enseña a los padres, cuidadores y familiares cercanos cómo convivir con ellos y cómo pueden ayudarles a ser empáticos y activos en su mesosistema. Así como se ofrece trabajar las emociones y resolver las inquietudes que éstos tengan. Por lo que ahora se hablará de los programas que existen para padres de personas con Síndrome de Asperger.

3.4 Programas de intervención y asesoría a padres

Una vez que se ha establecido el punto de partida existen diversas terapias o intervenciones que se recomiendan como tratamientos para los niños. Generalmente les recomiendan tratamientos farmacológicos como si fuese la única alternativa y poco se les habla de las diversas opciones que pueden escoger para trabajar con ellos en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven. Porque se sabe que llevar un solo tipo de tratamiento no llega a ser suficiente para un avance óptimo en su desarrollo, sobre todo si se lleva únicamente el tratamiento farmacológico ya que como se mencionó anteriormente los medicamentos está indicados para atacar sólo algunos síntomas que se presentan en algunos casos.

Cuando se llega a este punto del proceso los padres no saben hacia dónde dirigirse ni qué tipo de tratamiento tomar para sus hijos. Debido a esto la psicología se ha dado a la tarea de ofrecer espacios para los padres también ya que los padres son los pilares emocionales que unen a los miembros de la familia y que permiten que se cumpla y aplique el trabajo que se empieza en la clínica y la escuela. Se les asesora y orienta para poder tomar las decisiones más adecuadas para ellos y para sus hijos.

El proceso emocional y de desgaste mental que enfrentan los padres influye activamente en el avance de los niños. No pueden ayudar a su hijo si no está atendiendo a sus propias necesidades emocionales y físicas (Estudio de psicoanálisis y psicología, 2016).

Actualmente se ofrecen para ellos programas educativos o dentro de alguna clínica u hospital en las que hay proyectos de terapia o acompañamiento individual o en grupo. En dichos tipos de intervención se han ido generando ideas para que los padres comiencen a entender cuál es su rol con sus hijos y qué información se debe trabajar con los maestros a cargo de sus hijos y con los familiares que convivan con los niños. Se ha tratado de dar apoyo tanto a casa como a las escuelas para que los chicos puedan lograr insertarse en una sociedad en la que sus especificidades no impidan su desarrollo académico y social.

Sin embargo muchas veces dichos programas no tienen la difusión suficiente o los padres no tienen la claridad de qué programa o qué tipo de intervención es más conveniente para sus hijos o la mayoría aún presenta la duda de si debe llevarlos con el psiquiatra y aceptar medicarlos o no, así como a qué tipo de terapia psicológica asistir.

Por lo que en este trabajo se tiene como objetivo informar a los padres sobre las diversas opciones que existen, poder determinar cuáles pueden ser mejor para sus hijos y se espera que se comprenda que un solo tipo de intervención no siempre es suficiente para ellos, si no se debe hacer de forma integral e interdisciplinaria y que es mejor buscar en base a las necesidades y particularidades de sus hijos y no sólo basándose en el diagnóstico según los manuales ya que no siempre se mantienen todas las características y ya que depende también de la edad que tengan.

Grupos y asociaciones de padres:

- Confederación Asperger de España:

https://www.asperger.es/asperger_familia.html

- Asociación padres Argentina:

<http://asperger.org.ar/>

- AMAsperger fundación en Chile:

<https://amasperger.wordpress.com/2013/02/18/asperger-recursos-para-padres-y-familias/>

Páginas de consulta sobre TEA:

- Fundación UNAM:

<http://www.fundacionunam.org.mx/salud/autismo-y-sindrome-de-asperger/>

- Espectro autista.info:

<http://espectroautista.info/index.html>

- W radio:

http://wradio.com.mx/programa/2016/02/18/martha_debayle/1455822660_064353.html

- Estudio del psicoanálisis y la psicología:

<http://www.psicopsi.com/Sindrome-de-Asperger>

Propuesta de intervención

Taller informativo sobre la importancia de la intervención psicológica en niños diagnosticados con Síndrome de Asperger

Justificación

Actualmente han aumentado la cantidad de niños diagnosticados con Síndrome de Asperger, la OMS indica que 1 de cada 160 niños tiene un Trastorno del espectro autista y se sabe que de 3 a 7 niños por cada 1000 o 1 de cada 300 nacidos tienen un diagnóstico de Síndrome de Asperger.

A pesar de que es reconocido como un trastorno del espectro autista, sigue teniendo límites muy difusos para el diagnóstico clínico con el autismo, aunque diversas investigaciones han demostrado que existen diferencias en el desarrollo de habilidades así como diferencias anatómicas. Sin embargo a los niños con Síndrome de Asperger se les sigue tratando como un trastorno parte del espectro autista y no como un trastorno del desarrollo independiente. Lo que incluso ha llevado a que sea suprimido del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (2013) como trastorno independiente al espectro autista, complicando aún más su tratamiento, aunque en el CIE 10 (2000) se mantenga como un trastorno del desarrollo como el autismo y no como partes de este. Esto mismo ha provocado que los padres se enfrenten a no saber con certeza qué decisión tomar al intentar escoger tratamientos para sus hijos. Por esto en este trabajo se considera importante que debe existir un espacio informativo y de catarsis para que los padres de estos niños tengan una mayor información sobre cómo funcionan los tratamientos, qué tipos de tratamientos existen e incluso cómo se debe adaptar a las particularidades de sus hijos para poder guiarlos en su desarrollo y para obtener una mejor calidad de vida. Haciendo énfasis en el tratamiento psicológico, el cuál

no solo sirve para la funcionalización de los niños, si no para la catarsis y orientación a los padres y para aprender a relacionarse armónicamente con sus hijos.

Se considera que creando dicho espacio se les puede orientar a los padres para que analicen y comprendan si con los otros tratamientos existentes como el farmacológico han observado un avance significativo y suficiente en comparación con los que llevan un tratamiento psicológico de manera simultánea a este. Siendo así que un tratamiento psicológico es necesario para trabajar con el desarrollo cognoscitivo de funciones y habilidades, para así tener un mejor pronóstico para el niño en los diferentes ámbitos de su cotidianidad. Y para los padres como orientación para el manejo de sus emociones y para aprender a relacionarse adecuadamente con su hijo.

Objetivo General

Concientizar y sensibilizar a los papás acerca de la relación que existe entre los diversos tratamientos como el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico en los niños con Síndrome de Asperger para establecer qué tratamiento puede ser más adecuado para los niños.

Objetivos específicos

1. Identificar el impacto que tienen los psicofármacos a nivel neuroquímico, emocional y conductual para comprender si su efecto es productivo u obstaculizador para el desarrollo de funciones y habilidades.
2. Conocer la importancia de la intervención psicológica tanto para mejorar el pronóstico de sus hijos como para la orientación y la asesoría de los padres logrando así tener un tratamiento integral.
3. Describir las intervenciones psicológicas y los programas que existen para la orientación y la intervención a padres con el fin de enseñarles a enfrentar y manejar sus emociones, así como para lograr una relación asertiva con sus hijos.

4. Aplicar las intervenciones psicológicas que se dan en diversos espacios y contextos para comprender su peso en el desarrollo cognoscitivo y social en los niños con síndrome de Asperger.

Población

Una población de 10 padres de familia cuyos hijos tengan un diagnóstico de Síndrome de Asperger sin importar nivel socioeconómico, cultural o edad.

Facilitador

Se necesitará de un psicólogo clínico con conocimientos en desarrollo y los trastornos que aquejan en el desarrollo como el Síndrome de Asperger.

Lugar

Escuelas regulares y con el proyecto de inclusión.

Escenario

En un aula amplia, iluminada y ventilada con un proyector. Con capacidad suficiente para albergar 30 personas con un número de 22 sillas y la posibilidad de aumentarlas en caso de ser necesario.

Material

Mesa, 15 sillas, proyector, laptop, 15 lápices, 15 plumones, 100 hojas blancas y 50 de colores, 5 papeles bond, 10 tijeras, 5 pegamentos, 1 madeja de estambre. Presentación Power Point.

Duración del taller

El taller tendrá una duración de 8 horas en total, repartidas en cuatro sesiones de 2 horas una vez por semana.

Cuestionario para padres

Constará de cuatro preguntas para conocer si sus hijos están llevando algún tipo de tratamiento y si sienten que este es suficiente según lo que observan en casa. (Ver anexo 1)

1. ¿Actualmente asisten con algún especialista?
2. ¿Su hijo se encuentra en algún tipo de tratamiento?
3. ¿Cómo considera que se siente con el avance que ha tenido su hijo con este tratamiento (s)?

Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho
----------------	------------	-----------------

4. Durante el proceso de su hijo, ¿qué tan satisfecho se siente con el avance que ha tenido? ¿Por qué?

Procedimiento

Fase de difusión

Durante esta fase se realizará la difusión y la promoción a escuelas interesadas en informar y orientar a los padres acerca del Síndrome de Asperger para asesorarlos y guiarlos en la toma de decisiones acerca de los tipos de tratamientos que existen para sus hijos. Se citará a los padres de cada uno de los participantes para la promoción del taller, el registro de los participantes y la aplicación del cuestionario.

Posteriormente se citará a los padres en 4 ocasiones, una sesión por semana cada sesión tendrá una duración de 2 horas, para la impartición del taller y mesa redonda para el enriquecimiento de la información y así poder tomar una mejor decisión para elegir tratamientos para la guía de sus hijos. No sólo con la información de la plática, sino con la retroalimentación entre padres en base a su experiencia.

CARTAS DESCRIPTIVAS

Sesión 1			
Introducción al Síndrome de Asperger y sus datos en el mundo			
Objetivos específicos: conocer la definición, descripción y datos estadísticos del Síndrome de Asperger.			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Apertura	Presentación de la ponente como facilitadora y mediadora en el taller. Introducción y justificación del taller en sí mismo.		5 min.
Técnica de integración	Pásame la bola (anexo 3) Esta actividad servirá para la presentación de los padres diciendo su nombre, el nombre de su hijo y la edad que tiene.	Una madeja de estambre simulando ser la “bola” para indicar el turno de cada uno.	15 min.

Aplicación de cuestionario	Se les aplicará un cuestionario a los padres para sondear la información que tienen sobre el tema. (anexo 2)	Cuestionarios Lápiz Goma Sacapuntas	15 min.
Lluvia de ideas	Se les pedirá a los padres que den una lluvia de ideas acerca de lo que conocen como Síndrome de Asperger.	Papel bond Plumones	10 min.
Introducción al tema	Se expondrá la definición, las características diagnósticas y las estadísticas actuales de los TEA y del SA.	Presentación PP Proyector Laptop	40 min.
Descanso			5 min.
Actividad de comprensión	Clasificación de signos y síntomas (anexo 4) Se pondrá una lista de signos y síntomas que los padres deberán clasificar en	Papel bond Plumones Lista de signos y síntomas	15 min.

	una tabla en la que los rubros sean SA y otros.		
Retroalimentación	Se les pedirá que indiquen si tienen alguna duda y se les harán preguntas para verificar que no queden dudas.		15 min.

Sesión 2

“Psicobiología del SA y tratamiento farmacológico”

Objetivos específicos: conocer los procesos y sistemas neuronales implicados, así como conocer los fármacos que suelen recetar a los niños con Síndrome de Asperger entendiendo cómo funcionan y cuáles son sus efectos adversos para reconocer si es necesario o suficiente este tratamiento.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Técnica de integración	Globos locos (anexo 5) Esta actividad servirá para conectar a los participantes al aquí y el ahora, desalojando el estrés de la semana y logrando crear vínculos asertivos entre ellos generando un espacio para expresarse y liberarse.	Globos Plumones permanentes	15 min.
Lluvia de ideas	Se les pedirá a los padres que den una lluvia de ideas acerca de lo que saben sobre los procesos	Papel bond Plumones	5 min.

	neuroquímicos y el tratamiento farmacológico. (anexo 6)		
Ponencia	Se expondrá la información de neuroquímica.	Presentación PP Proyector Laptop	30 min.
Actividad de comprensión	De la teoría a la conducta. Se pedirá que se formen 4 grupos de 5 personas. Cada grupo deberá hacer un listado de las conductas en las que se ven reflejados los proceso neuronales, por ejemplo las funciones ejecutivas-Funcionamiento pobre en áreas frontales.	Papel bond Plumones	15 min.
Ponencia	Se expondrá la información acerca de los tipos de terapia que existe para	Presentación PP Proyector Laptop	30 min.

	trabajar con personas con SA.		
Actividad de comprensión	<p>Pros y contras</p> <p>Se pedirá que se formen 4 grupos de 5 personas. Cada grupo deberá hacer un listado de 3 ventajas y 3 desventajas del tratamiento farmacológico en base a lo que observen a en sus hijos.</p>	<p>Tabla</p> <p>Lápiz</p> <p>Goma</p> <p>Sacapuntas</p>	15 min.
Retroalimentación	Se les pedirá que indiquen si tienen alguna duda y se les harán preguntas para verificar que no queden dudas.		10 min.

Sesión 3
“La Psicología en el SA”

Objetivos específicos: Discriminar la variedad que brinda la intervención psicológica, permitiendo que se dé un trabajo integral para el avance y el buen pronóstico de las personas con SA. Comprendiendo que dicha intervención es parte fundamental del trabajo para la funcionalización y el bienestar de ellos y sus familiares.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación de gráficos y retroalimentación sobre el cuestionario que se aplicó.	Se mostrará una gráfica de barras mostrando los datos de los cuestionarios que se aplicaron a los padres durante el registro para el taller con el objetivo de saber los tipos de terapias que conocen y cuáles consideran efectivas.	Presentación PP Proyector Laptop	15 min.
Lluvia de ideas	Se les pedirá a los padres que den una lluvia de ideas acerca de lo que saben	Papel bond Plumones	10 min.

	sobre los tipos de intervención psicológica que se ofrecen para SA.		
Ponencia	Se hablará del papel que tiene la Psicología en el SA.	Presentación PP Proyector Laptop	40 min.
Actividad de comprensión	Dramatización Se pedirá que por parejas escojan un enfoque o área de la psicología que conozcan y que describan cómo éste podría ayudar a su hijo. Se escogerá a dos para que pasen a representar la terapia con un padre como el niño.	Hojas blancas Plumones	30 min.
Retroalimentación	Se les pedirá que indiquen si tienen alguna duda y se les harán preguntas para		10 min.

	verificar que no queden dudas.		
Actividad de relajación	Se les pedirá a los participantes que con los ojos cerrados se permitan relajar y meditar para recuperarse. (anexo 7)	Música de naturaleza	15 min.

Sesión 4

“Tratamiento psicológico y la importancia de éste”

Objetivos específicos: conocer la variedad que brinda la intervención psicológica, permitiendo que se dé un trabajo integral para el avance y el buen pronóstico de las personas con SA. Comprendiendo que dicha intervención es parte fundamental del trabajo para la funcionalización y el bienestar de ellos y sus familiares.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Actividad de integración	<p>El círculo de las virtudes (anexo 8)</p> <p>En parejas se dirán dos cualidades que tiene el otro que permiten que su familia sea unida a pesar de las dificultades.</p> <p>Se van a agradecer el uno al otro.</p>		15 min.
Lluvia de ideas	Se les pedirá a los padres que den una lluvia de ideas acerca de lo que saben sobre las terapias o los	<p>Papel bond</p> <p>Plumones</p>	10 min.

	grupos de apoyo a padres que conocen.		
Ponencia	Se hablará de la intervención psicológica y de las opciones que ofrece para los padres y familiares como espacio informativo y de orientación y asesoría.	Presentación PP Proyector Laptop	40 min.
El sí y el no	Se explicará la forma en la que los padres participan de forma activa y pasiva en el avance de los niños. (Anexo 9)	Tarjetones de sí y no	10 min.
Actividad de comprensión	Directorio Se les otorgará un pequeño directorio de referencias y asociaciones en los que hay información fidedigna y en donde se ofrecen cursos vía internet y se compartirán	Laptop Proyector	15 min.

	<p>redes de apoyo entre padres. Intentando generar una nueva entre los integrantes del grupo.</p>		
Retroalimentación	<p>Se les pedirá que indiquen qué terapia les hace más sentido y a qué terapia asistirían o llevarían a sus hijos.</p>		15 min.
Actividad de cierre	<p>Clausura (anexo 10)</p> <p>Esta actividad permitirá reflexionar a los participantes acerca de lo aprendido y cómo utilizarlo en la vida diaria, así como que ahora tiene una red de apoyo entre padres.</p>		15 min.

DISCUSIÓN

La falta de información genera una incertidumbre que dificulta la toma de decisiones. Esto pasa más y es de gravedad cuando a los padres se les dice que sus hijos tienen un diagnóstico de trastorno del desarrollo. Al enterarse de esto los padres suelen enfrentarse a diferentes emociones ya que se rompen las expectativas que tenían acerca de sus hijos obligándolos a aprender acerca del diagnóstico de sus hijos y de cómo éstos deberán funcionar en casa y en los distintos ámbitos a los que se vayan a enfrentar. Una gran parte del éxito que consigan en el futuro dependerá de la manera en que los adultos se relacionen con ellos (recuperado de CAE, 2017).

Este proceso genera que surjan muchas dudas acerca de lo que es un síndrome, de cómo se van a comportar sus hijos, cómo deberán de tratarlos, etc. Por lo que en la práctica es común que los padres se acerquen a preguntar qué deben hacer, a dónde los tienen que llevar o a qué tipo de tratamientos se les puede someter a los niños.

A menudo una de las preguntas más comunes es si está bien que se les medique a los niños, si se les debe de llevar a terapia, qué tipo de terapia deben tomar o en definitiva existen padres que te dicen que están en contra de medicarlos o de llevarlos a terapia porque consideran que sus especificidades son parte de su personalidad y solos aprenderán a sobrellevarlo y superarlo.

Por eso es importante dar un espacio para los padres que no están informados del todo o que en muchas ocasiones están tan saturados de información que no tienen la claridad de lo que necesitan saber y lo que deben hacer. Ya que no sólo es cuestión de falta de información si no de que actualmente se tiene acceso a esta pero no siempre se tienen los conocimientos o la claridad de los conceptos y los métodos de trabajo e intervención, por lo que un programa informativo les permitirá conocer y hacerse conscientes de que la intervención psicológica es una de las opciones más óptimas que se ofrece ya que se da de forma integral, no sólo

para el trabajo con sus hijos sino también se da el espacio para que ellos como padres entiendan y manejen el proceso en el que ellos también se encuentran porque son quienes deberán mantener una cohesión y la estabilidad emocional entre los miembros de la familia. Ya que ellos son los que promoverán o no el desarrollo de sus hijos como agentes autónomos funcionales, evitando caer en una dinámica en la que la giren alrededor de la enfermedad bloqueando el avance del niño.

Y así aprender a interactuar con sus hijos de una mejor manera para el bienestar de su familia.

Este taller pretende brindar el espacio para que los padres cuyos hijos tienen este diagnóstico se sientan acompañados durante el proceso en el que deben seleccionar la intervención más adecuada para el trabajo con sus hijos, logrando ver que en distintos casos una sola intervención no es suficiente y que la intervención psicológica permite un mejor pronóstico para los chicos. Esto sabiendo que están tomando una decisión óptima basada en información teórica, científica y experiencial; y entendiendo que no se encuentran solos y que las dudas que tienen son normales y se han presentado ya en otros casos en los que se puede lograr una mejor calidad de vida para sus hijos.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Los alcances que se pudieran tener es que los padres sepan que no están solos en este proceso en el que suelen sentir que al ser los adultos deben saberlo todo con certeza. Al contrario, siempre existirán dudas, sin embargo se espera que se sientan orientados y guiados para una toma de decisión óptima acerca del o los tratamientos que necesita su hijo y el porqué es importante que los tomen. Que conozcan la variedad de éstos y que no se queden sin otorgar una buena intervención a sus hijos sólo por no saber y que sean constantes y flexibles ya que si uno no funciona puede ser otro el que llegue a tener mejores resultados.

Una de las limitantes es que con todos los avances que hay año tras año, es probable que existan o aparezcan más terapias que complementen el trabajo con los niños con SA y que en este programa no se logren reportar a tiempo para el conocimiento de los padres. Y que al no ser suficiente la difusión, no se pueda abarcar a toda la población esperada.

Otra limitante es que no se conoce todo el trabajo que se da en asociaciones de otros países ni se tiene fácil acceso al trabajo de grupos que se da en ellos. Ya que en México el trabajo y la asesoría con grupos de padres está en pañales por lo que generalmente se da más el caso en el que el niño ya se encuentra en alguna terapia y el terapeuta es el encargado de dar dicha información. Por lo que se llega a dar más el proceso por ensayo y error en la búsqueda de una intervención funcional para los niños.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1^a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- Artigas, J. (2000). Aspectos Neurocognitivos del síndrome de Asperger. *Rev. neurol clin*, 1: 3444.
- Artigas, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32 (115), 567-587.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archive für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76–136.
- Autism Research Institute. Diagnostic checklist form E-2 and Research. Recuperado de https://www.autism.com/pro_e2description
- Autism speaks (2018). Children's Athletic Enrichment. Disponible en <https://www.autismspeaks.org/resource/cae>
- Baron-Cohen S, Ring HA, Wheelwright S, Bullmore ET, Brammer MJ, Simmons A, Williams SC. (1999) Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study. *European Journal Neuroscience*. Jun; 11(6):1891-8 DOI: 10.1046/j.1460-9568.1999.00621.x
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999) Recognition of faux pas by normally developing children and children with

- Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 407–418.
- Bosque-Garza, J (2010). Psicofarmacología en niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* Vol. 67. Pp. 1-3
- Brailowsky, S. (1995). *La sustancia de los sueños: Neuropsicofarmacología*. 3° ed. Ed. Fondo de cultura económica, México
- Bravo-Álvarez, M.A. & Frontera-Sancho, M. (2016). Entrenamiento para la mejora de disfunciones atencionales en niños y adolescentes con Síndrome de Asperger a través de estimulación cognitiva directa. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (<http://revistas.um.es/analesps>): 1695-2294 vol. 32, nº 2 (mayo), 366-373
- Carbamazepina. Facultad de medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Carbamazepina.htm
- Cristina Pérez-Stadelmann (2013). *El Síndrome de Asperger: una mente diferente*.
- Etchepareborda, M. (2001). Perfiles neuro-cognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1), 175-192
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D.M., Calleja-Pérez, B., & Muñoz Jareño, N. (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 44 (2), S53-5.
- Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A.L., & Fernández-Jaén A. (2013). Trastornos del espectro autista. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. *Acta Pediatr Esp.*, 71(8), e217-e223

- Frith, U. (Ed.). (1991). *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frith, U. (2004). *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. (2ª. ed.) Madrid: Alianza
- Frith, U. (2004). Emanuel Miller lectura: Confusions and controversies about Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:4, pp 672–686
- Gillberg, C. I., Gillberg, C. (1989). Syndrome-Some Epidemiological Considerations: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 30(4): 631–638
- Gillim, J.E. (1999). Gilliam autism Rating scale (GARS). Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153450849902401-411?journalCode=aeia>
- Howlin, P. (2000). Assessment Instruments for Asperger Syndrome. Measurement Issues: Asperger Syndrome. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 5 (3), 120-129
- Kemper, T.L. & Bauman, M. (1998). Neuropathology of infantile autism. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*. Jul; 57(7):645-52.
- Malone R y Waheed A (2009). The Role of Antipsychotics in the Management of Behavioural Symptoms in Children and Adolescents with Autism. *Drugs*; 69 (5): 535-548

- Mayoral, M., Merchán-Naranjo, J., Rapado, M., Leiva, M., Moreno, C., Giráldez, M., Arango C., Parellada, M. (2010) Neurological soft signs in juvenile patients with Asperger syndrome, early-onset psychosis, and healthy controls. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 283–290
- McKelvey, J. R., Lambert, R., Mottron, L., & Shevell, M. (1995). Right-hemisphere dysfunction in Asperger's syndrome. *Journal of Child Neurology*, 10, 310–314.
- Murphy, D.G., Daly, E., Schmitz, N., Toal, F., & Murphy, K. (2006). Cortical serotonin 5-HT_{2A} receptor binding and social communication in adults with Asperger's syndrome: An in vivo SPECT study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 934–936.
- Murphy, C.M, Deely, Q., Daly, E.M., Ecker, C., O'Brien, F.M., Hallahan, B., Loth, E., Toal, F., Reed, S., Hales, S., Robertson, D.M., Craig, M.C., Mullins, D., Barker, G.J., Lavender, T., Johnston, P., Murphy K.C., & Murphy, D.G. (2012). Anatomy and Aging of the Amygdala and Hippocampus in Autism Spectrum Disorder: An In Vivo Magnetic Resonance Imaging Study of Asperger Syndrome. *Autism Research*, 4, 1–10.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Disponible en <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/autismo.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2000) Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10. Madrid: Medica Panamericana
- Pichot, P., López-Ibor, J., & Valdés, M. (1995). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, S.A. México p.p. 69-81.

- Politte, L., & McDougle, C. (2013). Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders. Springer-Verlag Berlin Heidelberg Psychopharmacology doi:10.1007
- Regader, B. (2018). Psicología educativa: definición, conceptos y teorías. Psicología educativa y del desarrollo. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/desarrollo/psicologia-educativa>
- Regader, B. (2018). Psicología clínica: definición y funciones del psicólogo clínico. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/clinica>
- Risperidona (2016). Vidal Vademecum Spain. Madrid, España. Recuperado de <https://www.vademecum.es/principios-activos-risperidona-n05ax08>
- Romero, P. (2016). Citas y Referencias de la APA. Manuscrito inédito.
- Rumsey, J., & Hamburger, S. (1990) Neuropsychological divergence of high-level autism and severe dyslexia. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 20, 155-168.
- Rumsey J. y Ernst M. (2000). Functional neuroimaging of autistic disorders. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews* 6: 171–179
- Schumann, C.M., Hamstra, J., Goodlin-Jones, B.L., Lotspeich, L.J., Kwon, H., Buonocore, M.H., Lammers, C.R., Reiss, A.L., Amaral, D.G. (2004). The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism; the hippocampus is enlarged at all ages. *J Neurosci*. Jul 14; 24(28):6392-401
- Síndrome de Asperger (2016). Disponible en el (2016), de https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_asperger.htm#treatments

Síndrome de Asperger (2017). Disponible en el (2017), de https://www.psicoadactiva.com/blog/sindrome-deasperger/#Diagnostico_del_Sindrome_de_Aasperger

S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general (2007). Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS.htm

Stahl, S.M. (2002). Psicofarmacología esencial. (1ª. ed.) Madrid: Ariel

Szatmari, P., Brenner, R., & Nagy, 1. (1989). Asperger's Syndrome: A review of clinical features. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 554-560.

Szatmari, P., Tuff. L., Finlayson. A. J, & Bartolueei. G, (1990). Asperger's syndrome and autism: Ncurocognitive aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Fsychiatr*v, 29, 130-136.

Valsecia-Malgor (2010). Farmacocinética y farmacodinamia en pediatría. *Farmacología pediátrica*. Pp. 77-87

Villa, M.A. (s.f.) Definición y Breve Historia de la Neuropsicología. Recuperado de http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/definicion_e_historia_de_la_neuropsicologia.pdf

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome; a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115–130

Wing, L. (1996). Comparison of clinical symptoms in autism

Wing, L. (1998). The History of Asperger Syndrome. *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?*, edited by Schopler *et al.* Plenum Press, New York, pp. 11-28

Wing, L. & Potter, D (1999). Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista. Disponible en <http://espectroautista.info/prevalencia.html>

Wink L, Erickson C y McDougle C (2010). Pharmacologic Treatment of Behavioral Symptoms Associated With Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Current Treatment Options in Neurology* p.p. 12:529–538. DOI 10.1007/s11940-010-0091-8

Woods, A.G., Mahdavi, E. & Ryan, J. (2013). Treating clients with Asperger's syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(32).doi:10.1186/1753-2000-7-32

Yu, K., Cheung, C., Chua, S., & McAlonan, G. (2011). Can Asperger syndrome be distinguished from autism? An anatomic likelihood meta-analysis of MRI studies. *J Psychiatry Neurosci*, 36

Zuñiga, M. (2009). El síndrome de Asperger y su clasificación. *Revista Educación* 33(1), 183-186. ISSN: 0379-7082

ANEXOS

Anexo 1

“Cuestionario para padres”

Lea cuidadosamente cada pregunta indicando si su hijo asiste o ha asistido a uno o más tipos de tratamientos o especialistas actualmente y en los últimos 3 años.

1. ¿Actualmente asisten con algún especialista?
2. ¿Su hijo se encuentra en algún tipo de tratamiento?
3. ¿Cómo considera que se siente con el avance que ha tenido su hijo con este tratamiento (s)?

Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho
----------------	------------	-----------------

4. Durante el proceso de su hijo, ¿qué tan satisfecho se siente con el avance que ha tenido? ¿Por qué?

Anexo 2

“Pásame la bola”

Número de participantes: de 10 a 20 personas

Duración: 15 minutos

Procedimiento: Todo el grupo se sienta en sillas formando un círculo. La persona que tenga el balón en las manos comienza presentándose (nombre, lugar de nacimiento-residencia y aficiones), al finalizar le pasará la pelota a otra persona que realizará la misma acción. La dinámica finaliza cuando se haya presentado la última persona del grupo.

Anexo 3

“Cuestionario sobre SA”

Lea cuidadosamente cada pregunta y responda

1. Explique con sus palabras qué es el síndrome de Asperger
2. Escriba 5 signos y síntomas que presentan las personas con Síndrome de Asperger
3. Si conoce la prevalencia e incidencia del SA escríbalas.

Anexo 4

“Clasificación de signos y síntomas”

Lista de signos y síntomas

- Lenguaje precoz o pedante
- IQ bajo
- Alucinaciones visuales
- Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas
- Estereotipias
- Tics nerviosos
- Depresión
- Dificultades en la coordinación motriz
- Fijación por un tema en particular
- Alucinaciones auditivas

Clasificación de signos y síntomas	
Síndrome de Asperger	Otros

Anexo 5

“Globos locos”

Número de participantes: de 10 a 20 personas

Duración: 15 minutos

Procedimiento: se le reparte a cada participante un globo y un plumón permanente. Seguidamente lo inflan, lo atan y le dibujan una cara graciosa (guiñando un ojo, sacando la lengua, haciendo muecas, etc.). Más tarde se colocan en círculo y van mostrando por orden la cara de su globo; todas las personas deberán imitar la cara que se muestra. La actividad finaliza cuando cada persona haya mostrado su globo.

Anexo 6

“Tratamiento Farmacológico”

Ventajas	Desventajas

Anexo 7

“Actividad de relajación”

Número de participantes: de 10 a 20 personas

Duración: 15 minutos

Procedimiento: se le pide a los participantes que se sienten derechos, con los pies firmes en el piso y los ojos cerrados. Se les va guiando con ayuda de la música para que se imaginen en un lugar natural lejos de la ciudad y para que vayan sintiendo y relajando cada músculo de su cuerpo hasta conseguir un estado de relajación general.

Anexo 8

“El círculo de las virtudes”

Número de participantes: 2 personas

Duración: 15 minutos

Procedimiento: En este caso se realizará por parejas. Es necesario que la pareja se conozca. Estando todo el mundo sentado en parejas se les reparte una tarjeta a cada persona y en él escribirán su nombre. Se les dice que deben pensar en las cualidades y capacidades que creen que poseen su pareja. Una vez escritos las cualidades, le pasa su tarjeta a la persona que tiene en frente. Al final se agradecen el uno al otro por mantenerse unidos y se dan un voto de apoyo incondicional.

Anexo 9

Número de participantes: ilimitado

Duración: 10 minutos

Procedimiento: Se dará una lista de situaciones en las que los padres actúan de manera positiva o negativa dentro de la promoción del avance y la autonomía del niño. Y ellos contestarán si es la forma correcta que permitirá o bloqueará el desarrollo del niño. Para contestar utilizarán los tarjetones del sí y el no.

Anexo 10

“Clausura”

Número de participantes: ilimitado

Duración: 15 minutos

Procedimiento: El Facilitador les dice a los participantes que la clausura será breve y sin hablar. (Si la actividad se hace en el exterior, es deseable pedirle a los participantes que no se vayan lejos y así que puedan escuchar las directrices del Facilitador). Luego les pide que lo sigan en silencio hasta el exterior y que no hablen durante todo el ejercicio. II. Cuando los participantes llegan al área designada, el Facilitador les pide que se esparzan en un círculo grande mirando hacia afuera de modo que no vean a nadie. III. El Facilitador les pide que volteen lentamente y miren hacia adentro. Les pide que experimenten el sentimiento de ser ellos mismos. Se les debe dejar cuando menos dos o tres minutos. IV. Cuando se han reunido todos, les pide que tomen tiempo para que experimenten el sentimiento de ser un grupo. De nuevo de los dos o tres minutos. V. Luego les pide que formen un círculo estando hombro con hombro, con los brazos entrelazados. Les pide que se vean todos entre sí. VI. Luego les pide que dejen caer los brazos a los costados y se muevan tres pasos hacia atrás. El Facilitador les anuncia que ésta será la última vez de vera a los demás participantes. VII. Finalmente, el Facilitador pide a los participantes que volteen hacia afuera y que caminen al lugar donde estuvieron antes. Después de un minuto aproximadamente les anuncia que el ejercicio y el taller o curso ha terminado. VIII. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida