



**UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO**

“EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO”

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

**“PROPUESTA DE UN TALLER DIRIGIDO A MÉDICOS  
FAMILIARES Y PEDIATRAS, SOBRE LA IMPORTANCIA DE  
LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL SÍNDROME DE ASPERGER  
EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD Y  
PUERTO DE ACAPULCO, GUERRERO”.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA  
**ERIKA GUADALUPE CHAVELAS DURÁN**

DIRECTOR DE TESINA  
**MTRO. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA NARVÁEZ**



**ACAPULCO, GUERRERO, MARZO 2019.**



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.

## AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO, A.C. por abrirme sus puertas como colaboradora y alumna, en verdad es una gran Institución y con orgullo puedo presumirla como mi Alma Matter.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, por el interés y esfuerzo por que su alumnado logre tener el nivel óptimo para emprender la vida profesional.

A MIS MAESTROS, por compartir sus conocimientos y depositar en mí el amor a la carrera de Psicología, gracias en especial por su instrucción a la Mtra. Luz María González Salazar, Dr. José Ramón Comas Villas, Lic. Adriana Gómez Díaz, Lic. Julieta Álvarez, Lic. Carlos Betancourt.

Mtro. Miguel Ángel García Narváez, muy contenta de que hayas sido parte importante del cierre de este ciclo, gracias por tu guía y orientación.

Mtra. Rocío Legorreta, por haber mostrado interés para guiarme en este camino, gracias por tu orientación y tiempo otorgado.

Agradezco a las instituciones que a través de sus representantes, tras la búsqueda de mi objetivo para este trabajo, me abrieron las puertas para conocer más la problemática:

Lic. Eloina Martínez Figueroa. Directora del Centro de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE).

Lic. Rossana Falconi Oliva. Responsable del Centro de Desarrollo Integral para el Cerebro Humano (CEDICH) del DIF Acapulco.

Psic. Bella Utrilla, Centro de Atención Múltiple (CAM) num. 61 en Acapulco, Gro. Detección, evaluación y terapia en niños con Trastorno del Espectro Autista.

## DEDICATORIA

La esperanza que se demora es  
tormento del corazón;  
Pero árbol de vida es el deseo  
cumplido.  
Prov. 13:12

A DIOS, porque sus tiempos son perfectos. Gracias mi Señor por abrirme el camino y regalarme de tu Luz para poder cerrar este ciclo.

A mi padre quien me enseñó que no existen obstáculos para quien mantiene en su corazón el deseo de aprender y crecer.

A ti madre hermosa, sé cuánto disfrutarías esto, esto es totalmente para ti...y aquí estás mami, lo sé.

A mi compañero de vida y retador constante, gracias por hacer brincar mi orgullo y orillarme a demostrarte que te equivocas (intencionalmente). Te Amo Iván, lo sabes.

A mi Gran Liam, hijo... tú fuiste mi inspiración en este proyecto, tus esfuerzos constantes y logros alcanzados en este mundo tan demandante y muchas veces irracional me hacen ver que no existen los obstáculos para alcanzar tus metas, adoro tu persistencia ¡TE AMO, gracias por existir y ser mi Gran Liam!

A mi pequeño Gran Isaac, tu alegría y asertividad fortalecen mi alma y me llena de orgullo ser tu mamá Lica, gracias por tus abrazos y besos, son gran alimento para mi alma ¡TE AMO! Dios llena de gozo todo mi ser por tenerlos en mi vida.

A mi hermano Enrique, por ser ejemplo de lucha y triunfo, veo en ti la Gracia de Dios ¡cuando sea grande quiero ser como tú!

A mi familia Sánchez Chavelas: Cecy, Luis, Diana Cecy e Isela. A mi hermano Abraham. Gracias por ser parte de mi vida. Los Amo.

Cómo no dedicar parte de este trabajo a mis compañeras y compañero de estudios de esta hermosa profesión, gracias Chicas y Chico por los momentos compartidos en los días de universidad. En especial a mi amigo y hermano JuanJo, en verdad aprecio mucho tu apoyo y palabras de ánimo amigo. Mi querida Vane, gracias por regalarme un poco de tu tiempo y dejarme compartir este logro contigo amiga, el sentimiento de alegría de recordar tiempos atrás con tus observaciones fue mutuo, en verdad los quiero mucho.

Y con mucho cariño también dedico este trabajo a mis amigos y compañeros de trabajo, a mi querida Coquis, Charlie, Chuy y Juan; a mi tan apreciada “lic” Irma Ocampo Escarramán y Esmeralda, son un gran equipo. Gracias por todo su apoyo y solidaridad. Los tengo en mi corazón.

## Índice

	<b>Página</b>
<b>Agradecimientos</b>	
<b>Dedicatoria</b>	
<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	3
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Desarrollo normal y atípico en la infancia y niñez temprana (de 0 a 5 años)</b>	
1.1 Desarrollo.....	7
1.1.1 Influencias del desarrollo .....	8
1.1.2 Características generales del desarrollo por etapas.....	9
1.2 Desarrollo normal y atípico.....	13
1.2.1 Hitos y/o indicadores del desarrollo en la infancia y niñez temprana (de 0 a 5 años) .....	15
1.2.2 Alteraciones en el neurodesarrollo, signos de desarrollo atípico.....	21
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Síndrome de Asperger</b>	
2.1 Sistemas de clasificación.....	25
2.1.1 Clasificación: Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos del Espectro Autista.....	25

	<b>Página</b>
2.2 Trastornos del neurodesarrollo.....	27
2.3 Síndrome de Asperger .....	29
2.3.1 Diferencia entre el Autismo clásico y el Síndrome de Asperger.....	33
2.4 Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger.....	36
2.4.1 Otros criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger.....	44
2.4.2 Características principales.....	50
2.5 Causas del Síndrome de Asperger .....	52
2.6 Prevalencia.....	54
2.7 Tratamiento.....	56

### **Capítulo 3**

#### **Salud mental y las dificultades de detección del Síndrome de Asperger**

3.1 Salud.....	58
3.1.1 Salud pública.....	60
3.1.2 Salud mental.....	63
3.1.3 Salud mental en México.....	64
3.1.4 El TEA-Síndrome de Asperger como problema de salud mental en México.....	67

	<b>Página</b>
3.2 Profesional de la salud quién debe detectar el Síndrome de Asperger.....	70
3.3 Dificultades de detección del Síndrome de Asperger.....	79
3.4 El proceso de la detección temprana .....	85
3.4.1 El proceso de diagnóstico del Síndrome de Asperger en la infancia y Niñez temprana .....	88
3.4.2 La importancia de detección y diagnóstico temprano.....	94

## **Capítulo 4**

### **Propuesta de intervención**

Taller Psicoeducativo “Síndrome de Asperger, detección temprana en el control del niño sano”.....	100
Objetivos generales.....	100
Objetivos específicos.....	100
Metodología.....	101
Contenido temático .....	101
Materiales.....	102
Desarrollo por sesión. Sesión 1.....	105
Carta descriptiva. Sesión 1.....	118
Desarrollo por sesión. Sesión 2.....	124
Carta descriptiva. Sesión 2.....	137

	<b>Página</b>
<b>Discusión y Conclusiones</b> .....	142
<b>Referencias</b> .....	148
<b>Anexos</b> .....	154

## Resumen

El Síndrome de Asperger, como parte de los Trastornos del Espectro Autista, es una discapacidad del desarrollo marcada por impedimentos en la socialización, comunicación, cognición y sensación, puede limitar de manera significativa la capacidad de una persona para sus actividades diarias y su participación con la sociedad, por lo que es actualmente un problema de salud mental latente. De acuerdo a las estadísticas el Síndrome de Asperger (SA) suele diagnosticarse en un rango de edad en la niñez de 9 a 11 años, en la adolescencia y edad adulta. La detección temprana de este Síndrome o bien de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), es un tema que recientemente tiene interés para los servicios asistenciales. Las asociaciones de salud recomiendan que los pediatras cuestionen a los padres sobre el desarrollo comunicativo y social del niño en cada visita rutinaria, así como que realicen el cribado específico de los TEA al menos en dos ocasiones antes del segundo año de vida del niño.

En México, se sabe aunque es un dato subjetivo, que no se cuenta con la orientación y conocimiento suficiente por parte de los médicos para llevar a cabo la detección temprana antes de que el niño ingrese a la escuela y Acapulco no es la excepción; ya que lamentablemente en los servicios de salud pública y privada no se atienden estos aspectos. Sumándose a esta problemática la falta de interés y concientización de los médicos para observar las esferas del desarrollo que se ven afectadas en el Síndrome de Asperger. Debido a esto, se propone un taller dirigido a médicos familiares y pediatras enfocado en la divulgación, capacitación e información de herramientas de primera mano para identificar los signos precoces del TEA-SA en edades de 0 a 5 años, con el fin

de buscar su implementación en el control del niño sano y/o en la atención periódica de seguimiento del desarrollo, para apoyar en la detección y diagnóstico temprano aportando con esto el sumarse al propósito de alcanzar la reducción del rango de edad de diagnóstico del SA.

Palabras Clave: Síndrome de Asperger, Trastornos del Espectro Autista, detección temprana, médico familiar o pediatra, taller.

## **Introducción**

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos, como es el caso del Síndrome de Asperger (SA) el cual es parte de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Igual que el autismo clásico, el Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno neurológico que afecta la capacidad de una persona de comunicarse y relacionarse con los demás, este síndrome es un trastorno que dura toda la vida. A diferencia del autismo clásico el SA generalmente es diagnosticado tardíamente o bien muchas veces no se diagnostica; por diversas causas siendo una de las principales la falta de orientación adecuada a los padres por parte del médico familiar o pediatra.

En el año 2007 las Academias Americanas de Pediatría y de Neurología Infantil, dentro de la Guía Práctica Clínica para identificación y diagnóstico recomiendan que los pediatras pregunten a los padres sobre el desarrollo comunicativo y social del niño en cada visita rutinaria, así como que realicen el cribado específico de los TEA al menos en dos ocasiones antes del segundo año de vida del niño, insistiendo en que estos profesionales de la salud son los únicos que tienen la oportunidad de tener contactos regulares con los niños desde el nacimiento hasta antes de que éstos entren en el sistema educativo.

En el sentido de lograr que la población conserve en buen estado la salud mental, además de la salud física, depende de gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública para prevenir, tratar y rehabilitar padecimientos físicos y psicológicos, así como problemas ambientales y sociales. Es por esto de que en este trabajo se expondrá la problemática entorno a la detección temprana del SA.

El Capítulo 1 se enfoca a describir el desarrollo normal y el desarrollo atípico en la infancia y niñez temprana, empezando por la definición del desarrollo humano, las influencias y características generales por etapas, mostrando la comparación de lo que es el desarrollo normal y desarrollo atípico, así mismo se dan a conocer lo que se refiere a hitos en las esferas del desarrollo integral (físico, cognitivo y psicosocial) del niño, relacionando los hitos e indicadores más importantes en la infancia (0-2 años) y niñez temprana (3-5 años) en los cuadros enumerados del 1 al 8 en el anexo 1 de este trabajo, también se aborda el aspecto de desarrollo atípico y alteraciones en el neurodesarrollo, definiendo la conceptualización y enlistando también en los cuadros 9 y 10 en el anexo 2 los signos de posible afectación en el neurodesarrollo en edades de 0 a 5 años, así como signos precoces del TEA-SA en la infancia y niñez temprana, enlistándose los mismos en los cuadros 11 y 12 en el anexo 3.

El Capítulo 2 se aborda el tema del Síndrome de Asperger (SA), iniciando con la descripción de cuáles son los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales que se utilizan para diagnóstico, se describe a manera de reseña cuáles han sido los criterios de clasificación del Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y los Trastornos del Espectro

Autista, se describe en qué consisten los trastornos del neurodesarrollo, se aborda la descripción del SA primeramente desde un aspecto histórico en cuanto a por qué y cuándo fue considerado como un término de clasificación médica y la descripción general del cuadro, se aborda el aspecto de la diferencia en signos y síntomas entre el autismo y el SA, se dan a conocer los criterios de diagnóstico de acuerdo a los sistemas de clasificación más utilizados publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1993 y la *American Psychiatric Association* (APA) 2003 así como el criterio para el diagnóstico de los TEA en la edición del año 2014 de la APA, al igual que otros criterios para el diagnóstico publicados por otros autores; se mencionan las características principales, las causas del SA, su prevalencia y tratamiento.

En el Capítulo 3 se aborda el tema de salud mental y las dificultades de la detección del SA, iniciando con la definición de los conceptos de salud, salud pública, salud mental, salud mental en México y el Síndrome de Asperger como problema de salud mental en México, se menciona en específico qué profesionales de la salud están capacitados para detectar el SA haciendo una descripción de las características de las diferentes disciplinas implicadas; se dan a conocer las dificultades de detección del SA, el proceso de la detección temprana, el proceso de diagnóstico del SA en la infancia y niñez temprana y por último se da a conocer la importancia de la detección y diagnóstico temprano.

El Capítulo 4 se da conocer la razón fundamentada por la cuál se plantea la propuesta de intervención detallándola con objetivos generales, objetivos específicos, a qué población va dirigida, el número de sesiones, el tiempo estimado de duración, el material que se requiere, así

mismo se desglosa el desarrollo de las actividades que se llevaran a cabo en cada sesión, con los objetivos en cada una de ellas.

El trabajo cuenta con un apartado de conclusiones, en dónde se exponen las ideas relevantes a las que se llegaron con la investigación, las limitaciones que se encontraron en el transcurso de la misma y se enlistan las sugerencias que se pueden agregar ante la problemática de la detección temprana del SA.

## Capítulo 1

### Desarrollo normal y atípico en la infancia y niñez temprana (de 0-5 años).

#### 1.1 Desarrollo.

El desarrollo se define como el proceso de cambio en que el niño/a aprende a dominar niveles siempre más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relaciones con los demás. Así, el desarrollo es conceptualizado de forma multidimensional y las diferentes dimensiones o elementos están interrelacionados por lo que deben ser considerados en su conjunto, es decir en una forma integral (Myers, Martínez, Delgado, Fernández, & Martínez, 2013).

Por su parte Papalia, Wendkos, & Duskin (2010) afirman que el desarrollo humano es el conjunto de cambios por lo que atraviesan todos los seres humanos desde el momento de la concepción hasta su muerte a lo cual se le denomina desarrollo del ciclo vital. Este proceso afecta todos los ámbitos de la vida, pero los tres principales son el físico, el cognoscitivo y el psicosocial.

El aspecto físico incluye el crecimiento del cuerpo y del cerebro, el desarrollo de las capacidades sensoriales y de las habilidades motrices y en general la salud del cuerpo. El aspecto cognoscitivo incluye la mayoría de los procesos psicológicos básicos y superiores (aprendizaje,

memoria, atención, lenguaje, razonamiento, pensamiento y creatividad). El ámbito psicosocial por su parte agrupa las emociones, la personalidad y las relaciones sociales (Díaz & Latorre, 2015).

### 1.1.1 Influencias del desarrollo.

Tomando a Santrock (2006) como referencia, mucho antes de que el ser humano tenga una conciencia desarrollada, desde el momento del nacimiento y aún en la época prenatal, el sujeto manifiesta una actividad comportamental mediante la cual contribuye esencialmente al mantenimiento y desarrollo de su vida antes de llegar a la fase de la adultez. Para (Papalia & cols., 2010) el desarrollo sigue una serie de etapas presentes en todos los seres humanos. Sin embargo, su curso se ve fuertemente afectado por las diferencias individuales de cada persona. Estas diferencias se pueden clasificar en dos categorías: la herencia y el ambiente.

La herencia es el conjunto de características y rasgos innatos heredados de los progenitores. Estos rasgos definen aspectos como el sexo y el tiempo de maduración del individuo y tienen un nivel de influencia variable en el desarrollo de todos los otros factores. El ambiente corresponde al contexto en el que se desarrollan los individuos. Este incluye elementos como la familia, el vecindario, la posición socioeconómica, la raza, la cultura, el grupo étnico y el contexto histórico entre otros.

Las influencias en el desarrollo pueden ser normativas o no normativas. Las influencias normativas son las influencias biológicas y los sucesos del entorno que afectan a una gran cantidad de individuos de una sociedad. En particular las influencias normativas de la historia son hechos significativos que afectan un grupo de personas nacido aproximadamente en la misma época. Las influencias no normativas son eventos inusuales que tienen un impacto significativo en la vida de un individuo por que afectan el desarrollo esperado del ciclo vital. Pueden ser eventos típicos que ocurren en momentos inusuales (como la muerte de un padre durante la niñez) o eventos atípicos (Papalia & cols., 2010).

#### **1.1.2. Características generales del desarrollo por etapas.**

De acuerdo a Santrock (2006) el ciclo vital humano suele dividirse en tres grandes periodos del desarrollo: infantil, adolescente y adulto. El primero y el último se subdividen en subetapas, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

*División de los períodos del desarrollo humano.*

<b>Periodo del desarrollo</b>	<b>Edad</b>
<b>Desarrollo Infantil</b>	
Periodo prenatal	De la concepción al nacimiento
Infancia	2 primeros años
Niñez temprana	De los 3 a los 5 años
Niñez intermedia	De los 6 a los 11 años
Desarrollo adolescente	De los 12 a los 19 años
<b>Desarrollo adulto</b>	
Juventud	De los 20 a los 30 años
Edad madura	De los 40 a los 50
Vejez	De los 60 en adelante

Fuente: Santrock, (2006, p.21)

Es bueno tener bien en claro que todas las clasificaciones por edades son parcialmente subjetivas y que todas las edades para el comienzo o final de su periodo son solo aproximadas, es decir, que la vida individual de las personas no está demarcada en forma precisa.

Las características generales del desarrollo por etapas son las siguientes:

Periodo prenatal (de la concepción al nacimiento): En esta etapa es el tiempo en que el organismo humano crece de una célula fertilizada a miles de millones de células. En este periodo

se forman los órganos y la estructura corporal básica; y tanto la herencia como el ambiente influyen en el desarrollo. Durante los primeros meses el organismo es más vulnerable a las influencias ambientales negativas que en cualquier otro periodo de crecimiento. En el sentido psicosocial, el niño al nacer pasa desde el medio intrauterino a otro, sigue dependiendo directamente de la madre para sobrevivir biológicamente.

Infancia (los dos primeros años): Es un periodo de cambios increíbles en el que se desarrollan la capacidad y la coordinación motora del niño, así como sus capacidades sensoriales y de lenguaje. En esta etapa el niño se apega a los miembros de familia y a otras personas que lo atienden, aprende a confiar o a desconfiar y a expresar o a reprimir amor y afecto. Aprende a expresar sentimientos y emociones básicas y desarrollo cierta independencia y sentido de sí mismo. Ya en esta etapa los niños manifiestan considerables diferencias de personalidad y temperamento (Sarafino, 2008).

Niñez temprana (de los 3 años a los 5 años): Durante los años preescolares de la niñez temprana (de los 3 a los 5 años de edad), los niños continúan su rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico. Ahora pueden cuidarse mejor, empiezan a desarrollar un auto concepto así como identidad, adquieren roles de género y se muestran interesados en jugar con otros niños. La calidad de la relación padre-hijo es importante en el proceso de socialización que tiene lugar en este periodo.

Niñez intermedia (de los 6 a los 11 años): En esta etapa los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, la escritura y la aritmética; para comprender su mundo y para pensar de manera lógica. El logro académico adquiere una importancia vital, lo mismo que un ajuste exitoso con los padres. Tanto el desarrollo psicosocial como el moral proceden a una tasa rápida. La calidad de las relaciones familiares sigue ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social.

Adolescencia (de los 12 a los 19 años): Es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, y ocurre la preparación para incorporarse al mundo de los adultos. Una tarea psicosocial importante de esta etapa es la formación de una identidad positiva. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía con sus pares (Santrock, 2006).

Juventud (de los 20 a los 30): Durante los años de juventud o vida adulta temprana, deben resolverse retos importantes como alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr el éxito vocacional. Los jóvenes adultos enfrentan otras decisiones como el matrimonio, la elección de pareja y la posibilidad de convertirse en padres. Muchas de las decisiones tomadas en esta etapa establecen el escenario para la vida posterior (Papalia & cols., 2010).

Edad madura (de los 40 a los 50): En esta etapa muchas personas empiezan a sentir que el tiempo se le escapa a un tiempo de mayor libertad porque ahora están libres de atender sus propios

intereses. Es un periodo en que muchas personas alcanzan una máxima responsabilidad personal y social, así como éxito profesional. Sin embargo, es necesario ajustarse a los cambios corporales y a las situaciones emocionales, sociales y laborales.

Vejez (de los 60 en adelante): De acuerdo a (Papalia & cols., 2010) la vejez es un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones. Se debe prestar mayor atención al cuidado de la salud para mantener el vigor físico y el bienestar. La persistencia de las capacidades verbales permite que algunos individuos continúen desarrollando su conocimiento y habilidades cognoscitivas. Las relaciones familiares adquieren un nuevo significado. Mantener y establecer amistades significativas con los pares es especialmente importante para el bienestar. En esta etapa suele presentarse un alto grado de felicidad y satisfacción con la vida y poco temor a la muerte.

## **1.2 Desarrollo normal y atípico.**

El desarrollo corresponde a un aumento de complejidad; es una progresión ordenada y continua en la cual el niño adquiere conocimientos, comportamientos y habilidades en un grado de mayor refinamiento.

De acuerdo a (Torres, 2016) la definición del desarrollo normal o típico, implica que un niño está creciendo, cambiando y adquiriendo una gran cantidad de habilidades características de

la mayoría de los niños en edad similar dentro de la misma cultura. Por lo que el crecimiento y desarrollo típico comprende la adquisición de ciertas habilidades y comportamientos según una secuencia y una velocidad predecibles.

El término desarrollo atípico o anormal, describe a niños con diferencias, desviaciones o demoras marcadas en su desarrollo, es decir, niños cuyo desarrollo parece estar incompleto o no coincidir con los patrones y secuencias típicas.

El término normalidad se relaciona con salud, cuando el desarrollo y el comportamiento están dentro de los límites normales, cuando no se observa alguna psicopatología, es decir ausencia de signos y síntomas; por lo tanto hay un estado funcional razonable, con bienestar subjetivo, cuando el propio individuo hace una valoración positiva sobre su estado de salud, con adaptación, la cual se entiende como la acción recíproca entre el individuo y el medio en el que vive éste, entre otros. Por su parte la anormalidad corresponde a aspectos tales como, sufrimiento, desadaptación, así como la incapacidad de responder eficazmente a una situación nueva o a un conflicto, el individuo desadaptado es incapaz de enfrentarse a las tensiones de la vida en sociedad y a sus exigencias psíquicas y físicas, en cuanto a que los comportamientos sin significado racional tienden a considerarse anormales, con pérdida de control, ya que suele esperarse que las personas se controlen a sí mismas y que su comportamiento sea predecible, por lo que muchas veces el comportamiento anormal llega a ocasionar incomodidad para el observador e incluso llega a violar, en muchos casos, las normas morales (Orozco, 2014).

### 1.2.1 Hitos y/o indicadores del desarrollo en la infancia y niñez temprana (de 0 a 5 años).

La palabra hito proviene del latín *fictus*, el término hito tiene distintos usos. Solía usarse como sinónimo de fijo, constante o inalterable, y también para hacer referencia a aquello inmediato, aunque estos significados cayeron en desuso. Un hito es, por otra parte, una acción, un acontecimiento o un sujeto que resulta esencial en un cierto contexto. (National Institute of Health (NIH), 2017)

Para comprender la importancia de los hitos claves del desarrollo en las tres esferas de dominio, las cuales son: desarrollo físico, cognitivo y psicosocial, es necesario explicar qué es lo que implica cada una de éstas. Por lo que de acuerdo a (Maganto & Cruz, s.f.) se entiende que el crecimiento del cuerpo y cerebro, el desarrollo de las capacidades sensoriales y las habilidades motoras, así como la salud forman parte del desarrollo físico. El crecimiento es continuo a lo largo de la infancia y adolescencia, pero no se realiza uniformemente. El ritmo de crecimiento es rápido en el primer año de vida, a partir del segundo año muestra un patrón más lineal y estable, enlenteciéndose gradualmente hasta la pubertad.

En lo que respecta al desarrollo motor en los niños, éste depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son muy importantes en el desarrollo debido a que las sucesivas habilidades motoras que se van a ir adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno.

En el desarrollo motor pueden establecerse dos grandes categorías: motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural), y motricidad fina (prensión). El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar. Las habilidades motoras finas implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, asir, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, virar, abrir, torcer, garabatear. Por lo que las habilidades motoras finas incluyen un mayor grado de coordinación de músculos pequeños y entre ojo y mano. Al ir desarrollando el control de los músculos pequeños, los niños ganan en competencia e independencia porque pueden hacer muchas cosas por sí mismos (Maganto & Cruz, s.f.).

Estos logros de los niños tienen una influencia importante en las relaciones sociales, ya que las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente y buscan a los padres para intercambiar saludos, abrazos y entretenimiento.

El desarrollo cognitivo está compuesto por el cambio y la estabilidad en las capacidades mentales, como el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento moral y creatividad. Los avances cognitivos se relacionan con el crecimiento físico, social y emocional. La capacidad para hablar depende del desarrollo físico de la boca y el cerebro. Un niño que tiene dificultad para expresarse en palabras puede producir reacciones negativas en los demás, lo cual afecta su popularidad y sentido de autoestima.

De acuerdo a la teoría cognitiva de Jean Piaget, se plantea que hay problemas que los niños son incapaces de resolver en ciertas etapas de su desarrollo; por lo tanto la resolución de problemas depende de ciertas estructuras cognitivas. A medida que el niño se desarrolla, la mente pasa por fases reorganizativas y luego asciende a un nivel superior de funcionamiento psicológico. Piaget, manifiesta que el niño es constructivista y que construye la realidad a partir de las relaciones entre acciones y objetos. Por lo que el niño construye esquemas que son modelos de acción implicados en la adquisición y estructuración del conocimiento (Bruno, 1995).

El desarrollo psicosocial está integrado por el cambio y estabilidad en personalidad, emociones y relaciones sociales y éste puede afectar el funcionamiento cognitivo y físico. El apoyo social puede ayudar a los niños a hacer frente a los efectos del estrés en la salud física y mental. Por otro lado, las capacidades físicas y cognitivas afectan el desarrollo psicosocial al contribuir a la autoestima y la aceptación social. De acuerdo a Craig & Baucum (2001) el desarrollo social es el proceso de socialización, mediante el cual se aceptan las normas y reglas, es el aprendizaje de los modos de conductos aceptados y aprobados por el medio sociocultural, por lo que el desarrollo afectivo y social supone un proceso de socialización en donde se incluyen vínculos afectivos, la adquisición de valores, normas y conocimientos sociales, el aprendizaje de costumbres, roles y conductas de la sociedad de una determinada cultura y la construcción de una identidad personal.

En el desarrollo de la personalidad de un ser humano es de suma importancia las vivencias de las emociones y de los afectos desde temprana edad, estos aspectos se encuentran en estrecha

relación con el proceso de socialización del niño. La afectividad está relacionada con las emociones que ocurren tanto en la mente como en el cuerpo, y que se expresa a través del comportamiento.

Las teorías del desarrollo humano que hablan del desarrollo social del niño, las más importantes son la teoría psicosexual de Sigmund Freud y la teoría psicosocial de Erick Erickson. Por un lado Freud destacó la importancia de los años de la infancia en la formación del aparato psíquico y de la personalidad; enfatizó la significación de la sexualidad en la vida del hombre, así como la existencia de una sexualidad infantil, planteó las etapas del desarrollo psicosexual, tomando en cuenta el desarrollo psicológico del individuo y las soluciones a conflictos que caracterizan cada momento de su vida (Craig & Baucum, 2001).

Por su parte Erickson describe el desarrollo emocional del individuo partiendo de la teoría psicoanalítica de Freud. Erickson dio mucha importancia a los factores sociales y culturales como determinantes del desarrollo de la personalidad, misma que es concebida como resultado de un proceso dinámico y continuo, resaltando lo que respecta al rol de la interacción entre la persona y su contexto socio-cultural (Craig & Baucum, 2001).

En sí a manera de síntesis, se considera que en el desarrollo integral del niño deben de observarse aspectos claves, llamados hitos, para la valoración del desarrollo madurativo del niño por lo que deben tomarse en cuenta los comportamientos o destrezas físicas observadas en lactantes

y niños a medida que crecen y se desarrollan, los cuales son diferentes de acuerdo al rango de edad (NIH<sup>1</sup>, 2017).

Debido a la gran importancia que tiene el observar el desarrollo del niño, es que en el apartado de anexos se encuentran cuadros que enlistan las habilidades alcanzadas en la mayoría de los niños y por edades específicas, estas habilidades son importantes observarlas ya que dan un parámetro de cómo debe desarrollarse física, cognitiva y psicosocialmente el niño, es importante mencionarlas debido a que puede considerarse que en la mayoría de los casos los padres o cuidadores desconocen por completo cómo y a qué edad deben presentarse, así como la edad en que el niño debe lograr hacerlas como por ejemplo: la edad en que sostiene la cabeza firmemente, la edad en que se gira desde la espalda a un lado, a qué edad se sienta, gatea, camina solo, se interesa por las caras, sonríe, balbucea, hace sonidos, reconoce caras, responde ante demostraciones de afecto, etc. Por lo que en los cuadros enumerados del 1 al 8 correspondientes al anexo 1 se detallan los hitos e indicadores del desarrollo que son importantes observar durante los dos primeros años de vida del niño y durante la infancia temprana (de los 3 a los 5 años), describiendo lo siguiente:

**Cuadro 1.- Hitos del Desarrollo Físico (motor fino y grueso) de la infancia (dos primeros años).** En este cuadro se relacionan las habilidades de motor fino y grueso, la edad en que la mayoría de los niños alcanza la habilidad considerando el rango de edades de 3 semanas a

---

<sup>1</sup> National Institute of Health.

30 meses, así como la medida de la edad de logro según la habilidad considerándose desde 6 semanas a 23 meses y 2 semanas de edad.

**Cuadro 2.- Hitos del Desarrollo Físico (motor fino y grueso) en la niñez temprana (de 3 a 5 años).** En este cuadro se relacionan las habilidades físicas de motor fino y grueso que se presentan dentro de las edades de 3 a 5 años.

**Cuadro 3.- Indicadores del Desarrollo Cognitivo de la infancia (dos primeros años) - aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas.** Este cuadro detalla las habilidades cognitivas que involucran aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas en el niño de edades desde los 2 meses hasta los 2 años de edad.

**Cuadro 4.- Indicadores del Desarrollo Cognitivo de la niñez temprana (3 a 5 años) - aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas.** En este cuadro son relacionados los logros de las habilidades cognitivas que involucran aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas en edades de 3 a 5 años.

**Cuadro 5.- Hitos del Desarrollo Cognitivo (lenguaje y comunicación) en la infancia (dos primeros años).** Son enlistados hitos del desarrollo cognitivo que involucran el lenguaje y comunicación desde los 2 meses hasta los 2 años de edad del niño.

**Cuadro 6.- Hitos e Indicadores del Desarrollo Cognitivo (lenguaje y comunicación) en la niñez temprana (3 a 5 años).** En este cuadro se enlistan indicadores cognitivos que involucran logros en la habilidad del lenguaje y comunicación en las edades de 3 a 5 años de edad.

**Cuadro 7.- Hitos y/o indicadores del Desarrollo Psicosocial de infancia (dos primeros años).** Son enlistadas las habilidades sociales, de expresión y comprensión emocional que logran alcanzarse dentro del rango de edad de 0 a 24 meses.

**Cuadro 8.- Hitos y/o indicadores del Desarrollo Psicosocial en la niñez temprana (3 a 5 años).** Se relacionan los logros en la habilidad social, de expresión y comprensión emocional dentro del rango de 3 a 5 años de edad.

### **1.2.2 Alteraciones en el Neurodesarrollo, signos de desarrollo atípico.**

Se entiende por neurodesarrollo a los mecanismos a través de los cuales se organiza el sistema nervioso como un sistema de relación, en dónde el sistema nervioso genera diferentes variables como son la atención, intencionalidad, emoción, pensamiento, memoria, lenguaje, socialización y control motor para responder a las demandas del medio ambiente y su interacción con éste.

Tamayo (2009) señala que el propósito del Neurodesarrollo en la práctica clínica es reconocer, anticipar y/o identificar los posibles riesgos y/o alteraciones del Sistema Nervioso y subsistemas involucrados que puedan ejercer un impacto negativo en el desarrollo integral del niño, permitiendo tomar decisiones oportunas e intervenir.

Los signos del desarrollo atípico están ligados a las alteraciones del neurodesarrollo como son los Trastornos del Espectro Autista (TEA), entre otros; es importante hacer hincapié de la necesidad de identificar en la infancia y niñez temprana indicadores en el desarrollo que puedan apoyar al clínico a dar seguimiento a la observación y evaluación temprana para llegar al diagnóstico oportuno.

Algunos datos en la infancia que pueden dar pie a la sospecha de un desarrollo atípico como pueden ser: no seguir con la vista a las cosas que se mueven, no sonreír a las personas, no demostrar afecto por quienes le cuidan, no responder cuando le llaman por su nombre, así como no gatear antes del año, no caminar a los 18 meses de edad, así como llegar a los dos años y no imitar acciones o palabras, no usar oraciones para hablar a la edad de tres años, presentar torpeza motriz, carecer de juego simbólico, y no mostrar interés en los juegos interactivos o de imaginación y no mirar a los ojos a las personas son algunos ejemplos de datos que pueden indicar sospecha a un desarrollo anormal.

Los padres o bien los cuidadores primarios del niño son quienes están a cargo de la observación del crecimiento y desenvolvimiento diario de éste, cada cambio, cada avance, cada logro o bien por el contrario cada retroceso, ellos son quienes se percatan de primera mano de ello. Sin embargo, en muchos casos los aspectos que pueden indicar que se está presentando una anomalía en el desarrollo integral en la mayoría de los casos no son observados o tomados en cuenta. Por tal motivo, se desglosan en el anexo 2 los cuadros con numeración 9 y 10, que enlistan algunos de los signos en el desarrollo que dan la pauta para sospechar que puede existir alguna anomalía relacionada con los Trastornos del Espectro Autista como es el Síndrome de Asperger, los cuales son importantes observar y medir en la infancia y niñez temprana.

**Cuadro 9.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la infancia (dos primeros años).** En este cuadro se relacionan los signos que son considerados como aspectos a considerar para la posible existencia de afectación en el neurodesarrollo en las edades de 2 meses a 2 años.

**Cuadro 10.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la niñez temprana (3 a 5 años).** En este cuadro son enlistados los signos que son considerados como aspectos a considerar para la posible existencia de afectación en el neurodesarrollo dentro del rango de edad de 3 a 5 años.

## **Signos Precoces para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-Síndrome de Asperger.**

En el anexo 3 los cuadros con numeración 11 y 12 se relacionan algunos signos precoces que pueden indicar sospechas del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, focalizando principalmente a las características que se observan comúnmente en el periodo de 1 a 5 años en los casos con Síndrome de Asperger.

**Cuadro 11.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la infancia (dos primeros años).** En este cuadro se relacionan signos importantes básicamente del desarrollo cognoscitivo (lenguaje y comunicación) y desarrollo psicosocial que pueden dar la pauta para sospechar de la presencia del Trastorno del Espectro Autista-Síndrome de Asperger, en un rango de edad que va de los 12 a los 24 meses de edad.

**Cuadro 12.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años).** En este cuadro se enlistan signos importantes en lo que corresponde a las habilidades sociales y de control emocional, así como habilidades de comunicación, comprensión y signos de conductas e intereses específicos que puedan dar la pauta para sospechas de la presencia del Trastorno del Espectro Autista-Síndrome de Asperger, en un rango de edad que va de los 3 a los 5 años.

## Capítulo 2

### Síndrome de Asperger

#### 2.1. Sistemas de Clasificación.

Los especialistas en salud mental se basan principal de los Manuales de Diagnóstico de Enfermedades Mentales para emitir un diagnóstico clínico. Estos manuales se les conoce como Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE), el cual ha sido escrito en Europa por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, el cual es conocido de acuerdo a sus siglas en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, como DSM, de la *American Psychiatric Association* (APA).

#### 2.1.1 Clasificación: Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos del Espectro Autista.

El autismo aparece clasificado por primera vez en el DSM-II, APA 1968, como una reacción psicótica de la infancia. En el DSM-III, APA, 1980; recibe el nombre de autismo infantil, agrupado bajo la nueva categoría denominada problemas generalizados del desarrollo (TGD). En el DSM-III-R, APA, 1987, cambió el nombre de autismo infantil a trastorno autista, por lo que los

criterios de diagnóstico se ampliaron y las formas no autistas se agruparon en la categoría denominada Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados (TGD-NE). En el DSM-IV, APA, 1994, el autismo permaneció clasificado como un TGD con criterios claros y menos restrictivos (Albores-Gallo, Hernández, Díaz, & Cortés, 2005).

En la publicación de 1992 del CIE-10 en los Trastornos Generalizados del Desarrollo se agruparon las siguientes categorías: Autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, otro trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno hiperquinético con retraso mental y movimientos estereotipados, síndrome de Asperger, otros trastornos generalizados del desarrollo y trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (Angeles, 2014).

Posteriormente en el año 1994 en el DSM en la cuarta edición, fueron agrupados dentro de la clasificación igualmente llamada Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), considerándose en ellos el trastorno Autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado de desarrollo no especificado. Estos trastornos en ambos sistemas de clasificación, se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, específicamente en alteraciones de las habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades restrictivas así como un repertorio de movimientos estereotipados, repetitivos; el grado de estas anomalías, que son características generalizadas, puede variar (Angeles, 2014).

Los criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger (SA) eran idénticos a los del autismo, excepto por la omisión de los criterios de edad mínima, así como el retardo del lenguaje y la cognición. De acuerdo a las reglas jerárquicas del DSM IV establecen que el trastorno de Asperger no debe diagnosticarse si se cumplen los criterios para el trastorno autista (Albores-Gallo & cols., 2005).

En la publicación que la APA hiciera el 18 de mayo del año 2013, la reciente versión del Manual, DSM 5, el Trastorno de Asperger junto con los otros trastornos que formaban parte de los TGD<sup>2</sup> fue eliminado como una categoría diagnóstica independiente y ahora de acuerdo a este Manual está unido en lo que se clasifican como Trastornos del Espectro Autista (TEA), esta categoría incluye Trastorno de Asperger (nivel 1), Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (Nivel 2) y el Trastorno Autista (nivel 3), Nivel 1, 2 y 3, para especificar la severidad del Trastorno en la persona evaluada yendo de menor a mayor intensidad y/o afectación (Angeles, 2016).

## 2.2 **Trastornos del neurodesarrollo.**

El neurodesarrollo es un proceso dinámico modulado por la interacción multimodal de los genes y factores ambientales, de donde se derivan cambios constantes, a corto y largo plazo, que afectan a la expresividad de los genes, a las interacciones celulares, a la formación de circuitos y

---

<sup>2</sup> Trastornos Generalizados del Desarrollo.

estructuras neurales y al modo como se implementan dichas influencias a lo largo de la vida. El neurodesarrollo es maleable, constantemente sometido a influencias internas que son los genes, hormonas, neurotransmisores, etc. y a externas que son las conductas, experiencias, factores ambientales, etc., los cuales actúan permanentemente (Alcantud, 2013).

Por ello, los trastornos mentales, que se expresan mediante conductas y experiencias subjetivas enmarcadas en el proceso dinámico de la interacción genético-ambiental, están vinculados al neurodesarrollo.

El concepto de Trastornos del Neurodesarrollo (TND) nació en el campo de la patología mental, a partir de la clasificación del Manual de Diagnóstico de la OMS, CIE 10 del año 1993, en dónde el segundo eje singulariza un grupo de trastornos bajo la denominación de trastornos específicos del desarrollo psicológico; las características comunes que conforman este grupo son:

1. Inicio en la infancia.
2. Alteración o retraso de funciones fuertemente vinculadas a la maduración biológica del sistema nervioso central.
3. Un curso estable sin remisiones o recaídas, al igual que suele ocurrir en muchos trastornos mentales.

De acuerdo a Alcantud (2013), la denominación de TND<sup>3</sup> y las implicaciones conceptuales que los conforman, han quedado consolidadas a partir de la quinta edición publicada en el año 2013 del DSM-5, en dónde la categoría vigente en el DSM IV-TR del año 2003, denominada trastornos habitualmente diagnosticados en la infancia, niñez o adolescencia, pasaron a denominarse Trastornos del Neurodesarrollo y dentro de esta categoría se incluyen los siguientes diagnósticos:

- Trastornos del desarrollo intelectual.
- Trastornos de la comunicación.
- Trastornos del espectro autista.
- Trastornos de déficit de atención/hiperactividad y trastornos de conducta disruptiva.
- Trastornos motores.

### **2.3 Síndrome de Asperger.**

#### **Antecedentes históricos.**

Hans Asperger, médico austriaco en su publicación en el año 1944, después de trabajar un año antes con cuatro niños, detectó como característica común una marcada discapacidad que los llevaban a tener dificultades en la interacción social, pese a su aparente adecuación cognitiva y verbal. Asimismo, describió otros elementos de este patrón de comportamiento, como carencia de

---

<sup>3</sup> Trastornos del Neurodesarrollo.

empatía, poca capacidad para establecer amistades, conversaciones unilaterales y movimientos corporales torpes. Otra de las características que Asperger registró fue la gran capacidad de hablar sobre su tema favorito con gran detalle y profundidad (Angeles, 2016).

En 1943, Leo Kanner, psiquiatra norteamericano infantil, publicó un artículo en el que describía los rasgos que mostraban 11 de sus pacientes, todos ellos niños, y que coincidían entre sí, de manera sorprendente. Este artículo apareció publicado con el título Alteraciones autistas del contacto afectivo en una revista ya desaparecida *Nervous Child*. El doctor Kanner se refería a estos niños con esta descripción:

Desde 1938, nos ha llamado la atención varios niños cuyas características difieren de forma notable y única de todos lo que se conocían hasta ahora, y cada caso merece -y espero que recibirá con el tiempo- una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades. (Attwood, 2002, p. 5)

La clasificación médica del autismo ocurrió en el mismo año con los estudios de Kanner, quien introdujo la caracterización del autismo infantil. Al mismo tiempo que el Dr. Hans Asperger, utilizó coincidentemente el término de psicopatía autista en niños que exhibían características similares.

Las interpretaciones de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que tres de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó un comportamiento auto-estimulador, extraños movimientos en aquellos niños. Por su lado, Asperger notó, más bien, sus intereses intensos e

inusuales, su repetitividad de rutinas y su apego a ciertos objetos, lo cual era muy diferente al autismo de alto rendimiento, ya que en el experimento del Dr. Asperger todos hablaban, haciendo referencia que algunos de estos niños hablaban como pequeños profesores acerca de su área de interés, y propuso la teoría de que para tener éxito en las ciencias y en el arte uno debía tener cierto nivel de autismo (Attwood, 2002).

El término de Síndrome de Asperger (SA), fue utilizado por primera vez por Lorna Wing en 1981, quien publicó un artículo donde realizó un reporte de 30 casos, señalando la preocupación por algunos niños que teniendo las clásicas características autísticas cuando eran muy pequeños, posteriormente desarrollaban un lenguaje fluido y un deseo de socializar con otros. Por un lado, progresaban más allá de los diagnósticos del autismo clásico (de acuerdo con los criterios de los trabajos de Kanner); pero, por otro lado, tenían problemas significativos con habilidades sociales más avanzadas y en la capacidad de establecer conversaciones. Wing, además de resumir el trabajo original de Asperger, propone algunas modificaciones al concepto basado en sus casos. Estas modificaciones son principalmente en el área del desarrollo temprano y las presentaciones clínicas iniciales, ya que señala que las dificultades pueden aparecer antes de los dos años de edad (tomando la forma de una falta de interés por los otros, dificultades en el lenguaje temprano y en el juego imaginativo) y que la afirmación de Asperger que estos niños hablaban antes de caminar, no era efectivamente así en todos los casos. Finalmente señaló que en algunos casos estaba asociado el síndrome a retrasos mentales leves, y no se limitaba exclusivamente a hombres. Wing, postula por primera vez la posibilidad de un continuo con el autismo y propone el nombre de Síndrome de Asperger, con el fin de evitar el término de 'psicopatía' adoptado por Asperger, ya que esa palabra se había tornado en un sinónimo de conducta antisocial (Attwood, 2002).

De acuerdo a Burgoine y Wing (citados en Attwood, 2002) se describen las características clínicas principales del Síndrome de Asperger, las cuales son:

- Carencia de empatía.
- Interacción ingenua, sencilla, inapropiada y de una sola dirección.
- Sin o con muy poca habilidad para tener amigos.
- Lenguaje pedante y repetitivo.
- Comunicación no verbal muy pobre.
- Intensa absorción por determinados temas.
- Movimientos torpes y poco coordinados, además de posturas extrañas.

Bolton y Baron-Cohen (citados en Fernández, 2014) refieren que en 1993, ya se realizaban diagnósticos de autismo. Sin embargo, aunque se conocían casos de niños que padecían el SA aún no se diagnosticaba esta patología.

El SA fue reconocido oficialmente como trastorno diferenciado del autismo clásico en el año 1994 por la OMS en el CIE-10 y en el DSM IV, a partir de este momento, los estudios sobre el Asperger se multiplicaron, y con ellos las publicaciones que difunden su conocimiento comienza a ocurrir que las personas afectadas escriben libros relatando sus experiencias. Una de las primeras fue Temple Grandin y le siguieron Michael John Carley y Daniel Tammet entre otros, Cererols (citados en Fernández, 2014).

## **Descripción general.**

El Síndrome de Asperger al igual que el autismo clásico es un trastorno neurológico que afecta la capacidad de una persona de comunicarse y relacionarse con los demás, este síndrome es un trastorno que dura toda la vida y que conlleva problemas de conducta considerables a largo plazo, por lo que aunque las características del síndrome difieren de persona a persona, los efectos comunes del trastorno incluyen: problemas comprendiendo pautas sociales y estilos de lenguaje conversacionales, una adherencia inflexible a rutinas o rituales no funcionales, repetición de movimientos o palabras y frases, dificultades con destrezas motoras finas y la integración sensorial, además de una preocupación persistente con objetos o temas de interés muy específicos (Organization for Autism Research, Inc., 2005) .

### **2.3.1 Diferencias entre el Autismo y el Síndrome de Asperger.**

García (2014) hace referencia que se reconoce un acuerdo internacional en lo que respecta a aceptar que existe una relación entre el SA y el continuo del espectro autista. Pero a la vez, existen diferencias respecto a si ambos trastornos constituyen una misma entidad clínica, lo cual aún es un motivo de estudio y discusión entre los distintos autores.

De acuerdo a Caballero (2005) los niños con SA y aquellos que presentan un trastorno autista comparten el mismo rango de problemas. Caballero señala que se podría considerar que el

SA es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mayor grado de funcionamiento de lo que se conoce como el espectro de los trastornos generalizados del desarrollo o espectro autista. Aunque la idea de que exista un espectro continuo y unidimensional de los TGD es de gran ayuda para entender las similitudes clínicas que presentan a lo largo de dicho espectro, en sí no está claro que el SA sea simplemente una forma de autismo moderado ni que las distintas modalidades presentes a lo largo del espectro estén relacionados entre sí, por algo más, que no sea su semejanza clínica en un sentido amplio. En esta misma línea para Stzamari, 1995 (citado en Caballero, 2005) el autismo y el SA no son diagnósticos compatibles, por tanto la condición de autismo debe ser excluyente para establecer un diagnóstico de SA, para este autor lo nuclear del cuadro sería el déficit social.

En la tabla 2 se desglosan las diferencias principales entre autismo clásico y SA.

Tabla 2

*Diferencias de signos nucleares entre el Autismo y el Síndrome de Asperger.*

Signos Nucleares del Autismo	Signos Nucleares del Síndrome de Asperger
Neurodesarrollo retrasado o anormal antes de los 3 años de edad.	No hay retraso ni anomalías en el neurodesarrollo temprano. Inteligencia preservada.
Coficiente intelectual generalmente por debajo de lo normal.	Coficiente intelectual generalmente por encima de lo normal.
Normalmente el diagnóstico se realiza antes de los 3 años.	Normalmente el diagnóstico se realiza después de los 3 años.
Retraso en la aparición del lenguaje. La adquisición de la comunicación y del lenguaje está alterado.	Aparición del lenguaje en tiempo normal. Si el lenguaje está alterado es literal.
Alrededor del 25% son no-verbales.	Todos son verbales.
Gramática y vocabulario limitados.	Gramática y vocabulario por encima del promedio.
Interacción social recíproca alterada. Desinterés general en las relaciones sociales. No desean tener amigos.	Anomalías más sutiles en la interacción social recíproca. Interés general en las relaciones sociales. Desean tener amigos y se sienten frustrados por sus dificultades sociales.
Un tercio presenta convulsiones.	Incidencia de convulsiones igual que en el resto de la población.
Desarrollo físico normal.	Torpeza general.
Ningún interés obsesivo de “alto nivel”.	Intereses obsesivos de “alto nivel”.
Comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo.	Intereses y actividades restringidas, estereotipadas y repetitivas.
Los padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad.	Los padres detectan problemas alrededor de los dos años y medio.
Las quejas de los padres son los retardos del lenguaje.	Las quejas de los padres son los problemas de lenguaje, o en socialización y conducta.

Fuente: Elaboración propia con base en García (2014), Baron-Cohen (2010) y Munro (1999).

Aunque la mayoría de los autores coinciden en que los trastornos del desarrollo se pueden detectar a partir de los 18 meses; Rafols (2010) sostiene que el que el niño se incorpore a la escuela puede suponer un hito, ya que es el momento en el que las dificultades de comunicación e interacción social se hacen evidentes.

De acuerdo a García (2014) el estatus nosológico del SA como categoría diagnóstica independiente y diferente del autismo ha generado números estudios y aportaciones de los especialistas, sin que hasta el momento los datos sean completamente concluyentes.

#### **2.4. Criterios para el Diagnóstico del Síndrome de Asperger.**

##### **Criterios para el diagnóstico según la Organización Mundial de la Salud (1993) CIE-10 [F84.5] ( p.195-196)**

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible 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 una 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 (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

**B.** Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).

**C.** Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, con criterios parecidos al autismo, aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales 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.

#### **Criterios para el Diagnóstico según la APA<sup>4</sup>, 2003 DSM-IV-TR [299.80] (p.81)**

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

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones apropiadas con compañeros en el nivel de desarrollo del sujeto.
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ejemplo, no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).

---

<sup>4</sup> American Psychiatric Association.

4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

**B.** Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

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

**D.** No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo, a los dos años de edad utiliza palabras sencillas, a los tres años de edad utiliza frases comunicativas).

**E.** No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto a la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

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

Como es de observarse en la 4<sup>a</sup> edición del DSM el Trastorno de Asperger es considerado dentro del grupo de TGD pero como una categoría diagnóstica independiente

## **Criterios para el Diagnóstico Trastorno del Espectro del Autismo DSM 5 [299.00]**

En el DSM-5 el Síndrome de Asperger se incluye dentro de la categoría Trastorno del Espectro del Autismo compartiendo sus criterios diagnósticos, 299.00 (F84.00) (APA, 2014).

Esta última versión del DSM 5, incluye el autismo dentro de los trastornos del neurodesarrollo, alejándose de la antigua conceptualización de los TGD. En cambio, la clasificación internacional de los trastornos mentales, CIE 10, mantiene la antigua clasificación. (Projecte Autisme, 2016).

Palomo (2016), como miembro activo de la Federación de Autismo en Andalucía, traduce los criterios diagnósticos de la quinta edición del DSM, como se muestra a continuación:

### Trastorno del Espectro de Autismo 299.00 (F84.0)

DSM 5 Criterios diagnósticos.

- A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Déficit en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.
2. Déficit en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficit en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.
3. Déficit para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (ver Tabla 3).

**B.** Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejemplos, movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejems., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejems., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ejem. indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (ver Tabla 3).

**C.** Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

**D.** Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

**E.** Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia concurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo. Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Se acompaña o no de discapacidad intelectual.

Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje. Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido (Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición médica o genética).

Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación: use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado).

Con catatonia (hacer referencia a los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental) (Nota de codificación: use el código adicional 293.89 [F06.1] catatonia asociada con trastorno del espectro de autismo para indicar la presencia de catatonia comorbida).

Tabla 3  
Niveles de severidad del trastorno del espectro de autismo.

NIVEL DE SEVERIDAD	COMUNICACIÓN SOCIAL	INTERESES RESTRINGIDOS Y CONDUCTA REPETITIVA
<b>Nivel 3</b> Requiere un apoyo muy sustancial (TA)	Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
<b>Nivel 2</b> Requiere un apoyo sustancial (TGDnE)	Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.	El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
<b>Nivel 1</b> Requiere apoyo (TAS)	Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

Fuente: Palomo (2016)

Se hace la observación de que si se analiza el contenido de estos criterios diagnósticos, se observan que, independientemente de los dos síntomas fundamentales, se incluye un criterio referente al inicio sintomatológico (C), de manera que sólo puede diagnosticarse el Trastorno del Espectro Autista si los criterios A y B se manifiestan durante la primera infancia. El motivo de la inclusión de este criterio temporal es el de poder diferenciar entre el TEA que, por definición, aparece muy precozmente, del trastorno desintegrativo de la infancia, que se manifiesta después de un periodo de aparente normalidad no inferior a los 2 años de edad. (Projecte Autisme, 2016)

#### **2.4.1 Otros Criterios para el Diagnóstico del Síndrome de Asperger.**

A pesar de que los criterios de Gillberg se presentaron antes de la clasificación de la APA, éstos han sido utilizados ampliamente por los profesionales que se enfocan al estudio de personas afectadas con SA, debido a que se basaban en los estudios del Dr. Hans Asperger. Gillberg y Gillberg (citados en Garrido, 2015)

De acuerdo a Browning y Caulfield (citados en Garrido, 2015) “tan importantes han sido estos criterios que hay autores que abogan por que la comunidad científica los utilice de forma más frecuente que los propios criterios de la APA”(p.18).

## **Criterios para el diagnóstico de Christopher Gillberg. (Garrido, 2015)**

1. Déficit en la interacción social, al menos dos de los siguientes:

- a. Incapacidad para interactuar con iguales.
- b. Falta de deseo e interés de interactuar con iguales.
- c. Falta de apreciación de las claves sociales
- d. Comportamiento social y emocionalmente inapropiado a la situación

2. Intereses restringidos y absorbentes, al menos uno de los siguientes:

- a. Exclusión de otras actividades
- b. Adhesión repetitiva
- c. Más mecánicos que significativos

3. Imposición de rutinas e intereses, al menos uno de los siguientes:

- a. Sobre sí mismo en aspectos de la vida
- b. Sobre los demás

4. Problemas del habla y del lenguaje, al menos tres de los siguientes:

- a. Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
- b. Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
- c. Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia
- d. Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas

5. Dificultades en la comunicación no verbal, al menos uno de los siguientes:

- a. Uso limitado de gestos
- b. Lenguaje corporal torpe
- c. Expresión facial limitada
- d. Expresión inapropiada
- e. Mirada peculiar, rígida

6. Torpeza motora

- a. Retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo.

**Criterios de diagnóstico de Carol Gray, Tony Attwood y Holliday-Willey. En positivo.**

De acuerdo a (Cobo & Morán, 2012) los criterios de Gray, Attwood y Holliday-Willey que hicieron en el año 1991, son una versión optimista que defiende que las características definitorias del SA deben ser consideradas de manera positiva. De acuerdo a estos criterios diagnósticos en la persona con Asperger se encuentra lo siguiente:

**A.** Ventaja cualitativa en interacción social, manifestada por una mayoría de los siguientes elementos (no por todos):

- 1. Relaciones con las iguales caracterizadas por lealtad absoluta y seriedad impecable.

2. Ausencia de discriminación por sexo, edad o cultura; capacidad de considerar a los otros tal y como son. Tolerancia con las diferencias de los demás.
3. Comunicación de lo que se piensa realmente, independientemente del contexto social o las convicciones personales. Sinceridad absoluta.
4. Capacidad de perseverar en su teoría o perspectiva personal a pesar de existir una evidencia contraria (inflexibilidad).
5. Búsqueda de amigos capaces de entusiasmarse por sus intereses y temas particulares.
6. Atención a los detalles.
7. Posibilidad de pasar largo tiempo discutiendo un tema que puede no ser de importancia capital.
8. Capacidad de escucha sin emitir juicios o suposiciones continuamente.
9. Principalmente interesados en las contribuciones significativas a la conversación; evitando la “charla ritualista” o las declaraciones socialmente triviales, así como la conversación superficial.
10. Búsqueda de amigos sinceros, positivos y con sentido del humor.

**B.** Se observa lo que se le ha denominado el habla aspergiana, es decir, un lenguaje social caracterizado por al menos tres de las siguientes características:

1. Interés centrado en la búsqueda de la verdad;
2. conversación transparente, sin sentido o motivación oculta.
3. Vocabulario avanzado e interés por las palabras mismas.
4. Fascinación por el humor basado en las palabras, por ejemplo, mediante los juegos de palabras y los giros lingüísticos.

5. Empleo avanzado de las metáforas visuales o gráficas.

**C.** Se observan ciertas habilidades cognoscitivas caracterizadas por al menos cuatro de los siguientes rasgos:

1. Preferencia por el detalle antes que por el todo.
2. Perspectiva original, a menudo única, en la manera de solucionar los problemas.
3. Memoria excepcional y/o recuerdo de detalles a menudo olvidados o desatendidos por otros, por ejemplo: nombres, fechas, horarios, etc.
4. Perseverancia ávida en la reunión y catalogación de información sobre un tema de interés.
5. Pensamiento persistente.
6. Conocimiento enciclopédico sobre uno o más temas.
7. Conocimiento de las rutinas; deseo manifiesto por mantener el orden y la precisión.
8. Claridad de valores ya que la toma de decisiones no está influida por factores políticos o financieros.

**D.** La persona con SA presenta unos rasgos contingentes que se producen de forma habitual y que se traducen, por lo general en:

1. Extrema sensibilidad respecto a experiencias o estímulos sensoriales específicos (por ejemplo: a un determinado sonido, una textura concreta, una visión, y/o olor)

2. La capacidad de sobresalir en deportes individuales y juegos, en particular los que implican resistencia o precisión visual, incluyendo remo, natación, bolos, ajedrez, etc. para aquellas personas con Asperger que no tienen torpeza motriz.
3. Un optimismo confiado que da lugar a lo que han llamado 'héroe social desconocido' y que supone que la persona con Asperger frecuentemente es la víctima de las debilidades sociales de los otros mientras cree en la posibilidad de que esos otros sean verdaderos amigos.
4. Probabilidad de cursar o recibir educación universitaria.

Lo que distingue al SA de otros desórdenes autísticos es una gran habilidad con el lenguaje y, más raramente, la coexistencia con la torpeza de movimientos. Las personas con Asperger y aquellas con otros TEA comparten, el mismo rango de problemas (dificultad en la comunicación de sentimientos, el fracaso en entender las manifestaciones no verbales de los otros, etc.) y en consecuencia tienen los mismos problemas sociales de base aunque pueden ser más difíciles de observar (Sánchez-Pardíñez, 2016).

A causa de que los Asperger son más comunicativos que los restantes autistas la carencia de lo que se denomina estructura atencional puede no ser muy obvia y las actividades restrictivas (por ejemplo, la lectura de mapas o la memorización de listas de nombres) pueden estar indicando el deseo de tornar explicable un mundo que puede parecerles impredecible.

En sí, de acuerdo a Sánchez-Pardíñez (2016) estas personas encuentran difícil ajustar su comportamiento al de los demás, ya que no entienden muy bien las convenciones y normas

sociales, suelen tener problemas para compartir el mundo emocional, el pensamiento y los intereses, no les resulta sencillo apreciar las intenciones de los demás, desarrollar juegos y hacer amigos; en consecuencia, el mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, por lo que muestran aislamiento. Estas limitaciones sociales están especialmente marcadas en la infancia, atenuándose un poco a lo largo de la vida ya que su interés social va aumentando espontáneamente y ello favorece el aprendizaje de nuevas competencias.

#### **2.4.2 Características principales.**

La mayoría de los niños o personas con esta condición no presentan rasgos físicos que los estigmaticen, son niños atractivos y gozan de buena salud, aunque su peso y su talla pueden ser menores. Muchos de ellos son ambidiestros y evitan el contacto epidérmico (Solloa, 2010). *Organization for Autism Research, Inc.* (2005) describe que las características principales del SA incluyen impedimentos en la socialización, comunicación, cognición y sensación. Estas características existen en un continuo y varían entre discapacidades severas a impedimentos leves. Cada individuo con SA es diferente. A continuación, se enlista ejemplos de características que puede tener una persona con este síndrome de acuerdo a las áreas descritas.

Área social: Falta de comprensión de pautas y sutilezas sociales, Interpretación literal de las palabras de los demás, Dificultad en establecer conversación recíproca, tendencia a hablar con extrema franqueza sin considerar el impacto de sus palabras en los demás, aplicación universal de

las reglas sociales a toda situación, enfoque sobre un solo tema de interés que puede no interesar a los demás.

Área de comunicación: Dificultad comprendiendo matices sociales tales como el sarcasmo a las metáforas, ecolalia -repetición de las últimas palabras escuchadas sin importar su significado, estima mal el espacio personal-puede pararse demasiado cerca de los demás, inflexión y contacto visual anormales, expresiones o gestos faciales inapropiados, dificultad comprendiendo los indicadores de comunicación no verbales de los demás.

Área cognitiva: deficientes destrezas organizativas o para resolver problemas, pensamiento concreto y literal, dificultades diferenciando información relevante e irrelevante, intereses obsesivos y puntuales, dificultades generalizando y aplicando los conocimientos aprendidos a diferentes situaciones, ambientes o personas.

Área sensorial y motora: Hipo o hipersensibilidad a diferentes estímulos sensoriales, incluyendo el dolor, dificultades con destrezas motoras finas tales como la escritura a mano.  
(OAR<sup>5</sup>, 2005)

---

<sup>5</sup> Organization for autism research.

## **2.5 Causas del Síndrome de Asperger.**

Según la OMS (2017) la evidencia científica disponible muestra la existencia de múltiples factores, entre éstos se observan primordialmente los genéticos y ambientales, los que hacen más probable que un niño pueda padecer un TEA. Los resultados epidemiológicos demuestran concluyentemente que no hay pruebas de una relación causal, como se ha puesto en duda, entre los TEA y la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Los estudios que en algún momento señalaban una relación causal estaban llenos de errores metodológicos. Tampoco hay prueba alguna que otras vacunas infantiles puedan aumentar el riesgo de TEA.

### **Recientes estudios publicados:**

*National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (2012) en la reciente publicación titulada Síndrome de Asperger, de diciembre del año 2012, menciona que de acuerdo a la investigación actual señala a las anormalidades cerebrales como la causa de dicho Síndrome. Con el uso de técnicas avanzadas de imágenes cerebrales, los científicos han detectado diferencias estructurales y funcionales en regiones específicas de los cerebros de niños normales comparados con niños con SA. Estos defectos más probablemente están causados por la migración anormal de células embriónicas durante el desarrollo fetal que afecta la estructura cerebral y la red neuronal y luego va a afectar los circuitos neurales que controlan el pensamiento y el comportamiento.

Por ejemplo, un grupo de estudio encontró una reducción de la actividad cerebral en el lóbulo frontal de niños con SA cuando se les pidió que respondieran a tareas que requerían el uso de criterio. Otro grupo de estudio encontró diferencias en la actividad cuando se les pidió a los niños que respondieran a expresiones faciales. Un estudio diferente que investigó la función cerebral en adultos con SA reveló niveles anormales de proteínas específicas que se correlacionan con comportamientos obsesivos y repetitivos.

Los científicos han sabido siempre que debía haber un componente genético en el SA y en los otros trastornos autistas debido a su tendencia hereditaria. Se observó evidencia adicional para el vínculo entre las mutaciones genéticas heredadas y el SA en la mayor incidencia de familiares que tienen síntomas de comportamiento similar a SA pero de forma más limitada. Por ejemplo, tenían dificultades leves con la interacción social, el lenguaje y la lectura. (NINDS, 2012)

Artigas-Pallarés (2005), refiere que los genes juegan un papel mayor en los TEA que en cualquier otro trastorno neuropsiquiátrico común. Ya que se ha encontrado que la relación entre la concordancia entre gemelos monozigóticos y la concordancia entre gemelos dizigóticos es de 25 y el grado de heredabilidad es superior al 90%. Aunque la herencia genética juega un papel indudable, ha sido imposible identificar cuáles son los genes autistas; por lo que en la actualidad se considera a los TEA como trastornos genéticamente complejos, donde muchas variantes genéticas tienen un efecto menor pero su combinación, probablemente junto con factores no genéticos, provoquen el desarrollo de los TEA y la gravedad de los síntomas de cada persona.

## 2.6 Prevalencia

La información del dato de la prevalencia en el DSM IV TR está limitada respecto al SA, solo se refiere a que es más frecuente en varones. En el DSM 5, la APA (2014) refiere que en los últimos años las frecuencias descritas para los TEA en Estados Unidos y otros países, es que la prevalencia ha llegado a cerca del 1% de la población, con estimaciones parecidas en las muestras de niños y de adultos. De acuerdo a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2014) los recientes estudios en Estados Unidos siguen mostrando que los TEA son cinco veces más comunes en niños que en niñas, considerando a de 1 de cada 42 niños frente a 1 de cada 189 niñas.

En los años 90's en diversos estudios epidemiológicos realizados tanto en España como en Estados Unidos, los datos estadísticos consideraban que de 2 a 4 por cada 10,000 niños podía presentar autismo (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007). En el informe de vigilancia reciente titulado Prevalencia de los trastornos del espectro autista entre niños de 8 años-Red de Vigilancia del Autismo y las discapacidades del desarrollo, 11 sitios, Estados Unidos 2010, se publicó en la página de los CDC que se estiman que 1 de cada 68 niños en múltiples comunidades en los Estados Unidos se le ha identificado algún TEA. Esta nueva cifra estimada es aproximadamente 30 por ciento más alta que las cifras estimadas que fueron reportadas en el año 2012 e indicaban que a 1 de cada 88 niños se le había diagnosticado algún TEA (CDC, 2014). De acuerdo a la OMS, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la

ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación (OMS, 2017).

### **Prevalencia de TEA en México.**

El Centro para el tratamiento de niños con autismo y desordenes del desarrollo Aprende; publicó en su página web que en el año 2016 por primera vez en la historia, fue realizado un estudio de prevalencia del autismo en México, dando como resultado que la cifra es que 1 de cada 115 niños estarían en esa condición (Aprende Autismo, 2016).

El estudio fue realizado por científicos financiados por la organización *Autism Speaks*; la cual es una conocida asociación estadounidense dedicada a la difusión de información y concienciación sobre este desorden del desarrollo; y se realizó en la ciudad de León, Guanajuato. Los resultados fueron publicados en el *Journal of Autism and Development Disorders*.

En esta publicación se hizo mención de la entrevista que el diario El Economista le hiciera a Michael Rosanoff, director de Investigación en Salud Pública de *Autism Speaks*, en donde señaló:

Esto significa que casi 1% de todos los niños en México, alrededor de 400,000, tiene autismo. Debido a que éste es el primer estudio de prevalencia en México, no tenemos manera de comparar esto con la prevalencia en años previos, pero para comparación, hace 20 años se pensaba que el autismo afectaba a uno de cada 1,000

o menos niños en EU. Así que 400,000 niños es un número muy importante y un problema urgente de salud pública en México. (Aprendde Autismo, 2016, p. 3)

Este estudio también mostró el que la mayoría de los niños con alguna condición ubicada dentro del espectro autista fueron detectados en escuelas regulares, sin que nunca hubieran sido siquiera diagnosticados. Casi el 60%, el 57.7 estaba en salones de clase generales, mientras que el otro 42.5% sí había sido diagnosticado y estaba ya en programas de educación especial.

## **2.7 Tratamiento**

Los niños con TGD o bien TEA requieren un tratamiento completo y multidisciplinario, que incluya el trabajo con los padres, el manejo conductual con el niño y tratamiento con fármacos si se requiere.

NINDS<sup>6</sup> (2012) menciona que el tratamiento ideal de SA coordina terapias que abordan los tres síntomas esenciales del trastorno: malas habilidades de comunicación, rutinas obsesivas o repetitivas, y torpeza física. No existe un paquete ideal de tratamiento para todos los niños o personas con SA, pero la mayoría de los profesionales está de acuerdo que lo antes que se intervenga será lo mejor.

---

<sup>6</sup> National Institute of Neurological Disorders and Stroke

Un programa efectivo deberá centrarse en los intereses del niño o la persona, esto ayuda a ofrecer un programa predecible en donde se enseñan tareas como una serie de pasos simples, se involucra activamente la atención del niño en actividades altamente estructuradas y otorga refuerzo de comportamiento regular. Este tipo de programa generalmente debe incluir:

1. Capacitación sobre habilidades sociales, una forma de terapia grupal que enseña a los niños con SA las habilidades que necesitan para interactuar más exitosamente con otros niños.
2. Terapia cognitivo conductual, un tipo de terapia del habla que pueda ayudar a los niños más ansiosos o explosivos a manejar mejor sus emociones y disminuir sus intereses obsesivos y rutitas repetitivas.
3. Medicamentos, para enfermedades coexistentes como depresión y ansiedad.
4. Terapia ocupacional o física para los niños con problemas de integración sensorial o mala coordinación motora.
5. Terapia especializada del habla/lenguaje, para ayudar a los niños que tienen problemas con la pragmática del lenguaje, el intercambio de la conversación normal.
6. Capacitación y apoyo para padres, para enseñarles las técnicas de comportamiento para usar en el hogar.

## Capítulo 3

### Salud mental y las dificultades de detección del Síndrome de Asperger.

#### 3.1 Salud.

La definición de salud a través del tiempo ha tenido cambios respecto a la descripción de conceptualización, retomando lo que Cordoba-Palacios (2008) menciona respecto al texto de Alcmeón de Crotona titulado 'De la Naturaleza' de los siglos VI-V a.C, respecto a la conceptualización de lo que es la salud se lee así

Lo que conserva la salud es el equilibrio de las potencias; de lo húmedo y lo seco, de lo frío y lo caliente, de lo amargo y lo dulce, etc., pero el predominio de una entre ellas es causa de enfermedad; pues el el predominio de cada opuesto provoca la corrupción...La salud (por el contrario) resulta de la mezcla proporcional de las cualidades” (p. 109)

Dubos en 1967 hace la reflexión que la salud “es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio” (Gavita & Talavera, 2012, p. 169). Dubos otorga una gran importancia al medio ambiente y entiende la salud como el equilibrio que existe entre el ser humano y su entorno, de forma que cuando éste se altera o se rompe el

equilibrio y se produce la enfermedad y este desequilibrio no solo se da a nivel físico, sino también mental y social.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1946 define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Gavita & Talavera, 2012, p. 167). Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de la noción que se mantuvo durante mucho tiempo y que afirmaba que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas, añadiendo el área mental y social; de esta manera de acuerdo a este concepto una persona está sana, no sólo porque posee un cierto bienestar físico, sino también por sus disposiciones mentales y por las condiciones sociales en las que se desenvuelve.

Por su parte el médico social y catedrático, doctor Floreal Ferrara en el año 2005, conceptualizó a la salud como “la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad” (Ferrara, 2013) .

A la vez, el doctor Ferrara, intentó complementar esta definición circunscribiendo a tres áreas distintas, las cuales son la salud física, salud mental y salud social, conceptualizándolas de la siguiente manera:

La salud física, es la capacidad en que una persona puede mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.

La salud mental, es el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee una persona, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.

Y por último, la salud social que se concibe como la combinación de las dos anteriores entendiéndose de que en la medida que el hombre pueda vivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social (Equipo de redacción de Concepto.de, 2017).

### **3.1.1 Salud pública.**

La Organización Panamericana de Salud en el año 2002, propone como definición que “la salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (Figuroa, 2012, p. 2).

Actualmente la definición de la salud pública es la práctica integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia que está encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la sociedad, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado (Figueroa, 2012).

La respuesta social organizada, está constituida por el conjunto de los recursos que la sociedad y el gobierno han generado y la forma en que se organizan para su aplicación en actividades de atención a la salud. En México, este importante rol ha sido llevado a cabo a través de grandes instituciones como la Secretaría de Salud (SSa), el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), principalmente.

Dentro del Sistema Nacional de Salud Mexicano, existen tres niveles de atención:

El Primer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Centros de Salud de la SSa y Clínicas Familiares del ISSSTE, en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Estos, son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite, a quien así lo requiera, al segundo o tercer nivel de atención (Sistema Nacional de Salud de México, 2013).

El Segundo Nivel de Atención corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. En este nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etcétera, de acuerdo con la necesidad de los pacientes.

De acuerdo al Sistema Nacional de Salud (2013) cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ello se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico.

El Tercer Nivel de Atención, es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (Umaes), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país. El eje de la atención de la salud mental se encuentra en este tercer nivel.

### **3.1.2 Salud mental.**

De acuerdo a la OMS, la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Sandoval & Richard, 2005, p. 5)

Sandoval & Richard (2005) afirman que la salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con la Secretaría de Salud de México (SSM) (2011), dentro del informe sobre salud mental en México concluyeron que:

La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se

tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto. (p.5)

Por lo tanto, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, dependerá de la realización exitosa de acciones de salud pública para prevenir tratar y rehabilitar.

### 3.1.3 **Salud mental en México.**

En el contexto de la región de las Américas y del Mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico y cultural. En términos epidemiológicos, la salud mental participa en la carga global de las enfermedades alrededor de 12%, afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio. Las evidencias mundiales dan cuenta que no hay salud sin salud mental (OPS/OMS, 2011).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México del año 2003, dio como resultado que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad (Medina-Mora, y cols., 2003). De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre

adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio.

La problemática de salud mental en México tiene que convertirse en un desafío imperioso para reflejar la traducción de valores de equidad y de justicia social. Los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud son claves para articular esta respuesta con énfasis en el derecho a la salud y a los nuevos enfoques familiares y sociales. La salud mental es el espejo en el cual observamos como tratamos la salud de las personas más vulnerables de nuestra sociedad, por ello de acuerdo a Sandoval & Richard (2005) es necesario incrementar la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público general con respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento, esto con el propósito de reducir los conceptos equivocados y de esta manera eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren el trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad.

En México existen diversas asociaciones de familiares y usuarios, con regulación administrativa por la Junta de Asistencia Privada, pero con limitada regulación operativa. No se cuenta con indicadores específicos sobre el número de las personas que participan en ellas, ni con información sistematizada sobre los alcances que tienen las mismas. El país cuenta con un organismo encargado de supervisar las campañas de educación y concientización al público sobre salud mental, además existen diversas agencias gubernamentales y organizaciones profesionales que promueven este tipo de acciones. A pesar de que la Secretaría de Salud interactúa con diversos

sectores de la sociedad, todavía falta una efectiva función rectora y coordinadora de las acciones a favor de la promoción y atención de la salud mental (OPS/OMS, 2011).

De acuerdo al informe de resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México misma que ha servido de referente para explorar el aspecto situacional entorno al rubro de salud mental, se mencionan algunas de las debilidades que se detectaron al respecto y que de acuerdo a la OPS y la OMS, dan pie a ser revisadas y atendidas:

1. La atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario.
2. México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos.
3. No existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores.
4. Los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros) que trabajan en el sector público, es reducido.
5. Existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, solo 5% de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se llevan a cabo actividades de promoción de salud y prevención de trastornos mentales.
6. Son pocos los programas destinados a que las personas con discapacidad mental, puedan contar con un trabajo remunerado y con otras prestaciones sociales y legales.

7. A diferencia de otros países la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención. El desarrollo del componente de salud mental dentro de los hospitales generales es muy escaso lo cual imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento.

Por lo tanto, se requiere de una gran voluntad política y un compromiso de todos los profesionales de la salud para lograr un verdadero cambio, acorde al paradigma de la atención en salud mental integral, continua y comunitaria dentro de la red de servicios de salud, para promover la reinserción social, de acuerdo a las necesidades de los pacientes y de sus familiares.

#### **3.1.4 El TEA-Síndrome de Asperger como problema de Salud Mental en México.**

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) sin lugar a dudas forman parte de los problemas de salud mental debido a que éstos son un trastorno crónico que causa impacto en el niño o adulto joven y su familia y cuidadores, es uno de los trastornos graves más frecuentes solo superado en prevalencia por el retraso mental y los trastornos de la adquisición del lenguaje (Secretaría de Salud, 2012) por lo que pueden limitar de manera significativa la capacidad de una persona para sus actividades diarias y su participación con la sociedad, influyendo negativamente en los logros educativos y sociales así como en las oportunidades de empleo (OMS, 2017). Además de que las

personas con esta condición mantienen constantemente niveles importantes de ansiedad, estrés y generalmente problemas de depresión causada por el aislamiento social.

### **Programas para la detección y diagnóstico:**

Recientemente, considerando que no hace más de 10 años, el Gobierno Federal Mexicano ha tomado medidas para la implementación de programas a fin de atender los problemas del desarrollo en la población infantil y así identificar de manera oportuna a los niños con TEA.

Dentro de los Programas de Atención de Salud Mental en México, el Gobierno Federal a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ha atendido el tema de Evaluación Infantil por lo que en el año 2012 mediante un panel de expertos para la Validación de instrumentos diagnósticos de los problemas del desarrollo infantil en México, fue elaborada y aprobada la Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil “EDI” la cual es una prueba de tamizaje enfocada a niños de cero a cinco años de edad, y mide en grupos de edad predefinidos distintos aspectos del desarrollo tales como áreas del desarrollo motor, lenguaje, social, adaptativo y cognoscitivo. Para el resultado final se utiliza un sistema de semáforo, rojo para riesgo de retraso del desarrollo, amarillo para rezago en el desarrollo y verde para desarrollo normal y considera la presencia de factores de riesgo (Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Protección Social en Salud., 2013).

Otra de las herramientas que ha implementado el Gobierno Federal, a través del Programa Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC), y el Programa Nacional de Salud 2007-2012, es la Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de los Trastornos del Espectro Autista, cuya finalidad es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas y que se pone a disposición del personal de salud en los tres niveles de atención, con el objetivo de brindar información acerca de los TEA, identificar la población en riesgo, conocer los criterios clínicos para la detección temprana y favorecer la integración de equipos multidisciplinarios para la atención oportuna de estos Trastornos (Secretaría de Salud, 2012).

Lamentablemente en Acapulco la herramienta de tamizaje EDI aún no es implementada forzosamente como parte del seguimiento del control del niño sano en las Instituciones y Centros de Salud, de acuerdo a lo encontrado solo se ha brindado la capacitación al personal encargado de los módulos de medicina familiar pero el material como es la papelería y el material correspondiente para la aplicación de ésta no lo tienen aún a disposición. Y por otro lado de la misma forma la Guía Práctica Clínica no cuentan con ella.

### **Centros de detección, diagnóstico y atención en Acapulco:**

De acuerdo al visita directa que se hizo en campo, en Acapulco existen centros que brindan Atención Gubernamental para la detección, diagnóstico y tratamiento de niños y adultos con necesidades educativas especiales, como son los Centros de Atención Múltiple (CAM) y el Centro de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE) estos dos centros brindan

atención a los diferentes niveles de educación básica para los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad, dando orientación familiar y en las escuelas en el caso de alumnos con TEA-SA, también brindan atención, asesoría y terapias para facilitar la autonomía personal e integración social y laboral en niños y jóvenes con discapacidad entre los cuales se atienden niños con TGD. Y el Centro de Desarrollo Integral para el Cerebro Humano (CEDICH), cuyo objetivo es brindar un sistema de rehabilitación infantil avanzado, a través de programas integrales, que incluyan capacitación y asesoría a los padres de familia de niños con lesión cerebral, dentro de los que se incluyen niños con TEA, para que los padres sean terapeutas de sus propios hijos.

En estos Centros se atiende también a los niños con un diagnóstico de SA o bien si existen sospechas especialmente en el CAM se brinda la atención para el diagnóstico cuanto el niño es remitido previa detección de signos.

### **3.2. Profesional de la salud quién debe de detectar el síndrome de Asperger.**

De acuerdo a la evidencia de la Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (2012) debido a que los TEA se manifiestan a edades tempranas, los profesionales responsables de la evaluación del desarrollo del niño sano como los médicos de primer nivel y las enfermeras del área materno infantil, incluso los pediatras son quienes deben incorporar en su práctica cotidiana un sistema de monitoreo que permita detectar de manera oportuna los trastornos del desarrollo, ya que el no hacerlo retrasa el diagnóstico.

Por lo tanto, el médico pediatra o en su defecto el médico familiar, es quien en principio debe formular el planteamiento de manera inicial y quien sugiera la investigación con mayor profundidad, probablemente no el diagnóstico específico sino la sospecha que algo en el desarrollo no está ocurriendo de acuerdo a los parámetros esperados para la edad en alguna, varias o todas las grandes áreas de desarrollo, como son: motor fino (coordinación), motor grueso (control postural), presencia de desórdenes sensoriales, lenguaje y desarrollo social (autonomía).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que se haga el cribado, es decir la identificación oportuna del autismo a todos los niños a los 18 y 24 meses de edad con alguna prueba sencilla que probablemente no sea diagnóstica pero que sí sirva para confirmar la necesidad de evaluaciones más precisas. En el caso del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, se recomienda el cribado de desarrollo general a los 9, 18, 24 y 30 meses para evaluar cualquier variación y/o anormalidad en el desarrollo y específicamente recomienda el cribado de autismo a los 18 y 24 meses al igual que la AAP (Orellana, 2016).

De acuerdo a Orellana (2016), el tener un título de medicina, psicología o psicopedagogía, no certifica necesariamente que se esté en capacidad para abordar a pacientes con variaciones o trastornos del neurodesarrollo y dentro de los TEA, ya que difícilmente estas áreas de estudio no suelen contar con un programa de formación de grado en que los contenidos estén relacionados con el desarrollo infantil sean lo suficientemente amplios como para garantizar la adecuada evaluación de un niño o un adolescente en estos aspectos. En general son abordajes que pueden considerarse superficiales en relación al impacto que tiene el diagnóstico certero y oportuno de las variaciones o atipicidades del desarrollo, así como de sus trastornos.

Lamentablemente en nuestro país, de acuerdo a las experiencias de los padres en su peregrinar por encontrar respuesta al problema de su hijo, se sabe aunque es un dato subjetivo, que en México no se cuenta con la orientación y conocimiento suficiente por parte de los médicos para obtener una detección temprana antes de que el niño ingrese a la escuela y Acapulco no es la excepción ya que lamentablemente en los servicios de salud público y privado no se atienden estos aspectos.

En relación a el diagnóstico éste debe hacerse a través de un conjunto de información de un equipo multidisciplinario, en dónde están involucrados pediatra o médico familiar, neurólogo o neuropsicólogo, psicólogo y psiquiatra; esto en sí es la situación ideal y que no siempre es posible.

### **Medicina familiar.**

Dentro de las disciplinas que encuadran la salud pública se enlista la medicina, dentro de la amplia rama de la medicina, se encuentra la medicina familiar, por lo tanto la descripción o definición del rol que tiene la medicina familiar como especialidad clínica es que se encarga no sólo del aspecto curativo de resolver los problemas de salud, sino que también se enfoca en el aspecto preventivo del individuo y su familia. No se puede entender la práctica de la medicina familiar sin comprender que el ser humano es un macrosistema y que la complejidad de los padecimientos puede ser resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos psicológicos y ambientales (Dávila & Garza, 2013).

De acuerdo a Dávila & Garza (2013) la formación académica del especialista en medicina familiar es de predominio clínico, comparte el conocimiento de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales, centrándose en un enfoque biopsicosocial o integral, cuyo el objetivo es formar un médico capaz de resolver ente 85 y 90% de los problemas de salud, proporcionando cuidados continuos e integrales al individuo, su familia y su comunidad, incluyendo todas las edades, sexos, sistemas o enfermedades, tomando como herramientas principales la medicina humanística y la relación médico-paciente-familia, además de que participa en otras áreas como son las educativas, las preventivas y las de administración de los servicios de salud.

### **Pediatría.**

La pediatría es una especialidad en medicina y se ocupa de la salud y asistencia médica de niños y adolescentes desde el nacimiento hasta la edad de 18 años.

El pediatra es el médico de un niño que proporciona no sólo la asistencia médica para los niños que presentan un estado agudo o crónico de una enfermedad, sino también proporciona servicios médicos preventivos para los niños sanos. El pediatra se encarga de procurar el bienestar físico, mental y emocional de los niños bajo su cuidado en cada escenario del revelado, en enfermedad y salud (Mandal, 2018).

Dentro de las funciones de los pediatras está el diagnosticar y tratar varias condiciones entre niños, incluyendo daños, infecciones, condiciones genéticas y congénitas, cánceres, enfermedades y disfunciones orgánicas. Sin embargo no sólo se enfoca en la atención inmediata del niño enfermo sino también de efectos a largo plazo sobre calidad de vida, incapacidad y supervivencia. También se encarga de la prevención, la detección temprana y la administración de problemas tales como retrasos y desordenes del desarrollo, problemas de comportamiento, incapacidades funcionales, tensiones sociales, trastornos mentales incluyendo desórdenes como la depresión y de ansiedad (Mandal, 2018).

Debido a esto último y en lo que respecta a la detección temprana de los TEA, es que las academias americanas de Pediatría y de Neurología Infantil desde el año 2007 recomiendan que los pediatras pregunten a los padres sobre el desarrollo comunicativo y social del niño en cada visita rutinaria, así como que realicen el cribado específico de los trastornos del espectro autista al menos en dos ocasiones antes del segundo año de vida del niño, insistiendo en que son los pediatras los únicos profesionales que tienen la oportunidad de tener contactos regulares con los niños desde el nacimiento, antes de que éstos entren en el sistema educativo (Alcantud, 2013).

### **Psicología.**

La Psicología se define como la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales tanto en humanos como de otras especies, ya que algunos psicólogos utilizan animales como sustitutos de los seres humanos en los experimentos de investigación (Morris & Maisto, 2001).

Como ciencia de la conducta y los procesos mentales, la psicología es una disciplina sumamente amplia, la cual busca describir cada aspecto del pensamiento, sentimientos, percepciones y acciones humanas.

Al final del siglo XX, la psicología se expandió considerablemente. Surgieron nuevas tecnologías de investigación, nuevos campos de indagación y nuevos enfoques del estudio de la conducta y los procesos mentales. Esos avances dieron lugar a una mayor especialización dentro de la psicología, a una creciente colaboración con otras ciencias y al equivalente académico de una crisis de identidad. De acuerdo a Evans, 1999 (citado en Morris & Maisto, 2001) como resultado, la psicología se redefine de manera continua.

En lo que respecta a la plantilla de profesionales que deben formar parte del personal del área de salud mental, según Butcher, Mineka, & Hooley (2007), ésta debe de estar integrada por psicólogo clínico, asesor psicológico, psicólogo escolar, psiquiatra, psicoanalista, trabajador social, enfermera psiquiátrica, terapeuta ocupacional, asesor sacerdotal y en muchos casos voluntariado de salud mental y asesor especializado en abuso de sustancias, todos ellos puede actuar como un equipo interdisciplinar.

La APA considera que ante los TEA el psicólogo mantiene un papel relevante como primer plano en lo que respecta a los procesos de diagnóstico, debido a que los TEA son considerados trastornos del neurodesarrollo y en la actualidad su diagnóstico no se realiza mediante pruebas médicas, como análisis de sangre o escáneres cerebrales; sino en función del historial y las conductas del paciente, así como la observación del comportamiento, también deberá recurrir a

diversas fuentes de información como es la entrevista a pacientes y padres, así como aplicación y evaluación de las herramientas por lo que debe contar con los conocimientos de psicología sobre procesos de desarrollo así mismo debe contar con una amplia experiencia y conocimiento sobre la amplia gama de síntomas asociados con los TEA (Infocob online, 2018). Por ello el psicólogo clínico y escolar son los profesionales capacitados para detectar y luego entonces concluir con el diagnóstico e implementar el abordaje terapéutico (tratamiento), así como apoyo a las familias en el manejo de las conductas en casa y en la escuela. Por estas razones, es que la APA pone de relieve el rol que desempeñan los profesionales de la salud, como son los psicólogos y neuropsicólogos.

### **Neuropsicología.**

La neuropsicología clínica es una especialidad que aplica los principios de evaluación e intervención sobre la base del estudio científico de la conducta, que está relacionada con un funcionamiento normal o anormal del sistema nervioso central del niño y en el adulto. Esta especialidad pretende promover la comprensión de la relación cerebro-conducta y la aplicación de dicho conocimiento a los problemas humanos. Por lo tanto, la neuropsicología ocupa un lugar intermedio entre la neurología y las neurociencias por un parte, y la psicología y las ciencias comportamentales por la otra (Pérez, Escotto, & Arango, 2014).

De acuerdo a Pérez, Escotto, & Arango (2014) específicamente en el ámbito de la psicología infantil, la neuropsicología se encarga de analizar la formación y el desarrollo de las

funciones psicológicas en la ontogenia, tanto normal como patológica, con el objetivo de elaborar programas de intervención que garanticen la superación de las dificultades que pueden presentarse.

El interés en el conocimiento de esta área de problemas no se limita al neurólogo y al psicólogo. Su interés se extiende a diversas áreas cercanas de trabajo, como la psiquiatría, la neurocirugía, la rehabilitación, la pedagogía, la gerontología y la psicología del desarrollo (Ardila & Rosselli, 2007).

En lo que concierne al diagnóstico neuropsicológico en el niño, éste se dirige a la precisión de identificar los elementos funcionales y no anatómicos, debido a que la relación entre las alteraciones orgánicas y las funcionales es menos directa en la edad infantil (Pérez, Escotto, & Arango, 2014).

En lo que respecta al SA el perfil neuropsicológico se caracteriza por la indagación de la presencia de alteraciones en los 4 dominios cognitivos que son: lenguaje, memoria, atención y las funciones ejecutivas. Así como la causa de la alteración a nivel de la estructura y función cerebral.

### **Psiquiatría.**

La psiquiatría es una rama de la medicina que se ocupa del estudio, el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales de origen orgánico y no orgánico.

De acuerdo a la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatric* (2014), el médico psiquiatra cuenta con el adiestramiento en una residencia de tres años en un hospital psiquiátrico o en un centro de salud mental. El psiquiatra se encarga de diagnosticar y tratar las enfermedades mentales abordándolos prioritariamente desde su parte fisiológica ya sea prescribiendo medicación u otro tipo de intervención médica que sea necesaria a fin de equilibrar la bioquímica del cerebro y reparar o compensar la fisiología que esté deteriorada, teniendo siempre en cuenta las variables psicológicas que hay que abordar para el completo restablecimiento del paciente.

El psiquiatra infantil se especializa en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes del pensamiento, las emociones y/o comportamiento que afecta a los niños, adolescentes y sus familias. Un psiquiatra infantil de niños ofrece a las familias las ventajas de haber adquirido una educación médica.

El psiquiatra de niños y adolescentes hace uso de sus conocimientos biológicos, psicológicos y de los factores sociales al trabajar con los pacientes. Su labor inicial para con los pacientes es realizar un examen comprensivo de tipo diagnóstico para evaluar el problema prestándole atención a los componentes físicos, genéticos, de desarrollo, emocionales, cognoscitivos, educacionales, familiares, de sus pares y sociales. Al llegar a un diagnóstico diseña un plan de tratamiento que considera todos los componentes mencionados y discute las recomendaciones con la familia del niño (AACAP<sup>7</sup>, 2014).

---

<sup>7</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Debido a este adiestramiento como médico es importante su integración dentro del equipo multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento del TEA-SA.

### **3.3. Dificultades de detección del Síndrome de Asperger.**

#### **La Edad de sospecha vs la inexperiencia médica para la detección.**

Entorno a la detección de los TEA, existe una laguna informativa por parte de los centros de salud y médicos pediatras; partiendo en muchos casos desde el conocimiento de la existencia de éstos así como la disponibilidad por parte de los especialistas para sensibilizarse en la observación de signos que puedan representar la presencia de un posible diagnóstico de TEA en un futuro. Lo cual es considerado como un factor importante para la detección y diagnóstico temprano de estos trastornos del espectro ya que de acuerdo a las fuentes se considera que pueden ser detectados signos a partir de los 18 meses de edad.

Se han encontrado diversas variables que dificultan en específico la detección y diagnóstico temprano del TEA-SA; la problemática surge desde la propia definición de este trastorno, la complejidad y heterogeneidad de los síntomas y como se mencionó anteriormente la falta de entrenamiento profesional adecuada para la detección precoz, entre otros factores como son la comorbilidad y diagnóstico diferencial (Cortez & Contreras, 2007).

Las causas primarias de la dificultad de detección y diagnóstico temprano de estos trastornos se ha demostrado mediante estudios realizados en países como España, República de Argentina y Reino Unido en donde se ha tomado muestras de personas diagnosticadas con TEA-SA para obtener datos estadísticos de la edad del niño en que los padres tuvieron sospechas respecto al desarrollo atípico del niño, la edad promedio del niño en que acudieron a consulta médica y la edad promedio de diagnóstico del TEA-SA, obteniendo los siguientes resultados por cada grupo de estudio.

El grupo de Estudio de los TEA del Instituto de Salud Carlos III, en España en el año 2005 publicó como resultado de su investigación de la detección temprana; que son muy pocos los niños con sospecha de TEA que son derivados a servicios especializados antes de los 3 años. Existe una demora de 13-60 meses entre la sospecha de los padres y el diagnóstico. Aunque los padres sospechen entre los 12 y 23 meses, el diagnóstico específico es hecho a los 52/60 meses. En los casos de Síndrome de Asperger, la sospecha familiar se da a los 36 meses, con la primera consulta a los 42 meses y diagnóstico específico a los 9 años y medio (Hernández, y otros, 2005).

De acuerdo a Cortez & Contreras (2007) en la experiencia del Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Hospital Garrahan en la República de Argentina, existe una demora de 19.8+-15.2 meses entre la sospecha de los padres y el diagnóstico. La sospecha familiar se da a los 28.2+-13.5 meses y la primera consulta a los 32-13.6 meses, en los cuales el 67,1% de los casos el pediatra es el primer profesional en ser consultado.

Por otro lado, Naranjo (2014) al referenciar el estudio más grande reportado entorno a Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger, realizado por Howlin y Asgharian., publicado en 1999, con 770 familias, de las cuales 614 eran casos de autismo y 156 de casos con Síndrome de Asperger; arrojó como resultado que la edad promedio para notar comportamientos extraños por parte de los padres, en los pacientes con Síndrome de Asperger fue de 2.5 años; solamente en un tercio de los pacientes, los padres evidenciaron síntomas por debajo de los 2 años. A los 3.5 años los padres consultaron por primera vez, la edad en que fue confirmado el diagnóstico, en promedio, se realizó a los 11 años, con un rango de 3 a 33 años. La edad que más llama la atención de los padres en el desarrollo de sus hijos es entre los 18 y 19 meses de edad. A los 5 años sólo el 17% de los pacientes había sido diagnosticado. El 9.8% no fue diagnosticado sino hasta los 20 años o posteriormente.

En cuanto a México el estudio epidemiológico que se hiciera en el año 2016, los datos arrojaron que el 89% de los papás notaron los primeros signos de autismo antes de los 3 años, pero solo el 22% recibió un diagnóstico antes de cumplir esta edad. A pesar de que el 61% de los padres había consultado algún especialista de la salud, el diagnóstico fue hecho hasta después de los 3 años en la mayoría de los casos, siendo un 78% de la muestra (Secretaría de Salud, 2015). Con base en esta prevalencia y datos poblacionales en México, de personas entre 0 y 19 años de edad, los autores del estudio estiman que hay aproximadamente 94 800 individuos con trastorno autista, de entre 0 y 4 años de edad y 298 mil, de entre 5 y 19 años (Promoción de la salud. Centro de noticias, 2016).

La muestra representativa de este estudio, fue dividida en dos grupos uno de 432 niños adscritos en educación especial (CAM) y el otro de 11 684 niños en educación regular. En el primer grupo se identificaron 31 pequeños con autismo y en el otro fueron identificados cinco, siendo un total de 36 niños los que presentaron el TEA después de la fase de tamizaje, confirmación y conclusión de los expertos.

Lamentablemente las fuentes consultadas, respecto a este último estudio, no permiten el acceso a la información para la lectura directa de los resultados descriptivos de este estudio, por lo que no fue posible obtener más información de datos nacionales entorno a la prevalencia encontrada en la muestra de autismo clásico y el Síndrome de Asperger.

### **Comorbilidad.**

La detección del SA, puede tornarse confusa en muchos casos, por los cuadros comórbidos, ya que conforme la persona avanza en edad, es común que aparezcan cuadros de trastornos como la depresión, ansiedad, agresividad, inquietud o hiperactividad, los cuales dificultan el diagnóstico (Angeles, 2014).

De acuerdo a Rodríguez (2009), diversos autores hacen referencia que en los últimos años se ha observado un creciente interés por el estudio de síntomas psiquiátricos y de comportamientos comórbidos con los TGD, y particularmente, con el SA, ya que se han encontrado datos que indican

guardar relación con el desorden de conducta, la ansiedad, el síndrome de Gilles de Tourette (o trastorno por tics), los trastornos obsesivos compulsivos, la dislexia o los trastornos del sueño entre otros.

En el estudio de Howlin y Asgharian., de los 156 casos de SA, se detectaron datos de comorbilidad, cerca del 65% de estos pacientes, encontrando este porcentaje con síntomas psiquiátricos, siendo el principal la inatención con o sin hiperactividad, que se presenta en los primeros años de vida en un 28% a 62.5% de estos casos, trastorno de tic en el 80% y síndrome de Tourette en 8% a 20% de los pacientes; hay desordenes afectivos en el 24%, depresión 15%, ansiedad no especificada en un 35%, que muestran mayor incidencia que en la población general, y está dada por pánico, agorafobia, fobia social, miedo a injurias físicas y ansiedad de separación. El desorden obsesivo compulsivo se documentó del 19% al 25%. Además se reportaron trastornos alimenticios en el 6% de los niños con Asperger (Naranjo, 2014)

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual que se caracteriza fundamentalmente por los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Teniendo diferentes subtipos: con predominio inatento, con predominio hiperactivo-impulsivo y combinado. Estos rasgos se desarrollan durante la infancia temprana y persisten durante la edad adulta en la mayoría de los casos, reconociéndose su carácter crónico (Rodríguez, 2009).

Estudios realizados como el de Sturm, Fernell y Gillbert 2004 (citados en Cortez, 200), en relación con la comorbilidad en 101 niños con TGD de alto funcionamiento, de los cuales 91 de ellos diagnosticados con SA, de los cuales hasta un 95% presentaron problemas de atención y un 50% de impulsividad. Específicamente, alrededor de un 75% de los niños con TGD mostraron síntomas compatibles con los del TDAH de tipo severo o moderado, indicando un solapamiento representativo entre estos desórdenes atencionales y los TGD en niños con inteligencia normal o cercana a la media. Estos índices de comorbilidad son también consistentes con lo que proponen Frazier, Bellordre, Garfield, Geller, Coffrey y Faraone 2001 (citados en Rodríguez, 2009) quienes señalan que un 83% de los niños con TGD que componían su muestra contemplan criterios para ser diagnosticados con TDAH.

En relación a los altos índices de comorbilidad de los TGD en especial del SA con el TDAH, tras la revisión literaria sobre la evidencia científica que da cuenta de los diferentes aspectos que son capaces de explicar la posible comorbilidad y por otro lado descartada en los manuales de diagnóstico clínico (DSM-IV y CIE-10), entre los TGD y el TDAH, se pone de manifiesto que la prevalencia de que ambos tipos de trastornos del neurodesarrollo aparezcan conjuntamente es significativamente alta. Se estima que tres cuartas partes de la población diagnosticada con TGD, sobre todo de alto funcionamiento como es el SA, presenta síntomas relacionados con los desórdenes atencionales, principalmente durante la infancia. De acuerdo a Rodríguez (2009), la investigación epidemiológica parece coincidir en que es el subtipo con predominio inatento o combinado de TDAH el que predomina en los individuos con TGD. Sin embargo, algunos estudios concluyen que el subtipo con predominio de conducta impulsiva o

hiperactividad también está presente en el cuadro clínico de muchos niños con trastornos del espectro autista.

En resumen, los resultados de los estudios entorno a la comorbilidad sugieren que el déficit de atención que presentan muchos de los sujetos diagnosticados con SA puede ser, efectivamente, un componente frecuentemente asociado al SA. Al mismo tiempo, en la actualidad parece no haber razones satisfactorias para que el DSM-IV excluya entre sus criterios el doble diagnóstico de TGD y TDAH.

### **3.4 El proceso de la detección temprana.**

Partiendo de la referencia de acuerdo a los estudios realizados, la edad promedio del niño en que los padres empiezan a observar sospechas de anomalías en el desarrollo es de 2 a 3 años edad; resaltando que el médico general o pediatra es el encargado de dar seguimiento a la vigilancia del desarrollo del niño durante por lo menos sus tres primeros años de vida.

Baron-Cohen, Wheewright y Cox 2000 (citados en Cortez 2007) refieren que a los 18 meses de vida ya se pueden identificar síntomas altamente sugestivos de TEA, como son la ausencia de contacto visual, la ausencia de atención conjunta y de juego imaginativo, como la ausencia de protodeclarativos (señalar con el dedo índice para compartir experiencias), son conductas altamente indicativas de autismo.

Hernández, y otros (2005), consensaron, en el estudio antes citado del Instituto de Salud Carlos III, parámetros prácticos acordando que el proceso que se debe de seguir para garantizar una eficaz detección temprana de los TEA, implica dos niveles; el primero equivale a la vigilancia del desarrollo y el segundo a la detección específica.

Los servicios implicados en cada nivel no son solo los sanitarios o de salud, sino también los educativos y sociales, ya que de acuerdo a este grupo la mayor parte de los TEA detectados y diagnosticados, han sido en el nivel educativo y social.

El nivel de vigilancia del desarrollo implica considerar aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de autismo, existencia de un familiar directo con diagnóstico de TEA, niño adoptado con antecedentes biológicos desconocidos o de riesgo (exposición prenatal al alcohol, drogas, etc.), síndrome genético x frágil, esclerosis tuberosa, etc. El seguimiento del desarrollo implica usar de manera sistemática las escalas de valoración durante los primeros años de la infancia (Hernández, y otros, 2005).

Cuando existe sospecha de que el niño no sigue un desarrollo normal y se comprueban señales de alerta, se pasará al segundo nivel, la detección específica de los TEA. En la tabla 4 se muestran los instrumentos que sirven de apoyo para tal efecto.

Tabla 4

*Descripción de los instrumentos recomendados en la detección de los trastornos del espectro autista.*

Nombre/referencias	Descripción
CHAT (checklist for Autism in Toddlers)	Instrumento de cribado diseñado para detectar rasgos de autismo desde los 18 meses que se administra, a través de preguntas y de exploración del niño. Ofrece señales de alerta que indicarán la necesidad de una evaluación por expertos.
M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)	Versión modificada del CHAT que los padres de niños de 24 meses rellenan por escrito en la sala de espera. Tiene seis elementos clave y con la familia de cualquier niño que falle dos o más se contactará, a fin de determinar la indicación de una exploración especializada.
PDDS (Pervasive Developmental Disorder Screening test)	Se administra en tres etapas. La primera corresponde al ámbito de la atención pediátrica ambulatoria y sirve para detectar señales de alerta que orientarían al niño a la siguiente etapa donde se evalúan trastornos del desarrollo en general y podrían detectarse señales de autismo. La tercera etapa se aplica en un contexto clínico especializado en diagnóstico de autismo.
ASIEP-2 (Autism Screening Instrument for Educational Planning 2 ed).	Puede aplicarse desde los 18 meses hasta la edad adulta, recoge datos sobre la conducta lingüística, la comunicación, interacción social y el nivel educativo. Proporciona información en cinco áreas sobre aspectos relevantes para la intervención educativa.
ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high Functioning autism conditions)	Aunque no permite una diferenciación clara entre autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger, es una de las pocas escalas que dispone de estudios de validez (aunque limitados). No está traducida al castellano.
CAST (Childhood Asperger Syndrome Test)	Cuestionario de 37 ítems que se administra a las familias. Está basado en descripciones de comportamientos contemplados en el CIE-10 y en el DSM-IV como característicos del espectro autista.
ASDI (Asperger Syndrome Diagnostic Interview)	Aunque no permite una diferenciación clara entre autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger, es una de las pocas escalas que dispone de estudios de validez (aunque limitados)

Fuente: Hernández y otros. (2005) p.242

### **3.4.1 El proceso de diagnóstico del Síndrome de Asperger, en la infancia y niñez temprana.**

La Secretaría de Salud en Villa (2004) describe que los procesos básicos del diagnóstico son bastante similares en las diversas ramas de la medicina. El médico clínico observa patrones de signos y síntomas característicos de un síndrome o de un trastorno específico y decide sobre el nombre, es decir, diagnóstica.

Villa (2004) menciona que los propósitos básicos del diagnóstico son: predecir el curso de la enfermedad, decidir sobre un tratamiento apropiado, conocer la etiología de la enfermedad (en caso de estar ya determinada), monitorear el tratamiento, y a la vez llevar cifras epidemiológicas de incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades en el mundo.

En cuanto se obtenga o se cuente con la información de la vigilancia del desarrollo, así como los datos arrojados de la detección específica, se da el paso a la necesidad del diagnóstico especializado (NINDS, 2012).

En el caso del diagnóstico del TEA-SA este es preponderantemente clínico, es decir, no existe una prueba biológica (electroencefalograma, tomografía, sanguínea, etc), a través de la cual se pueda obtener información si la persona posee o no el trastorno, todo se hace a partir de la observación del comportamiento bajo criterios diagnósticos internacionales, con la guía de los manuales DSM-IV, DSM-5 y CIE-10, mismos criterios que fueron detallados en el capítulo 2.

Ángeles (2014) recomienda recopilar información mediante un proceso meticuloso que pueda permitir identificar el proceso evolutivo en los hitos del desarrollo temprano del evaluado y su situación actual. La evaluación con el objetivo de diagnóstico diferencial puede incluir como fuentes de información, lo siguiente:

1. Entrevista estructurada acerca de la situación actual y sobre la historia del desarrollo.
2. Exploración de signos neurológicos blandos, la cual ayudará a identificar la posibilidad de organicidad o presencia de signos de inmadurez, deterioro o disfunción difusa del sistema nervioso como son los cuadros epilépticos.
3. Evaluación psicométrica en la que se obtenga información sobre el funcionamiento cognoscitivo, el índice de lenguaje expresivo y el índice de lenguaje receptivo.
4. Obtener un perfil neuropsicológico (dinámica de procesamiento de información en procesos perceptivos, memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.)
5. Evaluación de la conducta con instrumentos estandarizados y observación directa.
6. Incluir instrumentos exploratorios e instrumentos confirmatorios para evaluar el síndrome de Asperger u otros trastornos, así como observación directa con guías observacionales a lo largo de la evaluación.

De acuerdo a la Guía de práctica clínica (GPC) publicada por la Secretaría de Salud y el IMSS 2012, el tamizaje de pacientes con TEA puede dividirse en dos niveles, en el nivel 1 se realizará la valoración inicial de niños con algún tipo de alteración en el desarrollo que haga sospechar la presencia de TEA y en el nivel 2 involucra una investigación más profunda de estos

niños identificados con riesgo y establecer con mayor certeza si padece de algún TEA, lo cual involucra la intervención de un especialista capacitado y actualizado (Secretaría de Salud, 2012).

Después de los instrumentos de detección como son el CHAT y el M-CHAT, existen instrumentos de confirmación como herramientas útiles para dar seguimiento al diagnóstico del Síndrome de Asperger, mismos que se describen en la tabla 5.

Tabla 5

*Instrumentos de confirmación de diagnóstico de los trastornos del espectro autista. (Primera parte)*

Nombre/referencias	Descripción
Escala Autónoma para la detección del SA y Autismo de Alto funcionamiento. (en niños mayores de 5 años)	Es una escala de 39 preguntas administradas por los padres y maestros; a responder entre cinco categorías. Tiene una sensibilidad entre 97.8 y 100% y una especificidad entre 98.9% y 72% para los puntos de corte 37 y 36 respectivamente.
Autism Diagnostic Interview (ADI-R). Diseñada para individuos mayores de 18 meses.	Es una entrevista semiestructurada diseñada para valorar los aspectos centrales de TEA como son socialización, comunicación y restricción de intereses y conductas (93 ítems). Debe ser aplicada por un clínico experimentado a un familiar o cuidador. Para cada dominio, la sensibilidad es de 0.86-1.0 y la especificidad 0.75-0.96. La consistencia interna: dominio social 0.95, conductas repetitivas y restrictivas 0.69, verbal 0.85 y comunicación 0.84. Se puede aplicar a niños mayores de 18 meses y si se establece el diagnóstico de TEA, puede utilizarse para la planeación del tratamiento y educación.
Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO). Aplicable en niños y adultos.	Es una entrevista semiestructurada que valora limitaciones en el área de interacción social, comunicación social, imaginación social y conductas repetitivas asociadas con TEA. Fue desarrollada independiente de los sistemas de clasificación DSM y CIE. Proporciona información dimensional y un perfil de desarrollo y conducta, además de identificar características específicas de TEA. Es válido para diferenciar TEA de otros trastornos del desarrollo y psiquiátricos. Se necesita entrenamiento especial para su aplicación. Se reporta una confiabilidad interevaluador de >0.75

Fuente: Secretaría de Salud (2012) p. 24-27

Tabla 5

*Instrumentos de confirmación de diagnóstico de los trastornos del espectro autista. (Segunda parte)*

Nombre/referencias	Descripción
Childhood Autism Rating Scale (CARS). Aplicable a niños mayores de 2 años.	Es un instrumento observacional y fue desarrollado para identificar niños con autismo comparados con niños con déficit en el desarrollo y determinar la severidad de los síntomas. Consiste de 15 escalas donde las conductas del niño son calificadas de acuerdo a la edad cronológica. La sumatoria de los ítems ubica al niño en un continuo que va de “sin autismo” a “autismo moderado” a “autismo severo”. No se amerita de un entrenamiento para su aplicación. Consistencia interna de 0.94, test-retest para diagnóstico 0.64 y para severidad 0.81, con confiabilidad interevaluador de 0.71. Al compararse con los criterios de DSM IV se encontró una sensibilidad del 100% para niños con autismo.
Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G)	Es un instrumento de medición observacional para valorar la interacción social recíproca y comunicación, juego y el uso de imaginación. Consta de cuatro módulos, los cuales se aplican de acuerdo a las habilidades verbales del paciente. Cada ítem recibe un valor que va de 0 (normalidad) a 3 (síntomas severos). Debe ser aplicado por un clínico especializado y entrenado. Tiene una sensibilidad superior al 90% y una especificidad entre 8 y 90%. Consistencia interna por módulo de 0.47 a 0.94.

Fuente: Secretaría de Salud (2012) p. 24-27

### **Diagnóstico diferencial.**

Dentro de los procesos de diagnóstico también es necesario que se realice el diagnóstico diferencial, y éste se puede considerar otra de las variables a enfrentar para distinguir al TEA-SA de otros trastornos; el diagnóstico diferencial es la etapa final de todo el proceso de la evaluación diagnóstica, en la cual se diferencia una enfermedad de otra u otras con las que comparte una serie

de síntomas. Ángeles (2014) refiere que para hacer un diagnóstico diferencial del Síndrome de Asperger, basándose en los criterios del DSM-IV TR en el periodo del desarrollo de la infancia y niñez temprana, es más común que se lleve con los siguientes cuadros:

- 1- Trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo.
- 2- Trastornos del lenguaje o disfasia.
  - a) Disfasia de desarrollo expresiva, receptiva o mixta.
  - b) Trastorno semántico-pragmático del lenguaje.
  - c) Trastorno del aprendizaje no verbal (trastornos del hemisferio no dominante).
- 3- Trastorno de la Tourette.
- 4- Trastorno por déficit de atención (TDA).

En lo que respecta la versión más actualizada del DSM 5, el diagnóstico diferencial se hace de los siguientes cuadros:

- 1-Síndrome de Rett.
- 2-Mutismo selectivo.
- 3-Trastorno de lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmática).
- 4-Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin TEA.
- 5-Trastorno de movimientos estereotipados.
- 6-Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- 7-Esquizofrenia.

### **3.4.2 La importancia de la detección y diagnóstico temprano.**

Se entiende como detección temprana a la identificación de una deficiencia física, psíquica o sensorial, o bien la constatación de la sintomatología que conforma cualquiera de ellas, en el momento más próximo a aquél en que la deficiencia se manifiesta, con el objetivo de adoptar todas las medidas preventivas o de intervención terapéuticas necesarias (Glosario. Detección precoz, 2001-2018)

Los métodos de detección de enfermedades clínicas, generalmente son exámenes de diagnóstico por imágenes, pruebas de laboratorio y pruebas genéticas. En el caso específico del TEA-SA, el método a seguir en la mayoría de los casos se enfoca mediante la observación, la entrevista e historia del desarrollo completa así como la aplicación de instrumentos estandarizados.

Para llevar a cabo la detección temprana del TEA-SA se requiere de un equipo interdisciplinario el cuál debe de conformarse por profesionales de distintas disciplinas, como pueden ser psicólogos, psicopedagogos, logopedas, fisioterapeutas, psicomotricistas y neuropediatras; en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones a tomar a partir de la misma y se tienen objetivos comunes. O bien por un equipo transdisciplinar en el cual se adquiere conocimiento de otras disciplinas relacionadas y estas son incorporadas a su práctica; un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño así como el contacto directo con la familia. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), 2005)

Al contar con la detección temprana del Síndrome de Asperger por lo tanto el siguiente paso es atender tempranamente. Cabe destacar que la importancia de la atención temprana en niños de 0-6 tiene gran relevancia ya que al realizar este proceso se busca la estimulación de la plasticidad cerebral debido a que ésta es mayor en los primeros años de vida, luego va disminuyendo progresivamente con la edad, logrando que el cerebro logre adaptarse y reorganizar sus funciones. Existen agentes externos activos los cuales son factores de riesgo pre y perinatal, lesiones establecidas; y pasivos los cuales son la escasa estimulación, falta de vínculo y apego, mismos que afectan al cerebro en desarrollo de un niño, por lo que la atención temprana favorece la adquisición de funciones que puedan haberse visto afectadas. (Pons & Moya, 2012)

A continuación, se relacionan una serie de ventajas del resultado de obtener una detección y diagnóstico temprano de los TEA, la cual es obtenida de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Trastorno del Espectro Autista y Atención Primaria.

1. Previenen o rectifican diagnósticos erróneos.
2. Reduce incertidumbres de los padres.
3. Ayuda a la identificación de opciones de educación.
4. Ayuda en la orientación profesional, e identifica servicios que faciliten dicha elección.
5. Proporciona acceso a recursos, apoyo y servicios.
6. Posibilita el consejo genético a las familias.
7. Posibilita soporte ambiental adecuado.
8. Facilita el contacto con otras personas o familiares con TEA.
9. Ayuda a identificar necesidades de apoyo familiar.
10. Ayuda a las personas con TEA a entenderse a sí mismos y a otras personas.

11. Ayuda a otras personas a entender a las personas con TEA, incluyendo familiares, parejas y la sociedad.
12. Previene problemas futuros de comorbilidad.
13. Reduce el aislamiento.
14. Orienta la identificación del fenotipo más amplio de TEA en miembros familiares (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Por lo que la detección precoz va a tener como resultado el diagnóstico y por tanto la intervención temprana en los niños con TEA-SA y sus familias, lo cual ayudará la adaptación social del niño en el futuro y por lo tanto se logra el pronóstico positivo.

Y por el contrario, la falta de detección temprana, tendrá como consecuencias el estrés familiar, la urgencia de atender los síntomas comorbidos (ansiedad, depresión, problemas alimenticios, problemas del sueño, problemas de aprendizaje, de conducta entre otros) pueden enmascarar el cuadro y por ende alargar el tiempo de diagnóstico por lo que como consecuencia se verá afectada mayormente la integración social y por ende se verá afectada la calidad de vida del paciente y su familia.

## Capítulo 4

### Propuesta de Intervención

La dificultad del diagnóstico temprano (entre los 0 y 5 años de edad) de los Trastornos del Espectro Autista, específicamente del Síndrome de Asperger radica en que generalmente se requiere que el niño esté en un ambiente social como es la educación preescolar, en dónde las demandas sociales, de comunicación y de conductas están presentes, por lo que es en este momento cuando los padres tienen que acudir a la búsqueda de respuestas de que es lo que pasa con su hijo/a.

Sin embargo, en base a las evidencias que muestra la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), en dónde se concluye que los TEA se manifiestan en edades tempranas, refiriéndose en base a estudios descriptivos en los que se muestra que el 80% de los padres notaban alteraciones en sus hijos antes de los dos años de vida, con una media de 18 meses de edad. (Secretaría de Salud, 2012). De esta misma forma los resultados de estudios realizados en países como España, República de Argentina y Reino Unido muestra que los padres tenían sospechas entre los 12 y 36 meses de edad de su hijo y que según la muestra el promedio tenían su primer consulta a los 26 y 36 meses de edad.

En México los Servicios de Salud en la práctica de seguimiento del control del niño adoptan criterios de control y valoración del desarrollo físico al igual que de prevención y de control de enfermedades, recientemente en el año 2012 se diseñó la Prueba de Evaluación de Desarrollo

Infantil (EDI) por parte del Gobierno Federal, sin embargo en base a lo indagado en algunas Clínicas y Centros de Servicios de Salud en Acapulco, aún no ha sido implementada forzosamente como parte del seguimiento del desarrollo del niño por lo que aún está en proceso su implementación ya que ni la papelería, materiales ni espacio han sido proporcionados para la aplicación de dicha prueba.

Debido a este punto, es que se considera que las recomendaciones que la GPC 2012 hace respecto al proceso de detección son las más adecuadas ya que propone la utilización de herramientas estandarizadas que son fáciles de aplicar en dónde la observación directa del médico hacia el niño se realiza de forma breve y sencilla, así como los cuestionarios que los padres o cuidadores primarios pueden responder en poco tiempo y durante el tiempo de espera de la consulta.

Sin embargo, podría parecer sencillo solo decir que no debería de haber dificultad por parte de los médicos el seguir un protocolo de detección de los TEA, puesto que debería ser parte de los objetivos de su función como profesionista, lamentablemente esto no sucede en la práctica real, por lo cual es preciso e imperante resaltar la importancia de la aceptación de la responsabilidad y compromiso que como médicos deben hacer en cumplimiento a su labor clínica y las repercusiones que tiene como resultado el no atender de manera integral el desarrollo del niño y por el contrario conocer la recompensa de saber que el pronóstico del desarrollo del infante puede ser muy favorable si se atiende tempranamente.

Debido a que la mayoría de los médicos pueden no adquirir el compromiso ya que su interés solo se centra en atender el problema de enfermedad física del niño y no tener nada que ver en la atención de detectar otro tipo de problemática que no sea físico, es que se sugiere la realización de un Taller Psicoeducativo que en su momento pueda formar parte dentro de los programas de concientización que el médico familiar y pediatra debe tener en pro de la salud mental de sus pequeños pacientes, este Taller tendrá como objetivo principal brindar información, capacitación, orientación, lograr concientizar y sensibilizar a los médicos familiares y pediatras acerca de los signos del Síndrome de Asperger que pueden ser observados en edad de 0-5 años, con el fin de que puedan detectarlos de manera temprana.

## **Taller Psicoeducativo**

### **Síndrome de Asperger, detección temprana en el control del niño sano.**

**Dirigido a:** Médicos generales, médicos familiares y pediatras.

**Duración:** 10 horas divididas en 2 sesiones de 5 horas cada una, se sugiere en días sábado y domingo.

**Número de participantes:** 20 como máximo.

**Facilitador:** Psicólogo.

#### **Objetivos generales:**

1. Brindar información del cuadro clínico del Síndrome de Asperger.
2. Generar conciencia en el participante respecto a la necesidad de observar dentro del control del niño sano (0-5 años), signos implicados en el Síndrome de Asperger, para la detección temprana.
3. Capacitar al participante en la aplicación y evaluación de herramientas de primera mano para la detección temprana del Síndrome de Asperger.

#### **Objetivos específicos:**

1. Sondar qué grado de conocimiento consideran los participantes que tienen respecto al Síndrome de Asperger (SA).

2. Describir cuáles son las características que reúnen el cuadro clínico del Síndrome de Asperger.
3. Lograr el reconocimiento de la importancia de la función del médico en las visitas rutinarias y el control del niño sano para la detección temprana del SA.
4. Practicar el llenado y evaluación de herramientas de fácil aplicación para identificar o descartar signos implicados en el SA, logrando la concientización de la necesidad de la detección temprana como medida preventiva de problemas de salud mental.

### **Metodología:**

Durante el taller se darán a conocer conceptos básicos y prácticos respecto a los signos que forman el cuadro clínico del Trastorno del Espectro Autista-Síndrome de Asperger, se promoverá la importancia de la detección temprana, se logrará el conocimiento y aplicación de herramientas prácticas de aplicación para indagación de signos y mediante la participación conjunta se aportarán y reforzarán ideas con respecto a las consecuencias del diagnóstico tardío como problemática de salud mental. Los temas serán reforzados mediante videos de corta duración, dinámicas de grupo y material distribuido dentro de carpetas.

### **Contenido temático:**

1. Sondeo al participante.
2. Salud y Salud Mental.
3. Trastornos Generalizados del Desarrollo, Autismo y Síndrome de Asperger, Trastornos del Espectro Autista.

4. Detección de signos del SA de (0-5 años).
5. Control del niño sano.
6. El médico una guía para los padres.
7. Conociendo y practicando las herramientas de detección temprana.  
Escala Parent´s Evaluation of Development Status (PEDS).  
Escala Haizea-Llevant.  
Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)  
Modified Checklist for Autism of Toddlers (M-CHAT)
8. Beneficios de la detección temprana del SA.
9. Evaluación y retroalimentación
10. Cierre.

**Materiales:**

Salón adecuado con las siguientes características.

- Capacidad para 20 personas.
- Ventilación e iluminación adecuada.
- Mesas y sillas colocadas en “U” para 20 personas.
- Pizarrón o rota folios con hojas.
- Plumones para pizarrón o rota folios.

Equipo de proyección:

- Computadora laptop
- Cañón proyector

- Pantalla
- Apuntador.
- Video
- VPL
- Bocinas

Formatos (hojas) de registro.

20 Etiquetas tipo gafete.

5 Plumones.

20 Lápices

8 hojas tamaño carta de papel opalina

1 pelota.

1 reloj de cocina

2 tarjetas con las palabras: correcto/incorrecto.

Papelitos con números para rifa.

Premio.

Lentes oscuros tipo fashion turista.

Telescopio o catalejo de cartón.

Gorras de marinero.

Block de hojas tipo Post-it

Tarjetas con refranes.

20 Carpetas con el siguiente contenido:

- 2 hojas en blanco para anotaciones.
- Cuestionario de evaluación inicial. (Anexo 4 )
- Tríptico: TEA-Síndrome de Asperger ¿Cuáles pueden ser las señales de alarma? (Anexo 5 )
- Tríptico: TEA-Síndrome de Asperger ¿Cuáles pueden ser las señales de alarma en el desarrollo de tu hijo/a? (Anexo 6)
- Escala Parent´s Evaluation of Development Status (PEDS) (Anexo 7)
- Escala del desarrollo de Haizea-Llevant. ( Anexo 8)
- Checklist for autism in Toddlers (CHAT) (Anexo 9)
- Modified Checklist for autism in Toddlers (M-CHAT) (Anexo 10)
- Cuestionario: Evaluación Final (Anexo 11)

Servicio de coffee break.

- Café (agua para café, café soluble, azúcar, endulzante splenda, crema)
- Agua embotellada
- Galletas
- Servilletas
- Vasos térmicos
- Cucharas desechables

## **Desarrollo por Sesión.**

### **Sesión 1**

#### **Objetivos de la sesión:**

1. Lograr que el participante aprenda y comprenda las características del cuadro clínico del Síndrome de Asperger.
2. Demostrar al participante la importancia de la observación del desarrollo integral del niño en edades de 0 a 5 años, con el fin de poder identificar signos tempranos del Síndrome de Asperger.

**Actividad 1:** Registro y entrega de carpetas.

**Objetivo de la actividad:** Obtener el control y registro del número de participantes y sus datos de contacto (teléfono, correo electrónico), hacer entrega de carpetas.

**Material:** Hoja de registro y carpetas con contenido temático.

**Tiempo:** 30 minutos previo al inicio del taller.

**Procedimiento:** Obtener ficha de identificación de los participantes, con datos de nombres, actividad médica, teléfonos, correo electrónico y hacer entrega de las carpetas que contienen el material que se utilizará en el taller.

**Actividad 2:** Bienvenida y presentación. Dinámica – Juego de Pelota.

**Objetivo de la actividad:** Presentarse y conocer a los participantes.

**Material:** 1 pelota, etiquetas tipo gafete, plumones, pizarrón y plumones para pizarrón.

**Tiempo:** 15 minutos

**Procedimiento:** El facilitador tendrá en la mano una pelota, explicará que la persona que tenga la pelota en la mano se presentará, el facilitador inicia diciendo su nombre, grado de estudios, residencia y experiencia profesional o actividad actual; posteriormente elegirá al azar a un participante para que se presente de modo que participantes pasarán la pelota hasta terminar. Al tiempo de que cada participante se presenta el facilitador anotará en forma de lista los nombres de los participantes y pedirá anoten su nombre en las etiquetas y la peguen en dónde todos puedan verla. Después de cada presentación el facilitador agradecerá su presencia en el taller, con el fin de motivar la integración.

**Actividad 3:** Evaluación inicial. Dinámica ¿Qué tanto conoces del Síndrome de Asperger?

**Objetivo de la actividad:** Identificar los conocimientos previos que los participantes tienen sobre el tema.

**Material:** Pizarrón, plumones, cuestionario de evaluación inicial.

**Tiempo:** 20 minutos.

**Procedimiento:** El facilitador preguntará a cada participante de la escala de 0 al 10 dónde el 0 es NADA y 10 es EXPERTO, ¿qué tanto conoce del Síndrome de Asperger?, la respuesta verbal (número) de cada participante será anotada en el pizarrón seguido de su nombre. Posteriormente

se pedirá contesten el cuestionario de evaluación inicial, el cual permitirá obtener información de los conocimientos previos que los participantes tienen del tema, mismo que se encuentra dentro de la carpeta solicitando que sea entregado ya que hayan completado de llenarlo.

**Actividad 4:** Objetivos del Taller.

**Objetivo de la actividad:** Dar a conocer los objetivos generales y específicos del taller.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 5 minutos.

**Procedimiento:** A través de una presentación en powerpoint se darán a conocer los objetivos generales y específicos del taller, y se informará que el taller está dividido en dos sesiones teórico-prácticas, al mismo tiempo se invitará a los presentes a participar activamente en las dinámicas pues esto permitirá afianzar el conocimiento del tema, aclarar dudas y a la vez compartir experiencias según las actividades.

**Actividad 5:** Salud y Salud Mental.

**Objetivo de la actividad:** Presentar las definiciones de los conceptos de salud y salud mental.

Dinámica lluvia de ideas.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 10 minutos

**Procedimiento:** Con el apoyo de una presentación en powerpoint se definirán los conceptos de salud y salud mental (ver diapositivas número 1-3 en el anexo 12), después de leídos detenidamente los conceptos se buscará la interacción en el grupo, solicitando su participación con ejemplos de ausencia de Salud Mental (dinámica lluvia de ideas).

**Actividad 6:** Trastornos Generalizados del Desarrollo, Autismo, Síndrome de Asperger y Trastornos del Espectro Autista.

**Objetivo de la actividad:** Describir la conceptualización de acuerdo a los manuales para el diagnóstico: CIE-10, DSM IV-TR y DSM 5.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 20 minutos.

**Procedimiento:** A través de una presentación en powerpoint (ver diapositivas números del 4 al 16 del anexo 12) se presentará el tema y explicará el cambio evolutivo que ha tenido en conceptualización y/o categorización el cuadro clínico del Síndrome de Asperger, explicando la reseña de los cambios que ha habido en los Manuales de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales hasta la fecha, posteriormente se dará lectura de la descripción de la conceptualización de los TGD, el autismo, el síndrome de Asperger y de los TEA, el facilitador darán algunos ejemplos de las características principales y su afectación en las áreas de desarrollo del Síndrome de Asperger, cerrando con aclaración de dudas de esta actividad.

**Actividad 7:** Diferencia entre Autismo y Síndrome de Asperger/ Dinámica: Debatiendo ¿qué diferencia hay entre Autismo y Síndrome de Asperger -?

**Objetivo de la actividad:** Lograr que el participante se vea interesado en el tema motivando a la participación del debate y polémica, buscando que logre mostrar interés en conocer y aprender algunas diferencias nucleares entre el autismo y el Síndrome de Asperger, y lograr que el concepto Trastorno del Espectro Autista sea comprendido.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador) papелitos de papel con preguntas, hojas tamaño carta de papel opalina, plumones negros, video “autismo y Asperger las 5 diferencias clave” Fuente: (A lo Aspergiano, s.f.)

**Tiempo:** 60 min.

**Procedimiento:**

1. Por medio del apoyo visual con proyección de diapositiva en powerpoint se dará a conocer la comparación de diferencias entre el autismo y el Síndrome de Asperger (diapositiva num. 17 en anexo 12).
2. Posteriormente, se pedirá a los participantes formen grupos de 5 personas.
3. Se entregarán a cada grupo 2 hojas tamaño carta de papel opalina y un plumón negro.
4. El facilitador dará las siguientes instrucciones: cada grupo tomará un papel, en él están escritas unas preguntas, entre los miembros de su grupo discutirán y acordarán las razones por la cual deben defender la postura que les tocó, haciendo uso de las hojas podrán escribir y exponer sus fundamentos al resto del grupo, tendrán 10 minutos para ello.

5. A manera de hacer aleatoria la selección, el facilitador hará uso de papelitos doblados en dónde estarán escritas las preguntas de la postura que trabajará y defenderá cada grupo, respecto a las siguientes interrogantes:  
  
¿Por qué SÍ el Síndrome de Asperger debe ser una categoría diagnóstica independiente?, es decir NO ser diagnosticado como Trastorno del Espectro Autista (dos grupos defenderán esta postura)  
  
¿Por qué NO debe el Síndrome de Asperger ser una categoría diagnóstica independiente? es decir SÍ debe ser diagnosticado como Trastorno del Espectro Autista? (dos grupos defenderán esta postura)
3. Se otorgará un tiempo de 10 minutos para hablar entre ellos y acordar qué fundamentos darán para defender su postura, haciendo uso de las hojas de papel opalina escribirán cuáles son las razones de defender la postura que se les asignó.
4. Al concluir el tiempo estimado, cada grupo tendrá 5 minutos para defender su postura ante todos los participantes.
5. Se les pedirá al resto de los participantes hagan al menos dos preguntas a cada grupo después de compartir sus fundamentos en cada caso.
6. Después de que cada grupo defienda su postura, el facilitador a manera de charla resaltará la importancia de conocer y comprender que el Síndrome de Asperger forma parte del continuo llamado Trastorno del Espectro Autista (TEA) y con esto se buscará lograr que disminuyan o eliminen las ideas de estigmatización de los TEA, usando la analogía del diagnóstico de cáncer o bien diabetes como ejemplos.
7. Se cerrará esta actividad con la proyección del video “Autismo y Asperger, las 5 diferencias clave” para reforzar el tema (duración 8 minutos).

**Actividad 8:** Signos de Sospechas.

**Objetivo de la actividad:** Sustentar teóricamente a qué edad se logran ver los signos de sospecha. Mostrar cuáles son los signos de sospecha de acuerdo a los hitos del desarrollo desde la edad de los 0 a los 5 años así como mostrar los signos precoces del TEA-Síndrome de Asperger.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 20 mins.

**Procedimiento:** Primeramente se expondrá el resultado de algunos estudios entorno a los resultados de la edad en que se logran captar sospecha de TEA-Síndrome de Asperger (ver diapositivas núm. 18 del anexo 12)

En segundo lugar se sondeará con preguntas brevemente a los participantes respecto a algunos hitos del desarrollo importantes, motivando a la respuesta. Planteándolas de esta forma:

¿En qué edad (meses) se espera que los bebés sostengan la cabeza? R= entre 3 semanas a 4 meses

¿En qué edad (meses) se espera que el bebé sonría cuando se le habla? R= entre 0 y 6 meses

¿En qué edad (meses) se espera que el bebé gatee? Entre los 5 y 11 meses

¿En qué edad (meses) balbucea? R= entre los 2 y 6 meses

Se cerrará la actividad, con proyección de diapositiva en powerpoint se ampliará el tema, dando a conocer cuáles son algunos de los signos de sospecha retraso del neurodesarrollo y signos precoces del Síndrome de Asperger, esta información se mostrará mediante cuadros donde se

detalle la edad y el signo, se dará lectura y explicará. (ver diapositivas del número 19 al 23 del anexo 12)

**Actividad 9:** Reflexión sobre mi servicio/ Hans Asperger.

Dinámica Reflexión de mi servicio /Hablando un poco de Hans Asperger, a manera de relato.

**Objetivo de la actividad:** Lograr que el participante reflexione respecto al compromiso de servicio en la práctica clínica cotidiana.

**Material:** 1 Pelota, material de proyección.

**Tiempo:** 20 minutos

**Procedimiento:** Haciendo uso nuevamente de la pelota con previo aviso, se explicará la dinámica de preguntas y respuestas de reflexión se solicitará a los participantes piensen en alguna pregunta que puedan hacerle a algún compañero respecto a su función, haciendo participar a por lo menos 5 personas (es decir al menos 5 preguntas y 5 respuestas. Se dará inicio con la dinámica:

1. Lanzar la pelota a un participante y hacer la pregunta ¿Cuál es su función como médico familiar o pediatra?
2. Seguir con otro participante ¿Qué cree usted que esperan los padres de usted como médico de su hijo? Después de su respuesta, pedir al participante que lance la pelota a otra persona,
3. Se lanzará la pelota a 3 personas más, con el fin de motivar a compartir diferentes opiniones.
4. Posteriormente se hablará a manera de relato ¿Quién era Hans Asperger? y ¿Cuál era su misión?, se apoyará el tema con las diapositivas 24 y 25 del anexo 12.

**Actividad 10:** Control del niño sano y/o atención periódica.

**Objetivo de la actividad:** Demostrar la importancia y el impacto que tiene la atención del médico familiar o pediatra como factor primario para la detección temprana del Síndrome de Asperger. Proporcionar información de primera mano para los médicos y padres.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador).  
Tríptico: TEA-Síndrome de Asperger ¿Cuáles pueden ser las señales de alarma? (anexo 5)  
Tríptico: TEA-Síndrome de Asperger. ¿Cuáles pueden ser las señales de alarma en el desarrollo de tu hijo/a? (anexo 6)

**Tiempo:** 20 minutos

**Procedimiento:** Por medio del apoyo visual con proyección de diapositiva en powerpoint se mostrarán resultados de datos estadísticos de estudios realizados a nivel mundial en dónde se ha analizado el tiempo que transcurre en qué los padres perciben las primeras sospechas, la edad del niño en la primera consulta y la edad de diagnóstico, nuevamente se proyectará la diapositiva núm. 18 del anexo 12. Así mismo se hablará respecto a qué fiabilidad tiene su labor ante los padres. Se apoyará con la explicación de los trípticos en la carpeta de contenido que se encuentran en los anexos 5 y 6.

**Actividad 11:** Servicio de Coffee Break

**Objetivo de la actividad:** Receso.

**Tiempo:** 20 minutos

**Material:** Café, agua y galletas.

**Actividad 12:** Signos tempranos de TEA.

Video “Los primeros signos en los Trastornos del Espectro autista”. Fuente: (Landa, 2013)

**Objetivo de la actividad:** Mostrar ejemplos de cómo se pueden identificar en la práctica clínica los signos tempranos de los TEA.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, bocinas)

**Tiempo:** 20 minutos

**Procedimiento:** Esta actividad se desarrollará de la siguiente manera:

1. Proyectar el video “Los primeros signos de los Trastornos del Espectro autista”, en el cual se proyectan ejemplos cómo en la práctica clínica pueden observarse de forma sencilla signos importantes de socialización, conducta y lenguaje en niños pequeños de diferentes edades antes de los 5 años de edad. Fuente del video: (Landa, 2013)
2. Se compartirán opiniones con los participantes de lo observado en el video, pidiéndoles den su punto de vista respecto a las características o aspecto físico de los niños, buscando enfatizar de que no precisamente los niños que en apariencia física muestran alguna deficiencia en el desarrollo son los únicos que deben de ser observados durante la consulta rutinaria sino todos los niños, resaltando con esto la importancia de la observación en cada visita rutinaria de aspectos sociales, de conducta y comunicación.

**Actividad 13:** Evaluación intermedia. Dinámica “La liga del Saber”

**Objetivo de la actividad:** Evaluar el conocimiento de lo que han aprendido los participantes en esta primera parte del taller.

**Material:** Psicólogo y participantes, reloj de cocina, tarjetas con la anotación correcto /incorrecto y premio.

**Tiempo:** 35 minutos

**Procedimiento:** La dinámica se basará en simular un concurso, cuyo premio será que el equipo ganador se hará acreedor a obtener un boleto para la rifa del libro “Padres vs. Hijos con Síndrome de Asperger” padres, familiares, profesores, sociedad ¿aliados o enemigos? Autor: Elia Ángeles Pini.

Pasos a seguir:

1. Se forman 2 equipos de cinco personas cada equipo.
2. Se pide el apoyo de dos participantes más para el control de los puntos por equipo.
3. El facilitador preparará previamente una serie de 9 preguntas sobre el tema que se dio.
4. Se establece el orden de participación de los grupos. El equipo que responda a mayor número de preguntas correctamente es el que gana.
5. Inicia el facilitador con una de las preguntas que tiene elaborada. Cada equipo tiene un tiempo límite para responder de 1 a 3 minutos, el cual se controlará con el uso de un reloj de cocina cuando se termina el tiempo de respuesta.

Preguntas:

- ¿Qué significan las siglas TEA?
- ¿El Síndrome Asperger forma parte de los Trastornos del Espectro Autista?
- De 3 características de la diferencia que hay entre el autismo clásico y el Síndrome de Asperger.

- ¿Cuáles son las esferas del desarrollo que se ven afectadas en el Síndrome de Asperger o en los Trastornos del Espectro Autista?
  - Mencione 2 signos de sospecha de retraso del neurodesarrollo cuando el bebé tiene 6 meses.
  - Mencione 3 signos de sospecha de signos precoces del síndrome de Asperger a la edad de 18 meses del niño.
  - De acuerdo a las investigaciones existentes ¿A partir de qué edad se pueden observar signos de sospecha del Síndrome de Asperger?
  - ¿Por qué el Síndrome de Asperger representa un problema de Salud Mental?
  - ¿El Síndrome de Asperger puede curarse con medicamentos?
6. Cada equipo tiene un representante por cada pregunta. En caso que el representante no pueda responder, los miembros del equipo tienen la posibilidad de discutir entre sí para dar la respuesta dentro del límite de tiempo acordado con anterioridad.
  7. Cada respuesta correcta significa dos puntos, cuando es contestada por el representante del equipo, y de un punto cuando es respondida en la segunda oportunidad por el equipo.
  8. En caso que al equipo que le corresponda no conteste correctamente, si el otro equipo responde correctamente se ganará un punto.
  9. Las preguntas no deberán ser formuladas sobre memorización de conceptos, sino presentar problemas o situaciones concretas, cuyas respuestas requieran de la aplicación correcta de los conceptos, conocimientos, etc.

10. Una vez que un equipo haya dado su respuesta, le pregunta al resto si es correcto o no. Independientemente de lo que diga el conjunto, voltea el cartón que corresponda. Si fuera incorrecto, cualquiera de los participantes del taller podrá responder la pregunta.
11. Al finalizar se hará entrega de los boletos de la rifa que se llevará a cabo al término del taller.

**Actividad 14:** Preguntas y respuestas.

**Objetivo de la actividad:** Que los participantes aclaren sus dudas.

**Material:** Psicólogo y participantes.

**Tiempo:** 20 minutos

**Procedimiento:** Este tiempo será utilizado para aclarar dudas que los participantes tengan de lo visto en esta primera sesión las cuales serán respondidas por el psicólogo.

**Actividad 15:** Cierre.

**Objetivo de la actividad:** Concluir con la primera sesión del taller.

**Material:** Psicólogo

**Tiempo:** 10 minutos

**Procedimiento:** El psicólogo agradecerá la asistencia y participación, y recordará la hora de inicio de la segunda sesión, solicitando su puntual asistencia.

## Carta descriptiva

### Sesión 1

**Taller Psicoeducativo:** Síndrome de Asperger, detección temprana en el control del niño sano

**Número de sesión:** 1 de 2

**Duración sesión:** 5 horas.

**Núm. de participantes:** 20 como máximo

**Dirigido a:** Médicos generales, médicos familiares y pediatras.

**Facilitador:** Psicólogo.

#### Objetivos Sesión 1:

1. Lograr que el participante aprenda y comprenda las características del cuadro clínico del Síndrome de Asperger.
2. Demostrar al participante la importancia de la observación del desarrollo integral del niño en edades de 0 a 5 años, con el fin de poder identificar signos tempranos del Síndrome de Asperger.

ACTIVIDAD /TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES
A1: Registro y entrega de carpetas	Obtener el control y registro del número de participantes y sus datos de contacto, hacer entrega de carpetas con contenido y material a usar en el curso.	Registro de datos y entrega de carpetas.	Los participantes deberán anotar sus datos en la hoja de registro y al hacerlo se les hará entrega de la carpeta de contenido temático y material se trabajará en el taller.	30 min. Previo al inicio del taller.	Formato de hoja de registro (nombre, actividad médica, teléfonos, correo electrónico) carpeta de contenido y material temático.
A2: Bienvenida y presentación.	Que los participantes y el facilitador se conozcan.	Dinámica: Juego de Pelota.	El facilitador tendrá en la mano una pelota, explicará que quien tenga la pelota en su mano se presentará en el grupo (ver desarrollo por sesión p.106). Al tiempo que dan su nombre el facilitador anotará en forma de lista los nombres de los participantes, agradeciendo al mismo tiempo su presencia en el taller.	15 min.	1 pelota, etiquetas tipo gafete, plumones, pizarrón y plumones para pizarrón.

<b>ACTIVIDAD /TEMA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESARROLLO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIALES</b>
A3: Evaluación inicial.	Identificar los conocimientos previos que los participantes tienen sobre el tema.	Dinámica: ¿Qué tanto conocer del Síndrome de Asperger? (ver hoja de desarrollo)	El facilitador preguntará a cada participante de la escala de 0 al 10 ¿qué tanto conoce del Síndrome de Asperger?, la respuesta que dé el participante el facilitador la anotará seguido de su nombre el pizarrón.	20 min.	Pizarrón, plumones, cuestionario de evaluación inicial.
A4: Objetivos.	Dar a conocer el alcance del taller con los objetivos generales y específicos.	Expositiva	El facilitador da a conocer los objetivos que se desean alcanzar el taller.	5 mins.	Presentación en PowerPoint, equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)
A5: Definición de Salud y Salud Mental.	Presentar las definiciones de los conceptos de salud y salud mental.	Expositiva y dinámica lluvia de ideas.	El facilitador dará a conocer la definición de los conceptos de salud y salud mental, una vez leídos detenidamente buscará la interacción en el grupo, solicitando su participación con ejemplos de ausencia de salud mental.	10 mins.	Presentación en PowerPoint, equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)
A6: Definición de TGD, Autismo, Síndrome de Asperger y TEA.	Describir la conceptualización de acuerdo a los manuales diagnósticos CIE-10, DSM IV TR y DSM 5	Expositiva y preguntas dirigidas	El facilitador explicará el cambio evolutivo que ha tenido la conceptualización del cuadro clínico del Síndrome de Asperger, posteriormente dará lectura de la descripción de la conceptualización de los TGD, el autismo, SA y TEA, cerrando esta actividad con aclaración de dudas.	20 mins.	Presentación en PowerPoint, equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

ACTIVIDAD /TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES
A7: Diferencia entre autismo y Síndrome de Asperger.	Lograr que el participante muestre interés en conocer y aprender algunas diferencias entre el autismo y el Síndrome de Asperger.	Expositiva  Dinámica: Debatiendo ¿qué diferencia hay entre autismo y Síndrome de Asperger?  Video	El facilitador dará a conocer la comparación de diferencias entre el autismo y el SA (anexo 12 diapositiva núm. 17)  El facilitador formará grupos de 5 personas y desarrollará la dinámica (ver desarrollo por sesión p.109)  La actividad se cerrará con la proyección del video “Autismo y Asperger las 5 diferencias clave”	60 mins.	Presentación en PowerPoint, equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador) Papelitos de papel con preguntas, hojas tamaño carta de papel opalina, plumones negros.
A8: Signos de sospechas.	Sustentar teóricamente a qué se edad se logran ver los signos de sospecha del TEA-SA y mostrar cuáles son éstos de acuerdo a los hitos del desarrollo desde la edad de 0 a 5 años.	Expositiva  Preguntas de sondeo.	El facilitador dará a conocer resultados de estudios entorno a la edad en que se logran captar sospecha de TEA-SA (diapositiva 18 en anexo 12). Posteriormente el facilitador hará preguntas respecto a algunos hitos del desarrollo importantes en el niño. (ver desarrollo por sesión p.111 )  El facilitador cerrará la actividad con proyección de cuáles son algunos signos precoces del TEA-SA (diapositivas de la 19 a la 23 del anexo 12)	20 mins.	Presentación en PowerPoint, equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

ACTIVIDAD /TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES
A9: Reflexión sobre mi servicio.  Hans Asperger.	Lograr que el participante reflexione respecto al compromiso de servicio en la práctica clínica cotidiana.	Dinámica: Reflexión de mi servicio.  Hablando un poco de Hans Asperger, relato.	Haciendo uso de la pelota, el facilitador explicará la dinámica de preguntas y respuestas de reflexión, por lo menos 5 preguntas y 5 respuestas (ver desarrollo por sesión p. 112), iniciando con la pregunta ¿cuál es su función como médico familiar o pediatra? Terminando la dinámica el facilitador hablará a manera de relato apoyándose con presentación en powerpoint (diapositivas 24 y 25 del anexo 12) ¿quién fue Hans Asperger? y ¿cuál era su misión?	20 mins.	1 pelota, presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)
A10: Control del niño sano y/o atención periódica.	Demostrar la importancia y el impacto que tiene la atención del médico familiar o pediatra como factor primario para la detección temprana del SA. Proporcionar información de primera mano para los médicos y padres.	Expositiva	El facilitador mostrará resultados de datos estadísticos a nivel mundial del tiempo que transcurre en que los padres perciben las primeras sospechas, la edad del niño en la primera consulta y la edad de diagnóstico (diapositiva 18 del anexo 12). Posteriormente el facilitador hablará respecto a qué fiabilidad tiene su labor ante los padres. Se apoyará la explicación con trípticos (anexos 5 y 6)	20 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador) Triptico: TEA-Síndrome de Asperger ¿cuáles puede ser las señales de alarma? y TEA-Síndrome de Asperger ¿cuáles pueden ser la señales de alarma en el desarrollo de tu hijo/a?

<b>ACTIVIDAD /TEMA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESARROLLO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIALES</b>
A11: Coffee break	<b>RECESO</b>		<b>RECESO</b>		Servicio de café, agua y galletas.
A12: Signos tempranos de TEA.	Mostrar ejemplos de cómo se pueden identificar en la práctica los signos tempranos de los TEA.	Audiovisual (video) Compartiendo opiniones.	El facilitador proyectará el video “Los primeros signo en los Trastornos del Espectro Autista”.  Al terminar el facilitador solicitará la opinión de los participantes en relación a lo observado en el video, pidiéndoles den su punto de vista, buscando enfatizar que no precisamente los niños que en apariencia física reflejan alguna deficiencia en el desarrollo son los únicos que deben de ser observados en las áreas del desarrollo implicadas en los TEA.	20 mins.	Material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, bocinas)
A13: Evaluación intermedia.	Evaluar lo que los participantes han aprendido en la primera parte del taller (sesión 1).	Dinámica “La liga del saber”	La dinámica se basará en simular un concurso, cuyo premio será que el equipo ganador se hará acreedor a un boleto para la rifa del libro “Padres vs. Hijos con Síndrome de Asperger” padres, familiares, profesores, sociedad ¿aliados o enemigos? (ver desarrollo por sesión p. 114 )	35 mins.	Psicólogo, participantes, reloj de cocina, tarjetas con la anotación correcto/incorrecto y premio.

<b>ACTIVIDAD /TEMA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESARROLLO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIALES</b>
A14: Preguntas y respuestas.	Aclarar las dudas que los participantes tengan respecto a lo visto en esta primera parte del taller.	Diálogo	El facilitador dará un tiempo de preguntas y respuestas para aclarar dudas de lo expuesto en la primera parte del taller.	20 mins.	Ninguno.
A15: Cierre	Dar por concluida la primera parte del taller.	Agradecimiento.	El facilitador agradeceré a la asistencia y recordará la hora de inicio de la segunda sesión del taller, solicitando la puntual asistencia de los participantes haciendo hincapié de traer la carpeta de contenido.	10 mins.	Ninguno.

## **Desarrollo por Sesión.**

### **Sesión 2**

#### **Objetivo de la sesión:**

1. Instruir a los participantes cuáles son las herramientas que se recomiendan para la detección temprana de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), así como mostrar las características de éstas y a la vez practicar su llenado a fin de que conozcan y se disipen dudas.
2. Lograr la reflexión y la sensibilización de la importancia del papel que juegan como médicos y lograr la identificación de su actitud ante la detección temprana del Síndrome de Asperger.

#### **Actividad 1:** Bienvenida.

**Objetivo de la actividad:** Dar la bienvenida a la segunda sesión del taller.

**Material:** Etiquetas tipo gafete, plumones.

**Tiempo:** 10 minutos, como máximo.

**Procedimiento:** De manera cordial se dará nuevamente la bienvenida a los participantes, indicándoles escriban su nombre en las etiquetas y lo coloquen en un lugar visible.

#### **Actividad 2:** Resumen sesión 1

**Objetivo de la actividad:** Resumir lo que se mostró en la sesión 1.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 15 min.

**Procedimiento:** A manera de recordatorio y través de una presentación en powerpoint se retomarán algunos puntos importantes que se trataron en la Sesión 1, retomando la presentación y lectura (sin ahondar con ejemplos) de las diapositivas del anexo 12 retomando los siguientes aspectos:

- Las características del Síndrome de Asperger (ver diapositiva núm. 12).
- Qué nivel ocupa dentro de los TEA (ver diapositiva núm. 11)
- La edad en las primeras sospechas y la edad de diagnóstico (ver diapositiva núm. 26 del anexo 13) y el tiempo que transcurre desde la sospecha al diagnóstico (ver diapositiva 27 del anexo 13)
- Los signos tempranos del TEA-Síndrome de Asperger que pueden observarse antes de los 5 años (ver diapositiva núm. 28 del anexo 13 )

**Actividad 3:** Objetivos de la sesión 2 y herramientas de detección temprana.

**Objetivo de la actividad:** Dar a conocer los objetivos que se proponen cumplir en esta segunda sesión y dar una introducción de las herramientas de detección temprana.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 10 minutos.

**Procedimiento:** Mostrar a través de una presentación en powerpoint, el objetivo de la segunda sesión del taller y mostrar la relación de herramientas que se verán en esta sesión y que pueden utilizarse para la detección de signos tempranos de los trastornos del neurodesarrollo. Enlistando

los nombres: Escala Parent's Evaluation of Development Status (PEDS) (ver anexo 7), Tabla del desarrollo Haizea-Llevant (ver anexo 8), Checklist form Autism in Toddlers (CHAT) (ver anexo 9) y Modified Checklist for autism in Toddlers (M-CHAT) (ver anexo 10).

**Actividad 4:** Herramienta 1 - Escala Parent's Evaluation of Development Status (PEDS) (anexo 7)

**Objetivo de la actividad:** Explicar en qué consiste la herramienta y practicar su llenado.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador), Copia de la Escala PEDS.

**Tiempo:** 25 minutos

**Procedimiento:** Con apoyo de una presentación en powerpoint se explicará en qué consiste la Escala PEDS (ver anexo 7), una vez explicada se mostrará una hoja de respuesta requisitada como ejemplo, de esta manera se dará lectura a cada pregunta de la Escala y se motivará a los participantes den ejemplos de respuesta, provocando a la dinámica de lluvia de ideas, para el llenado, solicitando a los participantes puedan llenar como ejemplo la copia de la escala PEDS que se encuentra dentro de la carpeta del contenido del taller. Al terminar con esta actividad se preguntará si hay dudas respecto a la herramienta para ser aclaradas.

#### **Descripción de la herramienta:**

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2012), la escala Parent's Evaluation of Development Status (PEDS), es una herramienta desarrollada para valorar las preocupaciones de los padres. Esta

herramienta tiene una sensibilidad del 74-79% y una especificidad del 70-80% para detectar problemas del desarrollo de los niños de 0 a 7 años y 11 meses de edad. Si los padres responden de forma afirmativa a dos o más preguntas del cuestionario, existe un 52% de probabilidades de que el menor vaya a necesitar adaptaciones curriculares y educación especial. Si los padres solo contestan una pregunta afirmativamente, existe un 29% de que el niño va necesitar medidas de apoyo y refuerzo. Por lo tanto, una o más respuestas afirmativas reflejarán la necesidad de derivar al menor para que se realice una evaluación más pormenorizada. El PEDS es una prueba útil, breve y sencilla.

**Actividad 5:** Herramienta 2 -Tabla del Desarrollo Haizea-Llevant (anexo 8).

**Objetivo de la actividad:** Dar a conocer en qué consiste la herramienta, practicar su llenado y proporcionar estrategias a seguir al detectar un retraso madurativo.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  
Copia del formato de la tabla del desarrollo Haizea-Llevant.

**Tiempo:** 40 minutos.

**Procedimiento:** Mediante una presentación en powerpoint se explicará en qué consiste la Tabla de desarrollo Haizea-Llevant, y se explicará la forma en que se aplicará, su llenado y valoración (calificación) en la práctica clínica, se solicitará la participación de cada participante para dar lectura por lo menos a un aspecto a explorar de cada área (socialización, lenguaje y lógica matemática, manipulación y postural) a la par se pedirá a los participantes den ejemplos para asegurar la comprensión de la exploración (no olvidando resaltar que los participantes son médicos), se hará hincapié de los signos de alerta en cada edad y se hablará de qué estrategias se

deben seguir ante un retraso madurativo. Al terminar con esta actividad se preguntará si hay dudas respecto a la herramienta y se aclararán.

**Descripción de la herramienta:**

La escala de Haizea-Llevant permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños de 0 a 5 años. Ofrece el margen normal de adquisición de algunas habilidades fundamentales durante la infancia. El test incluye 97 elementos que se distribuyen en las siguientes áreas: socialización (26 elementos), lenguaje y lógica-matemática (31 elementos), manipulación (19) y postural (21). En cada uno de los elementos se indica la edad en que lo ejecutan el 50%, el 75% y el 95% de la población infantil. Además, como valor añadido, el instrumento incluye unos signos de alerta, cuya presencia, en cualquier edad o a partir de edades concretas, indican la posibilidad de alteraciones (Secretaría de Salud, 2012).

**Actividad 6:** Servicio de Coffee Break

**Objetivo de la actividad:** Tomar un receso.

**Tiempo:** 15 minutos

**Material:** Café, agua y galletas.

**Actividad 7:** Herramienta 3 –Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) (anexo 9)

**Objetivo de la actividad:** Dar a conocer en qué consiste la herramienta y practicar su llenado.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  
Copia del formato del CHAT.

**Tiempo:** 25 minutos.

**Procedimiento:** A través de una presentación en powerpoint se dará a conocer en qué consiste Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), (anexo 9) se dará lectura de cada uno de los ítems de la lista y se explicará la forma en que se aplicará, su llenado y valoración (calificación) en la práctica clínica, al final de esta actividad se aclararán las dudas respecto a la herramienta.

**Descripción de la herramienta:**

El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), es un instrumento de cribado diseñado para detectar rasgos de autismo que se administra durante la exploración evolutiva de los 18 meses, a través de 9 preguntas dirigidas a los padres y 5 de exploración por parte del pediatra. Ofrece señales de alerta que indicarían la necesidad de una evaluación por expertos. El CHAT fue utilizado como instrumento de detección en un seguimiento de 6.000 niños en Inglaterra y presentó una baja sensibilidad (0,40) y una alta especificidad (0,98), con un valor predictivo positivo de 0,26. Cuando fueron reevaluados los niños que fallaron a los 18 meses, el valor predictivo positivo aumentó para 0,75, aumentando el poder de detección. El fallo de 3 ítems claves (uso de protodeclarativos -señala con el dedo índice para compartir experiencia-, monitoreo de la mirada

y juego imaginativo) a los 18 meses, implicaba en un riesgo de 83,3% de presentar autismo (Cortez & Contreras, 2007).

**Actividad 8:** Herramienta 4 –Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (anexo 10).

**Objetivo de la actividad:** Dar a conocer en qué consiste la herramienta, practicar su llenado y proporcionar estrategias a seguir al detectar un retraso madurativo.

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  
Copia del formato del M-CHAT.

**Tiempo:** 50 minutos.

**Procedimiento:** A través de una presentación en powerpoint se explicará en qué consiste la Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (anexo 10) leyendo cada uno de los ítems de la lista y se explicará la forma en que se aplicará, su llenado y valoración (calificación) en la práctica clínica. Al terminar con esta actividad se preguntará si hay dudas respecto a la herramienta y aclararán dudas al respecto.

#### **Descripción de la herramienta:**

El M-CHAT es una modificación del Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), el cual pretende aumentar la sensibilidad para detectar niños con TEA entre 16 a 30 meses de edad. Es una ampliación del CHAT de 9 a 23 preguntas dirigidas a padres, omitiendo la parte B, que consistía en una sección de observación por cuatro cuestiones. Se considera como criterio de resultado alterado el fallo de 3 de las 23 preguntas, o bien 2 de 6 preguntas claves: interés en otros

niños e imitación, atención conjunta (utilización de protodeclarativos y monitoreo de la mirada), traer objetos para mostrar a los padres y contestar al llamado. Esto incrementó la sensibilidad y la especificidad al 97% y 95% utilizando el primer criterio y del 95% a 99% utilizando el segundo criterio (Cortez & Contreras, 2007).

**Actividad 9:** Beneficios de la detección temprana.

**Objetivo de la actividad:** Dar a conocer cuáles son las consecuencias de detectar tardíamente y cuáles son los beneficios de la detección temprana del Síndrome de Asperger (ver diapositivas núm. 29 y 30 de anexo 13)

**Material:** Equipo de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

**Tiempo:** 20

**Procedimiento:** Mediante una presentación en powerpoint se darán a conocer cuáles son las consecuencias de no detectar tempranamente, así mismo se expondrá los beneficios que se obtienen de la detección temprana para que el diagnóstico se logre antes de los 6 años.

**Actividad 10:** Reflexión sobre la actitud ante la detección temprana del SA.

Dinámica: Turistas, vigías y marineros ¿con qué actitud vas por la vida?

**Objetivos de la actividad:**

- Identificar sus actitudes y motivaciones ante decisiones, responsabilidades, retos y tareas.
- Analizar sus barreras internas y discurso defensivo.

- Fomentar la proactividad como opción de mejora y satisfacción personal.
- Reflexionar acerca de cómo los participantes se involucran o no en los hechos (detección temprana del SA), logrando darse cuenta y adquirir el compromiso del cambio de actitud.

**Material:** lentes oscuros tipo fashion turista, telescopios hechos de cartón, gorras de marinero, post it, lapiceros, tarjetas con refranes, equipo de proyección.

**Tiempo:** 45 minutos.

**Procedimiento:** Se pedirá a los participantes se reúnan en grupos de 5 personas; primeramente se mostrará en proyección una imagen que represente las tres personalidades (turista, vigía y marinero). Ya formados los grupos se les hará entrega de 15 hojas tipo post it por cada grupo, y se dará inicio con una lluvia de ideas con las tareas-decisiones que habitualmente tienen que hacer los participantes en su vida personal como en su actividad profesional. Una tarea-decisión que escribirá en un post-it cada participante, al menos deberá escribir 10 ideas por cada grupo.

El facilitador explicará con breves ejemplos las tres posiciones o actitudes que podemos tener ante cualquier reto o tarea:

1. Turista (t): actitud cómoda, de no movernos ni cambiar, de no adentrarnos a explorar cosas nuevas. La representará con unas gafas fashion de turista. Es quien tiene una respuesta de “es que....”
2. Vigía (v): actitud vigilante y observadora del que quiere hacer lago, pero no se acaba de decidir, le gustaría, pero no se atreve y lo deja para otro momento. La representará con un catalejo o telescopio de cartón. Es el quien tiene la respuesta de “hay que...”
3. Marinero (m): actitud valiente y aventurero (a), proactivo, propositivo, típico de la persona que desafía a su zona cómoda y que considera cualquier tarea o actividad como una

oportunidad para aprender y poner a prueba sus talentos, para conocer más cosas. La representará con una gorra de marinero. Es quien tiene la respuesta “hay que explorar, hay que hacer...”

Cada grupo trabajará el ejercicio respecto a las actitudes, se les dará las instrucciones a cada grupo, considerándose lo siguiente:

1. Tres personas de cada grupo, asume un rol de actitud: turista, vigía, marinero y comentarán entre su grupo algunas de las notas escritas en los post-it (tarea-decisión) desde su actitud, es decir cómo tomarían esa decisión o tarea desde su postura.
2. Una vez que hayan hablado de las tareas-decisiones entre ellos, colocaran esas tarjetas en una línea que va desde un extremo turista hasta otro marinero, es decir, en función del mayor o menor grado de proactividad o actitud marinera que tenemos ante la misma.
3. Cada grupo representará una situación cotidiana de ellos/as en la que se pongan de manifiesto los tres personajes o actitudes (turistas, vigía y marinero). Por ejemplo: la preparación de un examen – el turista no estudia, el vigía lo deja todo para el último día y el marinero se programa desde el primer día que se le avisa que tendrá examen.
4. Posteriormente se les pedirá que piensen en algunas tareas futuras en que les cuesta más ser marineros y hagan un pequeño plan para desafiar a sus zonas de confort o indecisiones, compartirán con todos los participantes.
5. Cada grupo compartirá con el resto de los participantes los ejemplos del ejercicio tareas-decisiones, dando por lo menos tres ejemplos que ellos seleccionen.

6. Posteriormente se les hará entrega a cada grupo de tres tarjetas con refranes, con la finalidad de que identifiquen qué personalidad se aplicaría a cada refrán y se compartirán con todos los participantes la lectura y opiniones de la aplicación. Ejemplos de refranes: quien da primero, da dos veces (m); quien todo lo quiere, todo lo pierde (t); la disciplina es la antesala del éxito (m); no por mucho madrugar amanece más temprano (t); quien a buen árbol se arrima buena sombra le acobija (t), etc.
  
7. Una vez que se ha entendido y practicado la dinámica con ejemplos cotidianos de decisiones y tareas además de los refranes se les motivará a la reflexión y compromiso respecto al tema tratado en el taller que es la detección temprana del Síndrome de Asperger, pidiéndoles mediante lluvia de ideas que cada grupo aporte 2 ideas de actitud de marinero, 2 ideas de actitud vigía y 2 ideas de actitud de turista.

**Actividad 11:** Evaluación final.

**Objetivo de la actividad:** Medir los conocimientos adquiridos.

Dinámica ¿ahora, qué tanto conozco del Síndrome de Asperger?

**Material:** Pizarrón, Cuestionario de autoevaluación, lapiceros.

**Tiempo:** 10 minutos

**Procedimiento:** El facilitador preguntará a cada participante de la escala de 0 al 10 dónde el 0 es NADA y 10 es EXPERTO, ¿qué tanto conoce ahora del Síndrome de Asperger?, la respuesta verbal (número) de cada participante será anotada por el facilitador en la lista que fue realizada en la actividad 3 en el pizarrón seguido de su nombre. Posteriormente se pedirá contesten el

cuestionario de autoevaluación que se encuentra dentro de la carpeta solicitando que sea entregado ya que hayan completado de llenarlo.

**Actividad 12:** Retroalimentación (Dinámica: Completamiento de frases) y Cierre.

**Objetivos de la actividad:** Recoger la opinión de cada participante con respecto a los resultados del trabajo grupal realizado y obtener la retroalimentación con respecto a los logros y deficiencias de las actividades realizadas, llevar a cabo el cierre del taller.

**Material:** Hojas con frases incompletas, lapiceros.

**Tiempo:** 35 minutos

**Procedimiento:**

Dinámica Completamiento de frases

1. Se hará entrega a cada participante con una hoja en dónde está impresa una lista de de frases incompletas, las cuales inducirán respuestas por parte de los participantes del taller, estas frases están relacionadas al tema visto, las cuales serán:

En este taller:

Aprendí \_\_\_\_\_

Ya sabía \_\_\_\_\_

Me sorprendí por \_\_\_\_\_

Me molesté por \_\_\_\_\_

Me gustó \_\_\_\_\_

Me gustaría saber más acerca \_\_\_\_\_

Una pregunta que todavía tengo es \_\_\_\_\_

2. El facilitador pedirá a cada participante complete de modo independiente sin consultar a nadie y aclarando que no es necesario poner el nombre.
3. A medida que cada participante termina recogerá las hojas.
4. Una vez recogidas todas las hojas, el facilitador leerá en voz alta las respuestas dadas a cada frase. Comentaré lo más relevante de las mismas, agradeciendo a la vez su participación.

Cierre del Taller.

Al terminar la dinámica Completamiento de Frases, el facilitador agradecerá a los participantes su interés y entusiasmo mostrado en las actividades realizadas, así mismo sugerirá consultar en sitios web dónde pueden encontrar más información respecto al Síndrome de Asperger haciendo también mención de las dependencias de gobierno en Acapulco que dan atención y apoyo a pacientes y familias de niños o personas que están dentro del Trastorno del Espectro Autista, señalando que esta información se encuentra al reverso de los trípticos distribuidos dentro de la carpeta de contenido (anexos 5 y 6).

Con esto se dará por concluido el Taller agradeciendo nuevamente la presencia y participación.

## Carta Descriptiva

### Sesión 2

**Taller Psicoeducativo:** Síndrome de Asperger, detección temprana en el control del niño sano

**Número de sesión:** 2 de 2

**Duración sesión:** 5 horas.

#### Objetivos Sesión 2:

1. Instruir a los participantes cuáles son las herramientas que se recomiendan para la detección temprana de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), cuáles son sus características y practicar su llenado.
2. Lograr la reflexión y la sensibilización de la importancia del papel que juegan como médicos y lograr la identificación de su actitud ante la detección temprana del Síndrome de Asperger.

ACTIVIDAD /TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES
A1: Bienvenida	Dar la bienvenida a la segunda sesión del taller.	Saludo y bienvenida.	El facilitador saludará a los participantes y nuevamente solicitará escribir su nombre en las etiquetas.	10 mins.	Etiquetas tipo gafete, plumones.
A2: Resumen sesión 1	Resumir lo que se trató en la sesión 1	Expositiva.	A manera de recordatorio mediante presentación se retomarán puntos importantes vistos en la sesión 1: las características del SA, qué nivel ocupa dentro de los TEA, la edad de las primeras sospechas y signos tempranos del TEA-SA.	15 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)
A3: Objetivos sesión 2.  Herramientas de detección temprana.	Dar a conocer los objetivos de la segunda sesión.  Dar a conocer las herramientas de detección temprana.	Expositiva	El facilitador mostrará mediante presentación los objetivos de la segunda sesión. El facilitador mostrará mediante presentación las herramientas de detección temprana que se enseñaran y practicarán.	10 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)

<b>ACTIVIDAD /TEMA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESARROLLO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIALES</b>
A4: Herramienta 1- PEDS	Explicar en qué consiste la herramienta y practicar su llenado.	Expositiva.  Participación activa, práctica de llenado.	El facilitador explicará con apoyo de presentación las características de la herramienta Escala Parent's Evaluation of Development Status (PEDS). El facilitador mostrará mediante presentación un ejemplo del llenado de la herramienta dando lectura a cada pregunta de la Escala, posteriormente pedirá tomen el formato que se encuentra dentro de la carpeta de contenido (anexo 7) y se dará la práctica del llenado solicitando a los participantes den ejemplos de respuestas.	25 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  Copia de la Escala PEDS (anexo 7).
A5: Herramienta 2 – Tabla del Desarrollo Haizea- Llevant	Dar a conocer en qué consiste la herramienta, practicar su llenado y proporcionar estrategias a seguir al detectar un retraso madurativo.	Expositiva.  Participación activa, práctica de llenado.  Diálogo.	El facilitador explicará con apoyo de presentación las características de la herramienta Tabla de desarrollo Haizea-Llevant, posteriormente pedirá a los participantes den lectura a por lo menos un aspecto a explorar de cada área del desarrollo y a la par se pedirá su participación con ejemplos de la exploración del niño, se hará hincapié de los signos de alerta en cada área y el facilitador hablará respecto a qué estrategias seguir ante un retraso madurativo. Se aclararán dudas sobre la herramienta.	40 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  Copia de la Tabla del Desarrollo Haizea-Llevant (anexo 8).

<b>ACTIVIDAD /TEMA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESARROLLO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIALES</b>
A6: Coffe Break	<b>RECESO</b>		<b>RECESO</b>	15 mins.	Servicio de café, agua y galletas.
A7: Herramienta 3 – CHAT	Explicar en qué consiste la herramienta y practicar su llenado.	Expositiva.  Participación activa, práctica de llenado.  Diálogo.	El facilitador explicará con apoyo de la presentación las características de la herramienta Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), dará lectura de cada uno de los ítems de la lista y explicará la forma en que se aplicará, su llenado y calificación en la práctica clínica. Al terminar esta actividad se aclararán dudas respecto a la herramienta.	25 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  Copia del CHAT (anexo 9).
A8: Herramienta 4 –M-CHAT	Explicar en qué consiste la herramienta y practicar su llenado	Expositiva.  Participación activa, práctica de llenado.  Diálogo.	El facilitador explicará con apoyo de la presentación las características de la herramienta Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), dará lectura de cada uno de los ítems de la lista y explicará la forma en que se aplicará, su llenado y calificación en la práctica clínica. Al terminar esta actividad se aclararán dudas respecto a la herramienta.	50 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)  Copia del M-CHAT (anexo 10).

<b>ACTIVIDAD /TEMA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESARROLLO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIALES</b>
A9: Beneficios de la detección temprana.	Dar a conocer cuáles son las consecuencias de detectar tardíamente y cuáles son los beneficios de la detección temprana del SA.	Expositiva	El facilitador explicará con apoyo de la presentación las consecuencias de la detección tardía y los beneficios de la detección temprana. (diapositivas 29 y 30 del anexo 13).	20 mins.	Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla, apuntador)
A10: Reflexión sobre la actitud ante la detección temprana del SA.	<p>Que los participantes identifiquen su actitud y motivación ante decisiones, responsabilidades, retos y tareas.</p> <p>Que los participantes analicen sus barreras internas y discurso defensivo.</p> <p>Fomentar la proactividad como opción de mejora y satisfacción personal.</p> <p>Que los participantes reflexionen cómo se involucran o no en los hechos (detección temprana), logrando darse cuenta y adquirir el compromiso del cambio de actitud.</p>	Dinámica: Turistas, vigías y marineros ¿con qué actitud vas por la vida?	El facilitador pedirá a los participantes se reúnan en grupos de 5 personas, mostrará primeramente imágenes en presentación de powerpoint que representen las personalidades de turista, vigía y marinero. Formados los grupos hará entrega de 15 hojas tipo post it para cada grupo y se dará inicio con una lluvia de ideas que ejemplifiquen tareas y decisiones que habitualmente tienen en su vida personal y en su actividad profesional. La tarea-decisión la escribirán en un post it, al menos deberán escribir 10 ideas por cada grupo, por ejem. la preparación de un examen (tarea)- el turista no estudia, el vigía lo deja todo para el último día y el marinero se programa desde que el primer día que se le avisa (decisión) el procedimiento de la dinámica se muestra en el desarrollo por sesión pp. 131-134	45 mins.	<p>Presentación en PowerPoint, material de proyección (computadora laptop, cañón proyector, pantalla)</p> <p>Lentes oscuros tipo fashion.</p> <p>Telescopios hechos de cartón.</p> <p>Gorras de marinero.</p> <p>Post-it</p> <p>Lapiceros.</p> <p>Tarjetas con refranes.</p> <p>Equipo de proyección.</p>

ACTIVIDAD /TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES
A11: Evaluación final.	Medir los conocimientos adquiridos.	Dinámica de autoevaluación numérica.  Cuestionario.	El facilitador preguntará a cada participante de la escala de 0 al 10 ¿qué tanto conoce ahora del Síndrome de Asperger?, anotando cada respuesta seguida del número anotado en el pizarrón en la actividad 3, seguido de su nombre. Posteriormente se pedirá contesten el cuestionario de autoevaluación.	10 mins.	Pizarrón, plumones, cuestionario de autoevaluación.
A12: Retroalimentación.  Cierre final.	Cerrar la sesión recogiendo la opinión de cada participante en relación a los resultados del trabajo grupal y obtener la retroalimentación con respecto a los logros y deficiencias de las actividades realizadas.	Dinámica: Completamiento de frases.  Diálogo	El facilitador entregará a cada participante una hoja con una lista impresa de frases incompletas, las cuales serán completadas de acuerdo al tema visto en el taller, las frases son las siguientes: aprendí...,ya sabía..., me sorprendí por..., me molesté por..., me gustó...,me gustaría saber más acerca ..., una pregunta que todavía tengo es... Posteriormente recogerá las hojas y leerá en voz alta las respuestas y comentará lo más relevante de las mismas.  Al terminar el facilitador agradecerá la participación activa y entusiasta mostrada en el taller, recalcará la importancia de la búsqueda de información respecto a los TEA en los sitios web y hará mención de las dependencias gubernamentales que dan atención y apoyo a pacientes y familiares en Acapulco. Dará por concluido el taller.	35 mins	Hoja con frases incompletas Lapiceros

## Discusión y Conclusiones

Este trabajo se ha centrado en la dificultad de detección temprana del Síndrome de Asperger la cual se debe a varios factores, entre ellos la edad del niño que en muchas ocasiones puede parecer que el niño es muy pequeño para poder pensar la existencia de un posible problema, encontrándose que la edad de obtención de diagnóstico en la infancia se da en el promedio de edad entre los 9 y 11 años a pesar de que la primer consulta médica por motivos de preocupaciones por parte de los padres se da cuando el niño tiene 3.5 años en promedio, transcurriendo por lo menos de 6 a 8 años para que se obtenga un diagnóstico.

Otro de los factores es la comorbilidad de problemas que se presentan debido al síndrome y que éstos en muchas ocasiones suelen opacar la presencia del mismo, ya que la sintomatología adjunta que se presenta generalmente como problemas de ansiedad, inquietud, impulsividad, depresión, problemas de aprendizaje, trastornos alimenticios como lo es la desnutrición, trastornos del sueño, entre otros, suelen hacer que éste se vuelva invisible como primera opción de problema, perdiéndose o disfrazándose el detonante de los síntomas comorbidos.

Además de estas dificultades actualmente se agrega que el nombre como tal, ha desaparecido en la última edición del Manual de Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5, encerrándolo dentro del grupo de Trastornos del Espectro Autista (TEA), por lo que ha dejado de llamarse Síndrome de Asperger. Podría existir el cuestionamiento del por qué el nombre de TEA habría de dificultar la detección a tiempo; primeramente sería más difícil debido

a que el autismo se caracteriza como un marcado déficit cognitivo en donde en muchos casos hay retraso mental, las alteraciones del lenguaje están alteradas, los niños con autismo clásico o autismo de Kanner como también se conoce, cuentan con estereotipias más marcadas así como comportamientos restringidos y la aparición del lenguaje está alterado o en los casos graves de autismo no se presenta el lenguaje. En el caso del cuadro del Síndrome de Asperger el conjunto de síntomas no son tan evidentes ya que son de mucho menor grado, el niño con este síndrome desea interactuar socialmente pero su principal problemática es que no comprende las pautas sociales por lo que difícilmente puede interactuar con sus pares, el lenguaje aparece en tiempo normal, de acuerdo al DSM IV-TR pero en los criterios de Gillberg, que también son tomados en cuenta por muchos profesionales para el diagnóstico, éste suele tener un retraso inicial apareciendo desfasadamente, manteniendo la dificultad de comprensión e interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas, en sí el lenguaje verbal y no verbal se encuentra afectado.

El término Trastorno del Espectro Autista, puede ocasionar mayor negatividad de aceptación por parte de los padres con niños cuyos signos se perciben a edades tempranas no considerándolos como un alteración del desarrollo, sino como parte del proceso variable de crecimiento, lo cual dificultaría en mucho la aceptación de la posibilidad de que su hijo/a pueda tener un problema y por lo tanto alargar el tiempo de espera y se disminuya o pierda la probabilidad de que éste pueda ser detectado a edades tempranas, además de que puede marcar etiquetas y estigmas sociales si se ignora de qué se trata el espectro.

Pese a que estudios realizados en países como España, República de Argentina y Reino Unido muestran que los padres tenían sospechas entre los 12 y 36 meses de edad de su hijo teniendo la primer consulta entre los 26 y 36 meses de edad del niño, teniendo como resultado del estudio específico de la República de Argentina que el 65.8% de los casos el pediatra fue el primer profesional consultado entre los 32 y 13.6 meses de edad del niño y en el estudio del Reino Unido el primer profesional al que acudieron los padres fue el médico general de aquí, el 10% obtuvieron un diagnóstico, el 50% dieron un diagnóstico equivocado y el 12% sugirieron si los síntomas persistían, volvieran a consultar. En este mismo estudio la edad de confirmación del diagnóstico se obtuvo en promedio entre los 9 y 11 años con un rango de edad de 3 a 33 años de los cuales el 17% de éstos obtuvo el diagnóstico de Síndrome de Asperger a los 5 años de edad y el 9.8% no obtuvo diagnóstico hasta los 20 años o posteriormente. Existiendo una demora de diagnóstico todo esto de acuerdo a Cortez & Contreras (2007), Hernández, y otros (2005) y Naranjo (2014).

Es por ello que se atribuye que la problemática de detección en la infancia y niñez temprana del TEA-SA gira principalmente entorno a la falta de entrenamiento o capacitación por parte de los médicos pediatras debido a que dentro del control del niño sano sólo se han limitado a explorar la salud y desarrollo físico y a prevenir enfermedades físicas, ignorando por completo el desarrollo comunicativo y social del niño en cada visita rutinaria. A pesar de que dentro de los Programas de Atención de Salud Mental en México, el Gobierno Federal a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ha atendido el tema de Evaluación Infantil elaborando la Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil “EDI”, lamentablemente en Acapulco esta herramienta de tamizaje (EDI) aún no es implementada formalmente como parte del seguimiento del control del niño sano en las Instituciones y Centros de Salud, por lo que de acuerdo a lo encontrado solo se ha

brindado la capacitación al personal encargado de los módulos de medicina familiar pero el material como es el espacio y la papelería correspondiente para la aplicación de ésta no lo tienen aún a disposición.

Esta laguna informativa aún no ha sido atacada de lleno, por lo que hasta la fecha en Acapulco no se sabe de una educación continua dirigida a los médicos pediatras y familiares para el entrenamiento de la detección temprana del SA o el TEA, aunque ha habido conferencias respecto a lo qué es el Síndrome o el TEA, se puede aún vislumbrar que dentro del gremio de médicos pediatras y familiares aún se percibe la falta de interés y compromiso para que dentro de la práctica clínica se realicen las observaciones necesarias para la detección del SA o del Trastorno del Espectro Autista..

Debido a la falta de información o capacitación para que el médico pediatra o familiar pueda orientar a los padres y promover la observación del desarrollo integral del niño de manera conjunta (médico y padres) se plantea la propuesta del desarrollo e impartición de un Taller Psicoeducativo teniendo como objetivos generales el brindar información del cuadro clínico del Síndrome de Asperger; generar conciencia respecto a la necesidad de observar dentro del control del niño sano (0-5 años) signos implicados en el Síndrome de Asperger, para la detección temprana y capacitar en la aplicación y evaluación de herramientas de primera mano para su detección temprana.

El contar con la capacitación adecuada y concientización de los profesionales que de primera mano los padres confían, se buscará lograr la detección temprana a los 2 años coadyuvando de esta manera acortar el rango de edad de diagnóstico buscando que éste se reduzca a edades tempranas por lo menos entre 4 y 6 años de edad del niño, logrando con ello la intervención temprana a fin de favorecer las capacidades del niño considerando que es la edad óptima para estimular su neurodesarrollo, obteniendo como resultado que su inserción social sea menos difícil, con mayor autonomía y mejorando la calidad de vida tanto del niño como de la familia.

### **Limitaciones:**

El cupo del taller es pequeño comparado con el número de médicos pediatras, familiares y generales en Acapulco, por lo que la pretensión de informar y capacitar a la mayor parte de este gremio de profesionales sería paulatino.

No se tiene considerado un lugar fijo de impartición del taller y debido a esto no se cuenta con el costo del valor de recuperación del mismo.

### **Sugerencias:**

- Se puede captar información para tener una idea de qué tanto conocen los médicos generales, familiares y pediatras respecto a los problemas del neurodesarrollo en específico

del SA, pudiéndose obtener el dato cuantitativo mediante el cuestionario de evaluación inicial, aunque no es parte de los objetivos pero sí se observa que se puede lograr obtener la información de los datos si son capturados debidamente.

- Para llegar a un número considerable de médicos capacitados (participantes en el taller) se sugiere elaborar un calendario anual procurando impartirlo por lo menos 2 veces en cada mes del año.
- Se sugiere se promueva en clínicas y centros de salud de Acapulco como parte de la educación continua y actualización para médicos adscritos a estas dependencias.
- Se recomienda se promueva en las clínicas privadas, como en la red de médicos de Farmacias Similares, buscando el uso del espacio como puede ser un aula de usos múltiples.
- Se sugiere se promueva no solo con los médicos en la práctica, sino también con estudiantes de último grado de medicina general en universidades de gobierno y privadas.
- Se recomienda considerar desarrollar talleres psicoeducativos para Maestras de Preescolar, personal de guarderías, padres de familias y psicólogos, en el sentido de reforzar la promoción de información y capacitación en la detección temprana.

## Referencias

- A lo Aspergiano. (s.f.). *Video Autismo y Asperger las 5 Diferencias claves*. Obtenido de A lo Aspergiano:  
<https://www.youtube.com/watch?v=dnf6Clcbacs>
- Albores-Gallo, L., Hernández, L., Díaz, J., & Cortés, B. (2005). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Medigraphic. Salud Mental*, 37-44.
- Alcantud, F. (2013). *Trastornos del Espectro Autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatric (AACAP). (2014). *El psiquiatra de niños y adolescentes (psiquiatría infantil)*. Obtenido de AACAP:  
[https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_youth/facts\\_for\\_families/Facts\\_for\\_Families\\_Pages/Spanish/El\\_Psiquiatra\\_de\\_Ninos\\_y\\_Adolescentes\\_00.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_youth/facts_for_families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Psiquiatra_de_Ninos_y_Adolescentes_00.aspx)
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5*. España: Médica Panamericana.
- Angeles, E. (2014). *Manual teórico práctico del síndrome de Asperger*. México: Trillas.
- Angeles, E. (2016). *Padres vs. hijos con Síndrome de Asperger*. México: Trillas.
- Aprendde Autismo. (10 de marzo de 2016). *Prevalencia del autismo en México en 2016: 1 de cada 115 niños*. Obtenido de Aprendde Autismo, educación especial - Monterrey:  
<http://www.aprendde.com/blog/prevalencia-del-autismo-en-mexico-en-2016-1-de-cada-115-ninos/>
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Artigas-Pallarés, J. (9 de junio de 2005). *Síndrome de Asperger, un enfoque multidisciplinar. Actas de la primera jornada científico-sanitaria sobre Síndrome de Asperger*. Obtenido de Definitivo:Asperger libro: <http://asperger.org.ar/wp-content/uploads/2015/12/Sindrome-de-Asperger-un-Enfoque-Multidisciplinario.pdf>
- Attwood, T. (2002). *El Síndrome de Asperger: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.
- Berk, L. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Bruno, F. (1995). *Psicología infantil y desarrollo. Enciclopedia familiar*. México: Trillas.
- Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson Educación.

- Caballero, R. (9 de junio de 2005). *Comorbilidad y diagnóstico diferencial en Síndrome de Asperger*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/document/66891077/Comorbilidad-y-diagnostico-diferencial-en-el-Sindrome-de-Asperger>
- Carrascón, C. (5 de febrero de 2016). *Señales de alerta de los trastornos del espectro autista*. Obtenido de Aepap.org: [https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2\\_senales\\_de\\_alerta\\_de\\_los\\_trastornos\\_del\\_espectro\\_autista.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2_senales_de_alerta_de_los_trastornos_del_espectro_autista.pdf)
- Centro de Atención temprana Vínculo. (25 de julio de 2011). *Signos de alarma: TEA*. Obtenido de Centro de Atención temprana Vínculo: <http://www.vinculoatenciontemprana.com/deteccion-temprana-del-sindrome-de-asperger-signos-de-alarma/>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (27 de marzo de 2014). *Los CDC estiman que a 1 de cada 68 niños en los Estados Unidos se le ha identificado un trastorno del espectro autista*. Obtenido de Departamento de Relaciones con los Medios de Comunicación de los CDC: [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_trastorno\\_espectro\\_autista\\_0327.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_trastorno_espectro_autista_0327.html)
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). (24 de agosto de 2018). *Aprenda signos. Reaccion pronto. Indicadores del desarrollo*. Obtenido de CDC Centros para el control y la prevención de enfermedades: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/actearly/milestones/index.html>
- Cobo, M. d., & Morán, E. (2012). *El Síndrome de Asperger. Intervenciones psicoeducativas*. Zaragoza, España: Asociación Asperger y TGDs de Aragón.
- Cordoba-Palacios, R. (2008). *Génesis y esencia de la medicina*. Pers Bioét.
- Cortez, M., & Contreras, M. (Septiembre/Octubre de 2007). *Diagnóstico precoz de los Trastornos del Espectro Autista en edad temprana (18-36 meses)*. Obtenido de Servicios de clínicas interdisciplinarias. Hospital de pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan.: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752007000500008](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000500008)
- Craig, G., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- Dávila, J., & Garza, M. G. (2013). *Medicina familiar*. México: Alfil, S.A. de C.V.
- Díaz, D., & Latorre, J. M. (2015). *Psicología médica*. Barcelona, España: Elsevier España.
- Equipo de redacción de Concepto.de. (Diciembre de 2017). *Concepto de Salud (según la OMS)*. Obtenido de Concepto. de: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (septiembre de 2005). *Libro blanco de Atención Temprana*. Obtenido de [https://www.fcsd.org/fichero-69992\\_69992.pdf](https://www.fcsd.org/fichero-69992_69992.pdf)
- Fernández, A. (2014). *Revisión teórica del síndrome de Asperger*. Obtenido de [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3496/2226\\_Revisión%20teórica%20del%20Síndrome%20de%20Asperger.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3496/2226_Revisión%20teórica%20del%20Síndrome%20de%20Asperger.pdf?sequence=1)

- Ferrara, F. (24 de Abril de 2013). *Clase teórica de Salud Mental*. Obtenido de CEBAS no. 1 Floreal Ferrara: <http://cebas1laplata.blogspot.com/2013/04/clase-del-dr-floreal-ferrara-dando-un.html>
- Figuerola, S. (2012). *Introducción a la salud pública*. Obtenido de Universidad de San Carlos, Facultad de ciencias médicas : <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>
- García, M. (6 de julio de 2014). *Diferencias entre Asperger y autismo de alto funcionamiento*. Obtenido de Avances, Centro de Psicología: <https://psico-avances.com/diferencias-entre-asperger-y-autismo-de-alto-funcionamiento/>
- Garrido, E. (2015). *Estudio de Síndrome de Asperger desde la perspectiva psicológica forense. Un estudio sobre la percepción jurídica del síndrome, aspectos cognitivos, clínicos y aproximación a la valoración psicológica forense*. Barcelona.
- Garrido, E. (2015). *Estudio del Síndrome de Asperger desde la perspectiva psicológica forense. Un estudio sobre la percepción jurídica del síndrome, aspectos cognitivos, clínicos y aproximación a la valoración psicológica forense. Tesis doctoral*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Gavita, V., & Talavera, M. (Septiembre de 2012). *La construcción del concepto de salud*. Obtenido de Concepto Salud: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- Glosario. Detección precoz*. (2001-2018). Obtenido de Espacio Logopédico: <https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=424>
- Hernández, J., Artigas-Pallares, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona, M., . . . Hervás-Zuñiga, A. (25 de abril de 2005). *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. Obtenido de infoautismo: [https://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/09/04.\\_guideteccioTEA.pdf](https://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/09/04._guideteccioTEA.pdf)
- Infocob online*. (11 de abril de 2018). Obtenido de El papel esencial del psicólogo en el diagnóstico y abordaje de los TEA, según la APA: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7373](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7373)
- Landa, R. (2013). *Reconociendo los primeros signos en los trastornos del espectro autista. Video tutorial*. Obtenido de Center for autism and related disorders at Kenney Krieger Institute: <https://autismomadrid.es/familias/video-sobre-los-signos-de-sospecha-de-tea-a-partir-de-un-ano-de-edad/>
- Maganto, C., & Cruz, S. (s.f.). *Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia*. Obtenido de [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/38c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf)
- Mandal, A. (2018). *¿Cuál es pediatría?* Obtenido de News Medical Life Sciences: [https://www.news-medical.net/health/What-is-Pediatrics-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Pediatrics-(Spanish).aspx)
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., . . . Rojas, E. (agosto de 2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Obtenido de Salud Mental. Publicación oficial del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/956/954](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956/954)

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de Pacientes con Trastorno del Espectro Autista y Atención Primaria*. Obtenido de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheader>
- Morris, C., & Maisto, A. (2001). *Psicología*. México: Pearson Educación.
- Myers, R., Martínez, A., Delgado, A., Fernández, J., & Martínez, A. (2013). *Desarrollo infantil temprano en México. Diagnóstico y recomendaciones*. México: Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Naranjo, R. (17 de mayo de 2014). *Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger*. Obtenido de scielo.org: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v12n21/v12n21a07.pdf>
- National Institute of Health (NIH). (2017). *Registro de los hitos del desarrollo*. Obtenido de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002002.htm>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (diciembre de 2012). *Síndrome de Asperger*. Obtenido de NIH: [https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome\\_de\\_Aasperger.htm](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_Aasperger.htm)
- Orellana, C. (20 de mayo de 2016). *¿Por qué no es el pediatra o el médico de familia el profesional que está detectando a los niños con trastornos del espectro autista?* Obtenido de Autismo Diario: <https://autismodiario.org/2016/05/20/los-pediatras-no-diagnostican-autismo/>
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Trastornos mentales y de comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (4 de abril de 2017). *Nota descriptiva, trastornos del espectro autista*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (9 de abril de 2013). *¿Cuál es la definición de salud según la OMS?* Obtenido de Preguntas frecuentes: [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142)
- Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. (2011). *IESM-OMS Informe sobre sistema de salud mental en México*. México: OPS/OMS/SSA.
- Organization for Autism Research, Inc. (2005). *Un viaje por la vida a través del autismo. Guía del Síndrome de Asperger para educadores*. Arlington, VA: OAR.
- Orozco, S. (2014). *Normalidad y anormalidad psicológica y niveles de prevención*. Obtenido de Revista electrónica Psyconex. Universidad de Antioquía: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/22445>

- Palomo, R. (2016). *DSM 5 Criterios diagnósticos. Traducción del espectro del autismo. 299.00 (F84.0)*. Obtenido de Fundación ASEMCO: <https://www.fundacionasemco.org/documentos/asemco-dcm5.pdf>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Pérez, M., Escotto, E., & Arango, J. C. (2014). *Rehabilitación neuropsicológica. Estrategias de trastornos de la infancia y del adulto*. México: El Manual Moderno.
- Pons, A., & Moya, S. (2 de Diciembre de 2012). *Atención temprana. La mejor prevención*. Obtenido de Asociación Española de Pediatría de atención primaria: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/eventos-del-desarrollo/deteccion-precoz/atencion-temprana-la-mejor-prevencion>
- Proyecto Autisme*. (2016). Obtenido de Autismo la Garriga: <https://www.autismo.com.es/autismo/autismo-la-garriga.html>
- Promoción de la salud. Centro de noticias*. (27 de abril de 2016). Obtenido de Autismo, padecimiento en uno de cada 115 niños en México: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=19970>
- Rafols, H. (2010). *¿Son el Síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento, entidades clínicas distintas?* Obtenido de <https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/151643/TFC-RAFOLS-2010.pdf?sequence=1>
- Rodríguez, F. (2009). *Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el Síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión*. Obtenido de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317756003.pdf>
- Sánchez-Pardiñez, S. (2016). *Criterios diagnósticos de Gray, Attwood y Holliday-Willey. En positivo*. Obtenido de Mundo Asperger.: <https://www.mundoasperger.com/2016/04/criterios-diagnosticos-de-gray-atwood-y.html>
- Sandoval, J., & Richard, M. (2005). *La salud mental en México*. México: Servicio de Investigación y Análisis. División política social.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Sarafino, E. (2008). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Trillas.
- Secretaría de Salud. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista*. México: IMSS.
- Secretaría de Salud. (2012). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*. Obtenido de Secretaría de Salud. Gobierno Federal: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/528\\_GPC\\_Espectroautista/GER\\_Autismo.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/528_GPC_Espectroautista/GER_Autismo.pdf)
- Secretaría de Salud. (28 de diciembre de 2015). *El autismo en la actualidad*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10543/sem12.pdf>

- Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). *Manual para la Evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo*. México: Secretaría de Salud.
- Sistema Nacional de Salud de México. (2013). *Biblioteca Básica*. Obtenido de Facultad de Medicina, UNAM: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.2.pdf>
- Solloa, L. (2010). *Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Tamayo, R. (2009). *Terapéutica: Neurodesarrollo*. Obtenido de Excelencia en neurorehabilitación: <http://www.rigotamayo.com.ar/neurodesarrollo.html>
- Torres, N. (2016). *Desarrollo del niño. Proyecto Especial Consejo de la Niñez*. Obtenido de Administración para el cuidado y desarrollo interal de la niñez (ACUDEN): <http://www.pr.gov/NR/rdonlyres/6B7894E3-84A2-431D-BC2A-9206137C34C0/0/PresentacionDesarrollodelNinoparaAdiestramientoEstandares.pdf>
- Valdez, D. (2001). *Teoría de la mente y espectro autista*. Obtenido de Instituto de Terapia Cognitiva (INTECO): <http://www.inteco.cl>
- Villa, V. (2004). *Necesidad de la creación de una clínica de salud mental en Acapulco, Guerrero*. Acapulco.
- Vivó, M. (14 de Diciembre de 2017). *Signos de alarma en el desarrollo infantil: cuándo sí debemos preocuparnos*. Obtenido de Centros de Desarrollo Cognitivo: <https://www.redcenit.com/signos-de-alarma-en-el-desarrollo-infantil/>

# ANEXOS

## Anexo 1

**Cuadro 1.- Hitos del Desarrollo Físico (motor fino y grueso) de la infancia (dos primeros años).**

<b>Habilidad motora</b>	<b>Medida de la edad del logro</b>	<b>Periodo de edad en el que el 90% de los niños alcanza la habilidad</b>
Cuando se le sujeta derecho, cabeza erecta y firme	6 semanas	3 semanas a 4 meses
Cuando está boca abajo, se levanta apoyándose en los brazos	2 meses	3 semanas a 4 meses
Gira desde un lado a la espalda	2 meses	3 semanas a 5 meses
Coge un cubo	3 meses y 3 semanas	2 a 7 meses
Gira desde la espalda a un lado	4 meses y medio	2 a 7 meses
Se sienta por sí mismo	7 meses	5 a 9 meses
Gatea	7 meses	5 a 11 meses
Se sujeta para ponerse de pie	8 meses	5 a 12 meses
Juega a pat a cake	9 meses y 3 semanas	7 a 15 meses
Se mantiene de pie sólo	11 meses	9 a 16 meses
Anda sólo	11 meses y 3 semanas	9 a 17 meses
Construye torre de dos cubos	13 meses y 3 semanas	10 a 19 meses
Hace garabatos	14 meses	10 a 21 meses
Sube las escaleras con ayuda	16 meses	12 a 23 meses
Salta en el mismo lugar	23 meses y 2 semanas	17 a 30 meses

Fuente: (Berk, 2001, p. 188)

## Anexo 1

**Cuadro 2.- Hitos del Desarrollo Físico (motor fino y grueso) en la niñez temprana (de 3 a 5 años).**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad motora y desarrollo físico</b>
3 años	Trepa bien Corre fácilmente Puede pedalear un triciclo Sube y baja escaleras, un pie por escalón.
4 años	Brinca y se sostiene en un pie hasta por 2 segundos. La mayoría de las veces agarra una pelota. SE sirve los alimentos, los hace papilla y los corta (mientras el adulto vigila).
5 años	Se para en un pie por 10 segundos o más. Brinda y puede ser que dé saltos de lado. Puede dar volteretas. Usa tenedor y cuchara y, a veces, cuchillo Puede ir al baño solo. Se columpia y trepa.

Fuente: (Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), 2018)

## Anexo 1

**Cuadro 3.- Indicadores del Desarrollo Cognitivo de la infancia (dos primeros años) - aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas.**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad Cognitiva</b>
2 meses	<p>Se interesa en las caras.</p> <p>Comienza a seguir las cosas con los ojos y reconoce a las personas a distancia.</p> <p>Comienza a demostrar aburrimiento si no cambian las actividades (llora, se inquieta)</p>
4 meses	<p>Deja saber si está contento o triste.</p> <p>Responde ante las demostraciones de afecto.</p> <p>Trata de alcanzar los juguetes con la mano.</p> <p>Coordina las manos y los ojos, como cuando juegan a esconder la carita de sus manos.</p> <p>Sigue con la vista a las cosas que se mueven, moviendo los ojos de lado a lado.</p> <p>Observa las caras con atención.</p> <p>Reconoce objetos y personas conocidas desde lejos.</p>
6 a 9 meses	<p>Observa el recorrido de las cosas al caer.</p> <p>Va en busca de las cosas que el adulto esconde.</p> <p>Juega a esconder su carita detrás de las manos.</p> <p>Se pone las cosas en la boca.</p> <p>Pasa objetos de una mano a la otra con facilidad.</p> <p>Levanta cosas como cereales en forma de círculo entre el dedo índice y el pulgar (pinza)</p>

## Anexo 1

**Cuadro 3.- Indicadores del Desarrollo Cognitivo de la infancia (dos primeros años) - aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas.**

Edad de logro	Habilidad Cognitiva
12 meses	<p>Explora los objetos de diferentes maneras (los sacude, los golpea o los tira)</p> <p>Encuentra fácilmente objetos escondidos.</p> <p>Cuando se nombra algo mira en dirección a la ilustración o cosa que se nombró.</p> <p>Copia gestos.</p> <p>Comienza a usar las cosas correctamente, bebe de una taza, se cepilla el pelo.</p> <p>Golpea un objeto contra otro.</p> <p>Mete cosas dentro de un recipiente y las saca.</p> <p>Suelta las cosas sin ayuda.</p> <p>Pide atención tocando a las personas con el dedo índice.</p> <p>Sigue instrucciones sencillas como “recoge el juguete”.</p>
18 meses	<p>Sabe para qué sirven las cosas comunes; por ejemplo, teléfono, cepillo, etc.</p> <p>Señala una parte del cuerpo.</p> <p>Demuestra interés en una muñeca o animal de peluche y hace de cuenta que le da de comer.</p> <p>Hace garabatos sin ayuda.</p> <p>Puede seguir instrucciones verbales de un solo paso que no se acompañan de gestos; por ejemplo, se sienta cuando se le dice “siéntate”.</p>

## Anexo 1

### Cuadro 3.- Indicadores del Desarrollo Cognitivo de la infancia (dos primeros años) - aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas.

Edad de logro	Habilidad Cognitiva
2 años	<p>Encuentra cosas aun cuando están escondidas debajo de las sábanas.</p> <p>Empieza a clasificar por formas y colores.</p> <p>Completa las frases y las rimas de los cuentos que conoce.</p> <p>Juega con su imaginación de manera sencilla.</p> <p>Construye torres de 4 bloques o más.</p> <p>Puede que use una mano más que la otra.</p> <p>Sigue instrucciones para hacer dos cosas, por ejem., “levanta tus zapatos y ponlos en su lugar”.</p> <p>Nombra las ilustraciones de los libros como un gato, perro, etc.</p>

Fuente: (Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), 2018)

## Anexo 1

**Cuadro 4.- Indicadores del Desarrollo Cognitivo de la niñez temprana (3 a 5 años) - aprendizaje, razonamiento y resolución de problemas.**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad Cognitiva</b>
3 años	<p>Puede operar juguetes con botones, palancas y piezas móviles.</p> <p>Juega imaginativamente con muñecas, animales y personas.</p> <p>Arma rompecabezas de 3 y 4 piezas.</p> <p>Entiende lo que significa “dos”.</p> <p>Copia un círculo con lápiz o crayón.</p> <p>Pasa las hojas de los libros una a la vez.</p> <p>Arma torres de más de 6 bloques.</p> <p>Enrosca y desenrosca las tapas de jarras o abre la manija de la puerta.</p>
4 años	<p>Nombra algunos colores y números.</p> <p>Entiende la idea de contar.</p> <p>Comienza a entender el concepto de tiempo.</p> <p>Recuerda partes de un cuento.</p> <p>Entiende el concepto de “igual” y “diferente”</p> <p>Dibuja una persona con 2 o 4 partes del cuerpo.</p> <p>Sabe usar tijeras.</p> <p>Empieza a copiar algunas letras mayúsculas.</p> <p>Juega juegos infantiles de mesa o de cartas.</p> <p>Le dice lo que le parece que va a suceder en un libro a continuación.</p>
5 años	<p>Cuenta 10 o más cosas.</p> <p>Puede dibujar una persona con al menos 6 partes del cuerpo.</p> <p>Puede escribir algunas letras o números.</p> <p>Puede copiar triángulos y otras figuras geométricas.</p> <p>Conoce las cosas de uso diario como el dinero y la comida.</p>

Fuente: CDC (2018)

## Anexo 1

**Cuadro 5.- Hitos del Desarrollo Cognitivo (lenguaje y comunicación) en la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad de Lenguaje y Comunicación</b>
2 meses	Hace sonidos como de arrullo o gorjeos. Mueve la cabeza para buscar los sonidos.
4 meses	Le deja saber si está contento o triste. Responde ante las demostraciones de afecto. Trata de alcanzar los juguetes con la mano. Coordina las manos y los ojos, como cuando juega a esconder la carita detrás de sus manos. Sigue con la vista a las cosas que se mueven, moviendo los ojos de lado a lado. Observa las caras con atención. Reconoce objetos y personas conocidas desde lejos.
6 meses	Copia sonidos. Une vocales cuando balbucea (a, e, o) y le gusta hacer sonidos por turno con los padres. Reacciona cuando se menciona su nombre. Hace sonidos para demostrar alegría o descontento. Comienza a emitir sonidos de consonantes (parlotea usando la “m” o la “b”)
9 meses	Entiende cuando se le dice “no”. Hace muchos sonidos diferentes como “mamamama” y “dadadada”. Copia los sonidos que hacer otras personas. Señala objetos con los dedos.

## Anexo 1

**Cuadro 5.- Hitos del Desarrollo Cognitivo (lenguaje y comunicación) en la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad de Lenguaje y Comunicación</b>
1 año	<p>Entiende cuando se le pide que haga algo sencillo.</p> <p>Usa gestos simples, como mover la cabeza de lado a lado para decir “no” o mover la mano para decir “adiós”.</p> <p>Hace sonidos con cambios de entonación (se parece más al lenguaje normal)</p> <p>Dice “mamá” y “papá” y exclamaciones como “oh-oh”</p> <p>Trata de copiar palabras.</p>
18 meses	<p>Puede decir varias palabras.</p> <p>Dice “no” y sacude la cabeza como negación.</p> <p>Señala para mostrarle a otra persona lo que quiere.</p>
2 años	<p>Señala a objetos o ilustraciones cuando se los nombra.</p> <p>Sabe los nombres de personas conocidas y partes del cuerpo.</p> <p>Dice frases de 2 a 4 palabras.</p> <p>Sigue instrucciones sencillas.</p> <p>Repite palabras que escuchó en alguna conversación.</p> <p>Señala las cosas que aparecen en un libro.</p>

Fuentes: Berk (2001, p. 502); CDC (2018)

## Anexo 1

**Cuadro 6.- Hitos e Indicadores del Desarrollo Cognitivo (lenguaje y comunicación) en la niñez temprana (3 a 5 años)**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad de Lenguaje y Comunicación</b>
3 años	<p>Sigue instrucciones de 2 a 3 pasos.</p> <p>Sabe el nombre de la mayoría de las cosas conocidas.</p> <p>Entiende palabras como “adentro”, “arriba” o “debajo”.</p> <p>Puede decir su nombre, edad y sexo.</p> <p>Sabe el nombre de un amigo.</p> <p>Dice palabras como “yo”, “mi”, “nosotros”, “tú” y algunos plurales (autos, perros, gatos)</p> <p>Habla bien de manera que los desconocidos pueden entender la mayor parte de los que dice.</p> <p>Puede conversar usando 2 o 3 oraciones.</p>
4 años	<p>Sabe algunas reglas básicas de gramática, como el uso correcto de “él” y “ella”.</p> <p>Canta una canción o recita un poema de memoria.</p> <p>Relata cuentos.</p> <p>Puede decir su nombre y apellido.</p> <p>Surge el comienzo de la conciencia metalingüística y apoya al lenguaje y al desarrollo de la lecto-escritura.</p>
5 años	<p>Habla con mucha claridad.</p> <p>Puede contar una historia sencilla usando oraciones completas.</p> <p>Puede usar el tiempo futuro; por ejemplo, “la abuelita va a venir”.</p> <p>Dice su nombre y dirección.</p>

Fuentes: Berk (2001, pp. 502-503); CDC (2018)

**Anexo 1**

**Cuadro 7.- Hitos y/o indicadores del Desarrollo Psicosocial de la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad Social</b>	<b>Expresión y comprensión emocional</b>
0-6 meses	<p>Trata de mirar a sus padres.</p> <p>Surge la sonrisa social.</p> <p>Las expresiones de felicidad son mayores cuando interactúan con personas conocidas.</p> <p>Sonríe espontáneamente, especialmente con otras personas.</p> <p>Le gusta jugar con la gente y puede ser que hasta lllore cuando se terminan los juegos.</p>	<p>Están presentes las señales de casi todas las emociones básicas.</p> <p>Aparece la risa.</p> <p>Ocurre una igualación con las expresiones emocionales de los adultos durante las interacciones cara a cara.</p> <p>Copia algunos movimientos y gestos faciales, como sonreír o fruncir el ceño.</p> <p>Responde ante las emociones de otras personas y generalmente se muestra feliz.</p> <p>Le gusta mirarse al espejo.</p>
7-12 meses	<p>Puede ser que le tenga miedo a los desconocidos.</p> <p>Puede ser que se aferre a los adultos conocidos todo el tiempo.</p> <p>Tiene juguetes preferidos.</p> <p>Tiene personas preferidas.</p> <p>Levanta un brazo o una pierna para ayudar a vestirse.</p> <p>Se desarrolla la referencia social.</p>	<p>Aumenta la ira y el miedo.</p> <p>Repite sonidos o acciones para llamar la atención.</p> <p>La autorregulación emocional mejora porque gatear y andar le permiten acercarse o separarse de la estimulación.</p> <p>Surge la habilidad para detectar el significado de las expresiones emocionales de otros.</p>

**Anexo 1**

**Cuadro 7.- Hitos y/o indicadores del Desarrollo Psicosocial de la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad de logro</b>	<b>Habilidad Social</b>	<b>Expresión y comprensión emocional</b>
18-24 meses	<p>Aumenta el vocabulario de palabras para hablar sobre sentimientos.</p> <p>Aparece la respuesta empática.</p> <p>Le demuestra afecto a personas conocidas.</p> <p>Le gusta alcanzar cosas a los demás como un juego.</p> <p>Juega a imitar cosas sencillas, como alimentar a una muñeca.</p>	<p>Las emociones autoconscientes aparecen, pero dependen de la presencia de otros.</p> <p>Pueden tener rabietas.</p>
18-24 meses	<p>Se aferra a la persona que le cuida en situaciones nuevas.</p> <p>Señala para mostrar a otras personas algo interesante.</p> <p>Explora solo, pero con la presencia cercana de los padres.</p> <p>Copia a otras personas, especialmente adultos y niños mayores.</p> <p>Se entusiasma cuando está con otros niños.</p> <p>Demuestra ser cada vez más independiente.</p> <p>Comienza a incluir otros niños en sus juegos, como jugar a sentarse a comer con muñecas o a correr y perseguirse.</p>	<p>Demuestra un comportamiento desafiante (hace lo que se le ha dicho que no haga)</p>

Fuentes: Berk (2001, pp. 534-535); CDC (2018)

**Cuadro 8.- Hitos y/o indicadores del Desarrollo Psicosocial en la niñez temprana (3 a 5 años)**

Edad de logro	Habilidad Social	Expresión y comprensión emocional
3 años	<p>Copia a los adultos y los amigos.</p> <p>Espera su turno en los juegos.</p> <p>Entiende la idea de lo que “es mío”, “de él” o “de ella”.</p> <p>Se separa de su mamá y su papá con facilidad.</p> <p>A medida que se desarrolla el lenguaje, la respuesta empática es más reflexiva.</p>	<p>A medida que la representación y el lenguaje mejoran, se desarrollan las estrategias conductuales activas y las cognitivas para participar en la autorregulación emocional.</p> <p>Demuestra afecto por sus amigos espontáneamente.</p> <p>Demuestra su preocupación por un amigo que está llorando.</p> <p>Expresa una gran variedad de emociones.</p> <p>Se molesta con los cambios de rutina grandes.</p> <p>Se viste y desviste.</p>
4 años	<p>Juega a “papá y mamá”.</p> <p>Cada vez se muestra más creativo en los juegos de imaginación.</p> <p>Le gusta más jugar con otros niños que solo.</p> <p>Juega en cooperación con otros.</p>	<p>Disfruta haciendo cosas nuevas.</p> <p>Generalmente no puede distinguir la fantasía de la realidad.</p> <p>Describe lo que le gusta y lo que le interesa.</p>
5 años	<p>Quiere complacer a los amigos.</p> <p>Quiere parecerse a los amigos.</p> <p>Es posible que haga más caso a las reglas.</p> <p>Está consciente de la diferencia de los sexos.</p> <p>A veces es muy exigente y a veces muy cooperador.</p>	<p>Le gusta cantar, bailar y actuar.</p> <p>Puede distinguir la fantasía de la realidad.</p> <p>Es más independiente.</p>

Fuentes: Berk (2001, p. 535); CDC (2018)

## Anexo 2

**Cuadro 9.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
2 meses	<p>No responde ante ruidos fuertes.</p> <p>No sigue con la vista a las cosas que se mueven.</p> <p>No le sonrío a las personas.</p> <p>No se lleva las manos a la boca.</p> <p>No puede sostener la cabeza en alto cuando empuja el cuerpo hacia arriba estando boca abajo.</p>
4 meses	<p>No sigue con la vista a las cosas que se mueven.</p> <p>No sonrío a las personas.</p> <p>No puede sostener la cabeza con firmeza.</p> <p>No gorjea ni hace sonidos con la boca.</p> <p>No se lleva las cosas a la boca.</p> <p>No empuja con los pies cuando le apoyan sobre una superficie dura.</p> <p>Tiene dificultad para mover uno o los dos ojos en todas las direcciones.</p>

Fuente: Vivó (2017)

## Anexo 2

**Cuadro 9.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
6 meses	<p>No trata de agarrar cosas que están a su alcance.</p> <p>No demuestra afecto por quienes le cuidan.</p> <p>No reacciona ante los sonidos de alrededor.</p> <p>Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca.</p> <p>No emite sonidos de vocales (“a”. “e”, “o”)</p> <p>No se rueda en ninguna dirección para darse vuelta.</p> <p>No se ríe ni hace sonidos de placer.</p> <p>Se ve rígido y con los músculos tensos.</p> <p>Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo.</p>
9 meses	<p>No se apoya en las piernas con ayuda.</p> <p>No se sostiene en las piernas con apoyo.</p> <p>No balbucea (“mama”, “baba”, “papa”)</p> <p>No juega a nada que sea por turnos como “me toca a mí, te toca a ti”.</p> <p>No responde cuando le llaman por su nombre.</p> <p>No parece reconocer a las personas conocidas.</p> <p>No mira hacia donde el adulto señala.</p> <p>No pasa juguetes de una mano a la otra.</p>

Fuente: Vivó (2017)

## Anexo 2

**Cuadro 9.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la infancia (dos primeros años)**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
1 año	<p>No gatea.</p> <p>No puede permanecer de pie con ayuda.</p> <p>No busca las cosas que la ve esconder.</p> <p>No dice palabras como “mamá” o “papá”.</p> <p>No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza.</p> <p>No señala cosas.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>
18 meses	<p>No señala cosas para mostrárselas a otras personas.</p> <p>No puede caminar.</p> <p>No sabe para qué sirven las cosas familiares.</p> <p>No copia lo que hacen las demás personas.</p> <p>No aprende nuevas palabras.</p> <p>No sabe por lo menos 6 palabras.</p> <p>No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va o regresa.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>
2 años	<p>No usa frases de dos palabras (por ejemplo, “tomo leche”)</p> <p>No sabe que hacer con cosas comunes como por ejemplo un cepillo, el teléfono, el tenedor, o la cuchara.</p> <p>No imita acciones o palabras.</p> <p>No sigue instrucciones simples.</p> <p>Pierde el equilibrio con frecuencia.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>

Fuente: Vivó (2017)

**Anexo 2. Cuadro 10.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la niñez temprana (3 a 5 años)**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
3 años	<p>Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras.</p> <p>Se babea o no se le entiende cuando habla.</p> <p>No puede operar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar la manija)</p> <p>No usa oraciones para hablar.</p> <p>No entiende instrucciones sencillas.</p> <p>No imita ni usa la imaginación en sus juegos.</p> <p>No quiere jugar con otros niños ni con juguetes.</p> <p>No mira a las personas a los ojos.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>
4 años	<p>No puede saltar en el mismo sitio.</p> <p>Tiene dificultades para hacer garabatos.</p> <p>No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación.</p> <p>Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia.</p> <p>Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño.</p> <p>No puede relatar su cuento favorito.</p> <p>No sigue instrucciones de 3 partes.</p> <p>No entiende lo que quieren decir “igual” y “diferente”.</p> <p>No usa correctamente las palabras “yo” y “tú”.</p> <p>Habla con poca claridad.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>

Fuente: Vivó (2017)

## Anexo 2

**Cuadro 10.- Signos de posible afectación en el Neurodesarrollo en la niñez temprana (3 a 5 años)**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
5 años	<p>No expresa una gran variedad de emociones.</p> <p>Tiene comportamientos extremos (demasiado miedo, agresión, timidez o tristeza).</p> <p>Es demasiado retraído y pasivo.</p> <p>Se distrae con facilidad, tiene problemas para concentrarse en una actividad por más de 5 minutos.</p> <p>No responde a las personas o lo hace solo superficialmente.</p> <p>No puede distinguir la fantasía de la realidad.</p> <p>No juega a una variedad de juegos y actividades.</p> <p>No puede decir su nombre y apellido.</p> <p>No usa correctamente los plurales y el tiempo pasado.</p> <p>No habla de sus actividades o experiencias diarias.</p> <p>No dibuja.</p> <p>No puede cepillarse los dientes, lavarse y secarse las manos o desvestirse sin ayuda.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>

Fuente: Vivó (2017)

### Anexo 3

**Cuadro 11.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la infancia (dos primeros años).**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
12 meses	No balbucea o no hace gestos de interacción.
16 meses	No dice palabras aisladas.
18 a 24 meses	<p>Sordera aparente, no responde a llamadas o indicaciones. Parece que oye algunas cosas y otras no.</p> <p>No persigue por la casa a los miembros de la familia ni alza los brazos cuando está en la cuna para que le carguen. Parece que los ignora.</p> <p>Cuando se le levanta de la cuna o en el parque no sonríe ni se alegra de ver al adulto.</p> <p>No señala con el dedo y mira al adulto para comprobar que éste está también mirando donde él señala.</p> <p>No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir.</p> <p>Tiene dificultades con el contacto ocular, casi nunca lo hace y cuando mira hay veces que parece que “atraviesa con la mirada”, como si no hubiera nada delante de él.</p> <p>No mira a las personas ni lo que están haciendo.</p> <p>Cuando se cae no llora ni busca consuelo.</p> <p>Es excesivamente independiente.</p>

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

### Anexo 3

**Cuadro 11.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la infancia (dos primeros años).**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
18 a 24 meses	Reacciona desproporcionadamente a algunos estímulos (es muy sensible a algunos sonidos o texturas <sup>9</sup> .  No reacciona cuando se le llama por el nombre.  Prefiere jugar solo.  No dice adiós.  No sabe jugar con los juguetes.

Fuente: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

### Anexo 3

**Cuadro 12.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años).**

<b>Edad</b>	<b>Signos.</b>
3 años	<p>Tiende a ignorar a los niños de su edad, no juega con ellos ni busca interacción.</p> <p>Presenta un juego repetitivo y utiliza objetos y juegos de manera inapropiada; como por ejemplo gira constantemente los objetos; juega con trocitos de papel delante de los ojos, alinea objetos.</p> <p>Puede presentar movimientos estereotipados o repetitivos como aleteo con las manos, saltitos, balanceo, caminar de puntillas.</p> <p>Ausencia de lenguaje, o este es repetitivo y sin significado aparente, con tono de voz inapropiado. No dice cosas que antes decía.</p> <p>No existe imitación.</p> <p>Evita la mirada y el contacto.</p> <p>Parece cómodo cuando está solo y tiene problemas para aceptar cambios en su rutina.</p> <p>Tiene apego inusual a ciertos objetos.</p> <p>Tiene muchas rabietas.</p> <p>Está en su mundo.</p> <p>Puede presentar regresión o pérdida de habilidades adquiridas.</p>

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

### Anexo 3

#### **Cuadro 12.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años).**

<p><b>Edad:</b> 4 – 5 años</p> <p><b>Signos</b></p> <p>Se suman a las anteriores, signos en las habilidades sociales y de control emocional como los siguientes:</p> <p>No disfruta normalmente el contacto social. Se relaciona mejor con adultos que con niños de su misma edad.</p> <p>No se interesa por los deportes.</p> <p>Al jugar con otros niños no entiende las reglas implícitas del juego. Quiere imponer sus propias reglas y ganar siempre. Desea tener amigos y se siente frustrado por no lograrlo.</p> <p>Le cuesta salir de casa. No le gusta ir al colegio.</p> <p>Le cuesta identificar sus sentimientos y de los demás. Presenta más rabietas de lo normal. Lloro con facilidad, por todo.</p> <p>Tiene dificultades para entender las intenciones de los demás. Es ingenuo. No tiene malicia, es sincero.</p> <p><b>Signos en las habilidades de comunicación.</b></p> <p>No mantiene contacto ocular cuando se le habla o cuando él habla.</p> <p>Se cree en todo aquello que se le dice y no entiende las ironías. Se interesa poco por lo que dicen los demás.</p> <p>Le cuesta entender una conversación larga, y cambia de tema cuando está confuso.</p> <p>Habla mucho, en un tono alto y peculiar, y usa un lenguaje pedante, extremadamente formal y con un extenso vocabulario. Inventa palabras o expresiones idiosincrásicas.</p> <p>En ocasiones parece estar ausente, absorto en sus pensamientos.</p>
--

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

### Anexo 3

#### **Cuadro 12.- Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años).**

<p><b>Edad:</b> 4 – 5 años</p> <p><b>Signos</b></p> <p>Signos en las habilidades de comprensión:</p> <p>Muestra dificultad en entender el contexto amplio de un problema. Le cuesta entender una pregunta compleja y tarda en responder.</p> <p>A menudo no comprende una crítica o un castigo. Así como no entiende el por qué debe portarse de distintas formas, según una situación social.</p> <p>Muestra una memoria excepcional para recordar datos y fechas.</p> <p>Tiene especial interés por las matemáticas y las ciencias en general.</p> <p>Puede llegar aprender a leer solo a una edad temprana.</p> <p>Demuestra escasa imaginación y creatividad, por ejemplo, para jugar con muñecos.</p> <p>Signos en intereses específicos:</p> <p>Cuando algún tema en particular le fascina, ocupa la mayor parte de su tiempo libre en pensar o hablar sobre el asunto, sin importarle la opinión de los demás.</p> <p>Repite compulsivamente ciertas acciones o pensamientos para sentirse seguro.</p> <p>Le gusta la rutina. No tolera los cambios imprevistos. Tiene rituales elaborados que deben ser cumplidos.</p>
--

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

## Anexo 4

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INICIAL

A MANERA DE AUTOCONOCIMIENTO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN ENFOCADAS PARA QUE USTED LOGRE IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE SABE RESPECTO AL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA-SÍNDROME DE ASPERGER.

SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
PROFESION: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO QUE LLEVA EN LA PRÁCTICA  
CLÍNICA: \_\_\_\_\_ INSTITUCION EN QUE REALIZA LA LABOR MÉDICA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONTESTE DE MANERA LO MÁS CLARA Y HONESTAMENTE POSIBLE. GRACIAS.

1. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 EN DÓNDE **0** ES **NADA** Y **10 EXPERTO**, ¿QUÉ TANTO SABE UD. DE LOS SÍNDROME DE ASPERGER? \_\_\_\_\_
2. ¿CUAL SE LOS SIGUIENTES SIGNOS CONOCE USTED QUE ENGLOBAN LA SINTOMATOLOGÍA DEL SINDROME DE ASPERGER?
  - a) DESNUTRICION, ANSIEDAD, PROBLEMAS DEL SUEÑO.
  - b) PROBLEMAS EN LA INTERACCION SOCIAL, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, ENURESIS, ENCOPRESIS.
  - c) PROBLEMAS MOTRICES, ESTEREOTIPIAS, CONDUCTAS INAPROPIADAS ANTE DIFERENTES ESTIMULOS.
  - d) ECOLALIAS, CONDUCTAS REPETITIVAS, INTERESES RESTRICTIVOS, DEPRESION.
  - e) TODAS LAS ANTERIORES.
  - f) NINGUNA DE LAS ANTERIORES.
3. RELACIONE AL MENOS 5 ASPECTOS QUE DENTRO DEL CONTROL DEL NIÑO SANO O EN LA ATENCION PERIODICA, USTED OBSERVA EN EL NIÑO :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. PERIODICAMENTE ¿CADA CUANDO VALORA EL DESARROLLO FÍSICO DENTRO DEL CONTROL DEL NIÑO SANO?
  - a) Cada mes
  - b) cada 2 meses
  - c) cada 6 meses
  - d) cada año
  - e) otro \_\_\_\_\_
5. ¿HASTA QUE EDAD, POR LO GENERAL, VALORA AL NIÑO EN EL CONTROL DEL NIÑO SANO?
  - a) De 0 a 1 año.
  - b) de 0 a 2 años.
  - d) de 0 a 3 años.
  - e) De 0 a 4 años
  - f) de 0 a 5 años
  - g) de 0 a 15 años.
  - f) Otro \_\_\_\_\_

6. ¿A QUÉ EDAD PUEDE SER DETECTADO EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA-CONOCIDO COMO SINDROME DE ASPERGER?
  - a) 6 meses
  - b) 12 meses
  - c) 18 meses
  - d) 3 años
  - e) 5 años
  - f) 6 años
  - g) 8 años
  - h) 10 años.

## Anexo 5

### ¿Qué es el SÍNDROME de ASPERGER?

El Síndrome de Asperger se encuentra dentro de los Trastornos del Espectro Autista, clínicamente es ubicado dentro del nivel de alto funcionamiento del espectro (nivel 1), es decir que los signos y síntomas son menos graves, por lo que con frecuencia no se identifican de manera temprana, siendo detectables en la mayoría de las veces a los 2.5 o 3 años edad.

Las características principales son:



LA DETECCIÓN TEMPRANA favorece el desarrollo de las capacidades del niño/a, facilitando su reinserción social como persona con mayor autonomía, reduce el estrés y mejora la calidad de vida.

Páginas Web:  
[AutismoDiario.com](http://AutismoDiario.com)  
[EspectroAutista.info](http://EspectroAutista.info)  
[asperger.es](http://asperger.es)  
[enlaceautismo.org](http://enlaceautismo.org)  
[includyeme.org](http://includyeme.org)

En Acapulco los principales Centros de Atención Gubernamental son:

Centro de Atención Múltiple (CAM) (en Acapulco hay 9)  
Centro de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE), ubicado en la Col. La Laja.  
Centro de Desarrollo Integral para el Cerebro Humano (CEDICH) DIF. Ubicado en el interior del Parque María Oberón (Fracc. Costa Azul.)

Tesis para Obtener el título de Licenciada en Psicología.  
Presentada por  
Erika Guadalupe *Chavez Durán*



### Síndrome de Asperger

### ¿Cuáles pueden ser las señales de alarma?

#### Detección Temprana



## Anexo 5

### Trastorno del Espectro Autista

# TEA

## ¿Qué es?

Es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida; se caracterizan porque los niños, en mayor o menor medida, no son capaces de relacionarse, comunicarse, jugar o comportarse como los demás niños de su edad.

La forma en que se manifiesta varía mucho de niño a otro, según el tipo de alteraciones y su gravedad, por esta razón el autismo se conoce como un trastorno espectral.

Los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) pueden presentar signos desde antes de los dos años edad. Generalmente después de los 18 meses de nacido.



De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y Tratamiento de los

Trastornos del Espectro Autista, la mayor parte de los casos la familia es la primera en sospechar que el niño tiene una alteración en su desarrollo (hasta en un 60%). En el caso de los profesionales de la salud la detección se hace en alrededor del 10% y en un menor porcentaje en el ambiente escolar, existiendo además casos que nunca se detectan.

### ASPECTOS IMPORTANTES:

Las Academias Americanas de Pediatría y de Neurología infantil recomiendan la detección precoz de TEA como parte de la atención del niño sano.

Deben tenerse en cuenta antecedentes heredo familiares, perinatales y la evolución en la adquisición de habilidades esperadas según la edad del desarrollo.

La vigilancia en las áreas de desarrollo social, juego, lenguaje y comportamiento mejora la identificación y atención temprana de los TEA y otros trastornos.

Como clínicos se recomienda cuestionar a los padres aspectos de socialización, comunicación y conducta.

**Los siguientes son algunos signos que se pueden presentar y observar de manera temprana, si notas la ausencia o presencia (\*) de dos o más en cada área de los siguientes signos es conveniente canalizar al profesional capacitado para el diagnóstico temprano.**

## ¡Señales de ALERTA!

### SÍNDROME de ASPERGER

## Preguntas a los Padres

Como clínico puede observar algunos signos o bien cuestionar a los padres estos aspectos:

#### Socialización:

- ¿Abraza como otros niños?
- ¿Le mira cuando están jugando o hablando?
- ¿Sonríe cuando alguien le sonríe?
- ¿Muestra interés por otros niños?

#### Comunicación:

- ¿Señala con el dedo?
- ¿Gesticula para decir sí o no con un movimiento de la cabeza?
- ¿Muestra objetos a las personas?
- ¿Dirige al adulto tomándolo de la mano?

#### Conducta:

- ¿Tiene conductas repetitivas, estereotipadas o conductas motoras extrañas? (\*)
- ¿Tiene preocupaciones o intereses muy restringidos?
- ¿Atiende solo un aparte de los objetos?
- ¿Juega con juguetes de la misma manera siempre?

## Anexo 6

### ¿Qué es el SÍNDROME de ASPERGER?

El Síndrome de Asperger se encuentra dentro de los Trastornos del Espectro Autista, clínicamente es ubicado dentro del nivel de alto funcionamiento del espectro (nivel 1), es decir que los signos y síntomas son menos graves, por lo que con frecuencia no se identifican de manera temprana, siendo detectables en la mayoría de las veces a los 2.5 o 3 años edad.

Las características principales son:



**LA DETECCIÓN TEMPRANA** favorece el desarrollo de las capacidades de tu hijo/a, facilitando su reinserción social como persona con mayor autonomía, reduce el estrés y mejora la calidad de vida.

Consulta las siguientes páginas Web:

[AutismoDiario](#),  
[EspectroAutista.info](#)  
[asperger.es](#)  
[enlaceautismo](#),  
[incluyeme.org](#)

En Acapulco los principales Centros de Atención Gubernamental son:

Centro de Atención Múltiple (CAM) (en Acapulco hay 9)  
Centro de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE), ubicado en la Col. La Laja.  
Centro de Desarrollo Integral para el Cerebro Humano (CEDICH) DIF. Ubicado en el interior del Parque **Merle** Oberón (Costa Azul)

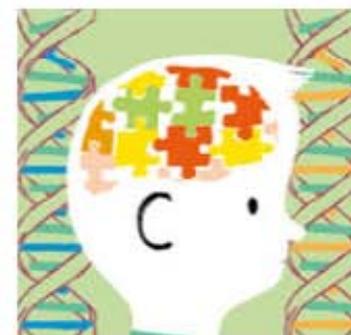
*Tesis para Obtener el título de  
Licenciada en Psicología.  
Presentada por  
Erika Guadalupe **Chavira** Durán*



## Síndrome de Asperger

*¿Cuáles pueden ser las señales de alarma en el desarrollo de tu hijo/a?*

### Detección Temprana



## Anexo 6

### Trastorno del Espectro Autista

## TEA

### ¿Qué es?

Es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida; se caracterizan porque los niños, en mayor o menor medida, no son capaces de relacionarse, comunicarse, jugar o comportarse como los demás niños de su edad.

La forma en que se manifiesta varía mucho de niño a otro, según el tipo de alteraciones y su gravedad, por esta razón el autismo se conoce como un trastorno espectral.

Los niños con TEA pueden presentar signos desde antes de los dos años edad. Generalmente después de los 18 meses de nacido.



### ¡Señales de ALERTA!

### SÍNDROME de ASPERGER

Los padres o cuidadores la mayoría de las veces ignoran cuál es la evolución del desarrollo normal, es decir la evolución de las adquisiciones de habilidades esperadas según la edad de su hijo/a.

Algunas señales de alerta en edad temprana son:

Recién nacido: cabeza hacia atrás constantemente, disminución del tono muscular, no reacciona a sonidos.

3 meses: No sostiene la cabeza, no muestra sonrisa social, no fija la mirada, no parece gustarle que le levanten en brazos o le abracen

4 meses: No balbucea, ni hace sonidos con la boca para llamar a las personas que están con él.

6 meses: No ha empezado a manipular juguetes, no muestra expresiones de alegría.

9 meses: No ha empezado a compartir gestos.

12 meses: No hace gestos ni señales, no gira cuando lo llaman por su nombre.

18 meses: No dice palabras sencillas, no sigue juego de imitar los gestos de otra persona.

24 meses: No dice frases espontáneas de por lo menos dos palabras., no muestra interés por otros de su edad.

Y si a partir de los 2 años presenta:

Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje. No señala con la mano para indicarle algún objeto.

Tiene constantes movimientos repetitivos o sus juegos son siempre iguales.

Se enfada mucho ante un cambio imprevisto, o cuando se altera una rutina.

Muestra especial sensibilidad a determinados ruidos, sabores, olores o texturas.

**Estos solo son algunos signos que se pueden presentar y observar de manera temprana, si notas la presencia de dos o más de estos signos es conveniente acudir a un profesional clínico.**

**Anexo 7**

Evaluación por los padres del estado del desarrollo de su hijo/a.

**Parent´s Evaluation of Development Status, PEDS**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Nombre del padre o madre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

	Sí	No	Un poco	Comentarios
1. Por favor, díganos si le preocupa algo de la manera en que su hijo/a está aprendiendo, se desarrolla o se comporta.				
2. ¿Le preocupa cómo su hijo/a habla y forma los sonidos?				
3. ¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?				
4. ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las manos y dedos para hacer las cosas?				
5. ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las piernas y los brazos para hacer las cosas?				
6. ¿Le preocupa cómo su hijo/a se comporta?				

	Sí	No	Un poco	Comentarios
7. ¿Le preocupa cómo su hijo/a se relaciona con otras personas?				
8. ¿Le preocupa cómo su hijo/a está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo/a?				
9. ¿Le preocupa cómo su hijo/a está desarrollando sus habilidades escolares o preescolares?				
10. ¿Le preocupa algo más acerca de su hijo/a? Por favor, díganos.				



# CHAT

## (CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE RIESGO DE AUTISMO A LOS 18 MESES)

Autores: Baron-Cohen et al.

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

### SECCION A: PREGUNTAR AL PADRE/MADRE:

1. ¿Disfruta su hijo al ser mecido, botar en sus rodillas, etc?	SI	NO
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños? (*)	SI	NO
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	SI	NO
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/ escondite?	SI	NO
5. ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas? (*)	SI	NO
6. ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para pedir algo?	SI	NO
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar interés por algo? (*)	SI	NO
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p.ej. coches o bloques), y no sólo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?	SI	NO
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para mostrarle algo? (*)	SI	NO

**SECCION B: OBSERVACION DEL MG O MP**

I. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con Ud durante la observación?	SI	NO
II. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: "¡Oh mirai Hay un (nombre de juguete)!" (1)	SI	NO
III. Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera y una taza de juguete y diga "¿Puedes servir una taza de té?" (*) (2)	SI	NO
IV. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice a la luz? (3)	SI	NO
V. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques?. Si es así, ¿Cuántos?	SI	NO

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

1. Para contestar Si en esta pregunta, asegúrese de que el niño no ha mirado sólo su mano, sino que realmente ha mirado el objeto que está Ud. señalando.
2. Si puede lograr un ejemplo de simulación en cualquier otro juego, puntúe Si en este item.
3. Repítalo con "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable, si el niño no entiende la palabra "luz". Para registrar Si en este item, el niño debe haber mirado a su cara en torno al momento de señalar.

La Sección A evalúa 9 áreas del desarrollo, con una pregunta para cada área: juego brusco y desordenado, interés social, desarrollo motor, juego social, juego simulado, señalar protoimperativo, señalar protodeclarativo, juego funcional, atención conjunta.

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

## Anexo 10

### M-CHAT

(CUESTIONARIO MODIFICADO PARA DETECCIÓN DE RIESGO DE AUTISMO A LOS 24 MESES)

Con relación a su hijo/a conteste lo que crea más apropiado. Por favor intente contestar todas las preguntas.

Si el comportamiento es infrecuente (usted sólo lo ha observado una o dos veces) conteste que el niño no lo manifiesta.

1. ¿Disfruta su hijo siendo montado a caballito y siendo balanceado sobre sus rodillas?	SI	NO
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños? (*)	SI	NO
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	SI	NO
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/ o jugar al escondite, tapándose los ojos y luego descubrirlos?	SI	NO
5. ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas?	SI	NO
6. ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para PEDIR algo?	SI	NO
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar INTERES por algo? (*)	SI	NO
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p.ej. coches o bloques), y no sólo llevarselos a la boca, manosearlos o tirarlos?	SI	NO
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*)	SI	NO
10. ¿Mira a los ojos más de un segundo o dos?	SI	NO
11. ¿Parece hipersensible al ruido?	SI	NO
12. ¿Sonríe como respuesta a su cara o a su sonrisa?	SI	NO
13. ¿Le imita su hijo? (Ej. Si ud hace gestos ¿los imita él? (*)	SI	NO
14. ¿Responde su hijo a su nombre cuándo lo llaman? (*)	SI	NO
15. Si Vd apunta a un objeto ¿Su hijo lo mira? (*)	SI	NO
16. ¿Camina su hijo?	SI	NO
17. ¿Mira su hijo las cosas que ud mira?	SI	NO
18. ¿Hace movimientos inusuales o extraños delante de su cara?	SI	NO

19. ¿Intenta atraer su atención cuándo está haciendo algo?	SI	NO
20. ¿Se han preguntado si su hijo es sordo?	SI	NO
21. ¿Comprende su hijo lo que la gente dice?	SI	NO
22. ¿Mira su hijo de manera fija al vacío o anda como si no supiera dónde va?	SI	NO
23. ¿Mira su hijo a su cara para comprobar su reacción cuando se enfrenta a algo extraño?	SI	NO

**Información para el profesional:**

**Items incluidos en el análisis de la Función Discriminante del MCHAT**

**Puntos de corte en el cuestionario para ser considerado un “fallo” (\*)**

**Fallo en al menos 3 de los 23 items (se considera fallo a las respuestas si/no)**

**Fallo en al menos 2 de los 6 elementos críticos (números 2, 7, 9, 13, 14 y 15)**

## Anexo 11

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL

A MANERA DE AUTOEVALUACION LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN ENFOCADAS PARA QUE USTED LOGRE IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE SABE AHORA RESPECTO AL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA-SÍNDROME DE ASPERGER.

SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
PROFESION: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO QUE LLEVA EN LA PRÁCTICA  
CLÍNICA: \_\_\_\_\_ INSTITUCION EN QUE REALIZA LA LABOR MÉDICA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONTESTE DE MANERA LO MÁS CLARA Y HONESTAMENTE POSIBLE. GRACIAS.

1. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 EN DÓNDE **0** ES **NADA** Y **10 EXPERTO**, A PARTIR DE LO APRENDIDO EN ESTE TALLER ¿QUÉ TANTO SABE UD. DE EL SÍNDROME DE ASPERGER? \_\_\_\_\_
  
2. ¿CUAL SE LOS SIGUIENTES SIGNOS CONOCE USTED QUE ENGLOBAN LA SINTOMATOLOGÍA DEL SINDROME DE ASPERGER?
  - g) DESNUTRICION, ANSIEDAD, PROBLEMAS DEL SUEÑO.
  - h) PROBLEMAS EN LA INTERACCION SOCIAL, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, ENURESIS, ENCOPRESIS.
  - i) PROBLEMAS MOTRICES, ESTEREOTIPIAS, CONDUCTAS INAPROPIADAS ANTE DIFERENTES ESTIMULOS.
  - j) ECOLALIAS, CONDUCTAS REPETITIVAS, INTERESES RESTRICTIVOS, DEPRESION.
  - k) TODAS LAS ANTERIORES.
  - l) NINGUNA DE LAS ANTERIORES.
  
3. POR FAVOR, RELACIONE AL MENOS 5 ASPECTOS QUE DENTRO DEL CONTROL DEL NIÑO SANO O EN LA ATENCION PERIODICA, DEBE USTED ATENDER U OBSERVA EN EL NIÑO (PUEDEN SER MÁS DE 5):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. PERIODICAMENTE ¿CADA CUANDO ES NECESARIO QUE SE VALORE EL DESARROLLO FÍSICO DENTRO DEL CONTROL DEL NIÑO SANO?
  - b) Cada mes
  - b) cada 2 meses
  - c) cada 6 meses
  - d) cada año
  - e) otro \_\_\_\_\_
  
5. ¿HASTA QUE EDAD, ES NECESARIO QUE SE VALORE AL NIÑO EN EL CONTROL DEL NIÑO SANO?
  - b) De 0 a 1 año.
  - b) de 0 a 2 años.
  - d) de 0 a 3 años.
  - g) De 0 a 4 años
  - f) de 0 a 5 años
  - g) de 0 a 15 años.
  - h) Otro \_\_\_\_\_

6. ¿A QUÉ EDAD PUEDE SER DETECTADO EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA-CONOCIDO COMO SÍNDROME DE ASPERGER?

- b) 6 meses    b) 12 meses    c) 18 meses    d)3 años    e) 5 años    f)6 años    g)8 años    h)10 años.

7. COMO MÉDICO ¿QUÉ COMPROMISOS SON NECESARIOS ADQUIRIR PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL SÍNDROME DE ASPERGER?

\_\_\_\_\_

8. ¿CONSIDERA QUE ESTOS COMPROMISOS SERÁN DIFÍCIL DE CUMPLIRLOS? Y ¿POR QUÉ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1.

1

Actividad 5

### SALUD

#### Definiciones

*“Lo que conserva la salud es el equilibrio de las potencias; de lo húmedo y lo seco, de lo frío y lo caliente, de lo amargo y lo dulce, etc., pero el predominio de una entre ellas es causa de enfermedad; pues el predominio de cada opuesto provoca la corrupción...La salud (por el contrario) resulta de la mezcla proporcional de las cualidades”*

Texto de Alcmeón de Crotona (siglos VI-V a.C.) titulado De la naturaleza.  
(Córdoba, 2008)

*“es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”*

Dubos 1967  
(Gavita & Talavera, 2012, p. 169).

*“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*

OMS 1946  
(Gavita & Talavera, 2012, p. 167).

2

Actividad 5

### SALUD MENTAL

#### Definiciones

*“bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”*

OMS  
(Sandoval & Richard, 2005, p. 5)

*“es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia”.*

Sandoval & Richard (2005)

Actividad 5

## SALUD MENTAL

*La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto.*

La Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con la Secretaría de Salud de México (SSM) (2011)

Informe sobre salud mental en México.

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1.

4

Actividad 6

### SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN MANUALES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES

Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE)  
Organización Mundial de la Salud (OMS)

Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).  
*American Psychiatric Association (APA)*

5

Actividad 6

### Conceptualizaciones DENTRO DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN MANUALES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES

#### AUTISMO

DSM-II, APA 1968, recibe el nombre de reacción psicótica de la infancia.

DSM-III, APA, 1980; recibe el nombre de autismo infantil, agrupado bajo la nueva categoría denominada problemas generalizados del desarrollo (TGD)

DSM-III-R, APA, 1987, cambió el nombre de autismo infantil a trastorno autista, por lo que los criterios de diagnóstico se ampliaron y las formas no autistas se agruparon en la categoría denominada Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados (TGD-NE).

Actividad 6

SINDROME DE ASPERGER  
DENTRO DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN  
MANUALES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES  
MENTALES

1992 CIE-10 Trastornos Generalizados del Desarrollo se agruparon las siguientes categorías:

Autismo infantil

Autismo atípico

Síndrome de Rett

Otros trastornos desintegrativos infantiles

Trastorno hiperquinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Síndrome de Asperger

Otros trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1 (continuación)

7

Actividad 6

### SINDROME DE ASPERGER DENTRO DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN MANUALES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES

1994 en el DSM IV Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)

Trastorno Autista

Trastorno de Rett

Trastorno desintegrativo infantil

Trastorno de Asperger

Trastorno generalizado de desarrollo no especificado

8

## Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)

Se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, específicamente:

- Alteraciones de las habilidades para interacción social.
- Alteraciones para la comunicación
- Presencia de comportamientos, intereses y actividades restrictivas.
- Movimientos estereotipados y repetitivos

(el grado de estas anomalías, que son características generalizadas, puede variar)

Actividad 6

## SINDROME DE ASPERGER

DENTRO DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN  
MANUALES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES

APA 18 de mayo del año 2013, DSM 5

Desaparece el Trastorno de Asperger junto con los otros trastornos que formaban parte de los TGD fue eliminado como una categoría diagnóstica independiente.

DMS 5

Trastornos del Espectro Autista (TEA:

Trastorno de Asperger (nivel 1),

Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (Nivel 2)

y el Trastorno Autista (nivel 3),

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1 (continuación)

10

### Actividad 6

**Características Diagnósticas  
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

**A. Dificultades persistentes en comunicación y en interacción social en diversos contextos**

1. Alteración en la capacidad para expresar reciprocidad social y emocional
2. Alteración en la capacidad del uso de conductas de comunicación no verbal involucradas en la interacción social
3. Dificultad en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.

**B. Patrones repetitivos, restringidos de conducta, intereses o actividades**

1. Movimientos corporales estereotipados y repetitivos, uso de objetos o discurso (estereotipias motoras simples, alinear objetos, golpetear objetos, ecolalia, frases idiosincráticas)
2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a la rutina, patrones ritualizados de conductas verbales y no verbales.
3. Fijación en intereses altamente restringidos que son anormales en intensidad o en tema
4. Hiper o hipo reacción a estímulos sensoriales o intereses inusuales de aspectos sensoriales del ambiente.

**C. Los síntomas deben estar presentes en el periodo temprano de desarrollo (pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades, o puedan ser enmascaradas por estrategias aprendidas posteriormente)**

**D. Los síntomas causan dificultades significativas en el área social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento cotidiano. Estas alteraciones no se explican mejor por discapacidad intelectual (Trastorno del Desarrollo Intelectual) o Retraso Global en el desarrollo. La discapacidad intelectual y el Trastorno del Espectro Autista frecuentemente coexisten, para hacer el diagnóstico de comorbilidad del Trastorno del Espectro Autista y de Discapacidad Intelectual, la comunicación social debe estar por debajo del nivel general de desarrollo esperado.**

11

### Actividad 6

## Conceptualización: Trastorno del Espectro Autista



Actividad 6

## Síndrome de Asperger

Es un trastorno del desarrollo que se incluye dentro de los trastornos del Espectro Autista.

De causa probablemente neurobiológica.

Se presenta generalmente más en niños que niñas.

Que se expresa por dificultades en:



Interacción social

El lenguaje verbal y gestual

Resistencia para aceptar cambios

Inflexibilidad del pensamiento

Poseer un campo de interés reducido

Suelen presentarse movimientos estereotipados y repetitivos



Actividad 6

## Síndrome de Asperger Características Principales

- **No presentan rasgos físicos que los estigmaticen.**
- **Gozan de buena salud a pesar de que su peso y su talla pueden ser menores.**
- **Muchos de ellos son ambidiestros y evitan el contacto epidérmico.**
- **Mantienen impedimentos en la socialización, comunicación, cognición y sensación (estas características existen en un continuo y varían entre discapacidades severas a impedimentos leves.**
- **Cada individuo con SA es DIFERENTE.**

## Ejemplos de características en las áreas de desarrollo:

Área social:

- Falta de comprensión de pautas y sutilezas sociales.
- Interpretación literal de las palabras de los demás.
- Dificultad en establecer conversación recíproca
- Tendencia a hablar con extrema franqueza sin considerar el impacto de sus palabras en los demás.
- Aplicación universal de las reglas sociales a toda situación.
- Enfoque sobre un solo tema de interés que puede no interesar a los demás.

Área de comunicación:

- Dificultad comprendiendo matices sociales tales como el sarcasmo a las metáforas.
- Ecolalia -repetición de las últimas palabras escuchadas sin importar su significado.
- Estima mal el espacio personal-puede pararse demasiado cerca de los demás.
- Inflexión y contacto visual anormales.
- Expresiones o gestos faciales inapropiados.
- Dificultad comprendiendo los indicadores de comunicación no verbales de los demás.

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1 (continuación)

16

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Área cognitiva:</u></li> <li>• Deficientes destrezas organizativas o para resolver problemas.</li> <li>• Pensamiento concreto y literal.</li> <li>• Dificultades diferenciando información relevante e irrelevante,</li> <li>• intereses obsesivos y puntuales,</li> <li>• dificultades generalizando y aplicando los conocimientos aprendidos a diferentes situaciones, ambientes o personas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Área sensorial y motora:</u></li> <li>• Hipo o hipersensibilidad a diferentes estímulos sensoriales, incluyendo el dolor,</li> <li>• dificultades con destrezas motoras finas tales como la escritura a mano</li> <li>• Torpeza motora (gruesa)</li> </ul> |
|---|--|

17

### Actividad 7

Tabla 1  
*Diferencias de signos nucleares entre el Autismo y el Síndrome de Asperger.*

Signos Nucleares del Autismo	Signos Nucleares del Síndrome de Asperger
Neurodesarrollo retrasado o anormal antes de los 3 años de edad.	No hay retraso ni anomalías en el neurodesarrollo temprano. Inteligencia preservada.
Coefficiente intelectual generalmente por debajo de lo normal.	Coefficiente intelectual generalmente por encima de lo normal.
Normalmente el diagnóstico se realiza antes de los 3 años.	Normalmente el diagnóstico se realiza después de los 3 años.
Retraso en la aparición del lenguaje. La adquisición de la comunicación y del lenguaje está alterado.	Aparición del lenguaje en tiempo normal. Si el lenguaje está alterado es literal.
Alrededor del 25% son no-verbales.	Todos son verbales.
Gramática y vocabulario limitados.	Gramática y vocabulario por encima del promedio.
Interacción social recíproca alterada. Desinterés general en las relaciones sociales. No desean tener amigos.	Anomalías más sutiles en la interacción social recíproca. Interés general en las relaciones sociales. Desean tener amigos y se sienten frustrados por sus dificultades sociales.
Un tercio presenta convulsiones.	Incidencia de convulsiones igual que en el resto de la población.
Desarrollo físico normal.	Torpeza general.
Ningún interés obsesivo de "alto nivel".	Intereses obsesivos de "alto nivel".
Comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo.	Intereses y actividades restringidas, estereotipadas y repetitivas.
Los padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad.	Los padres detectan problemas alrededor de los dos años y medio.
Las quejas de los padres son los retardos del lenguaje.	Las quejas de los padres son los problemas de lenguaje, o en socialización y conducta.

Fuente: Elaboración propia con base en García (2014), Baron-Cohen (2010) y Munro (1999).

## Actividad 8

## Estudios situacionales de detección temprana de los TEA

AÑO	LUGAR Y NOMBRE DEL ESTUDIO	MUESTRA	EDAD PROMEDIO SOSPECHAS PADRES	EDAD CONSULTA POR PRIMERA VEZ	EDAD DX SINDROME DE ASPERGER	EDAD QUE LLAMA MÁS LA ATENCIÓN EN EL DESARROLLO
1999	REINO UNIDO Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger (Howlin y Asgharian 1999)	770 familias 614 c/autismo 156 c/SA	2.5 Años (30 meses)	3.5 (42 meses)	11 Años	18 Y 19 MESES
2005	ESPAÑA Estudio sobre la Situación de la Detección Temprana de los TEA en España. (Grupo de Estudio de los TEA del Instituto de San Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, España)	646 familias	3 Años (36 meses)	3 años 8 meses (44 meses)	9.5 Años	12 Y 23 meses
2007	República de Argentina Estudio consideraciones diagnósticas de los TEA. Experiencia de un Servicio. (Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Hospital de Garrahan)	76 familias	2.4 +- 1.1 Años (28.2+-13.5 meses)	2.8 * (32 meses)	1.7 años tiempo demora entre la edad de sospecha y el dx final	18 y 28 meses

\*El 67.1% el primer profesional al que consultaron fue el pediatra, de aquí el 57.6% derivaron a otros profesionales el 42.4% adoptaron conducta expectante.

Los padres consultaron de 3 a 2 profesionales antes de llegar al dx final, pero también se reportó que algunos padres consultaron hasta 5 profesionales.

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1 (continuación)

19

### Actividad 8

## Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la infancia (2 primeros años)

Edad	Signos.
12 meses	No balbucea o no hace gestos de interacción.
16 meses	No dice palabras aisladas.
18 a 24 meses	Sordera aparente, no responde a llamadas o indicaciones. Parece que oye algunas cosas y otras no. No persigue por la casa a los miembros de la familia ni alza los brazos cuando está en la cuna para que le carguen. Parece que los ignora. Cuando se le levanta de la cuna o en el parque no sonríe ni se alegra de ver al adulto. No señala con el dedo y mira al adulto para comprobar que éste está también mirando donde él señala. No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir. Tiene dificultades con el contacto ocular, casi nunca lo hace y cuando mira hay veces que parece que "atraviesa con la mirada", como si no hubiera nada delante de él. No mira a las personas ni lo que están haciendo. Cuando se cae no llora ni busca consuelo. Es excesivamente independiente.

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

20

### Actividad 8

## Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la infancia (2 primeros años)

Edad	Signos.
18 a 24 meses	Reacciona desproporcionadamente a algunos estímulos (es muy sensible a algunos sonidos o texturas). No reacciona cuando se le llama por el nombre. Prefiere jugar solo. No dice adiós. No sabe jugar con los juguetes.

Fuente: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

## Actividad 8

## Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años)

Edad  
3 años

**Signos.**  
Tiende a ignorar a los niños de su edad, no juega con ellos ni busca interacción.

Presenta un juego repetitivo y utiliza objetos y juegos de manera inapropiada; como por ejemplo gira constantemente los objetos; juega con trocitos de papel delante de los ojos, alinea objetos.

Puede presentar movimientos estereotipados o repetitivos como aleteo con las manos, saltitos, balanceo, caminar de puntillas.

Ausencia de lenguaje, o este es repetitivo y sin significado aparente, con tono de voz inapropiado. No dice cosas que antes decía.

No existe imitación.

Evita la mirada y el contacto.

Parece cómodo cuando está solo y tiene problemas para aceptar cambios en su rutina.

Tiene apego inusual a ciertos objetos.

Tiene muchas rabietas.

Está en su mundo.

Puede presentar regresión o pérdida de habilidades adquiridas.

Fuentes: Camacho (2016); Centro de Atención temprana Vizcaya (2011)

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1 (continuación)

22

### Actividad 8 Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años)

Edad: 4-5 años

#### Signos

Se suman a los anteriores, signos en las habilidades sociales y de control emocional como los siguientes:

No disfruta normalmente el contacto social. Se relaciona mejor con adultos que con niños de su misma edad.

No se interesa por los deportes.

Al jugar con otros niños no entiende las reglas implícitas del juego. Quiere imponer sus propias reglas y ganar siempre. Desea tener amigos y se siente frustrado por no lograrlo.

Le cuesta salir de casa. No le gusta ir al colegio.

Le cuesta identificar sus sentimientos y de los demás. Presenta más rabietas de lo normal. Llora con facilidad, por todo.

Tiene dificultades para entender las intenciones de los demás. Es ingenuo. No tiene malicia, es sincero.

#### Signos en las habilidades de comunicación.

No mantiene contacto ocular cuando se le habla o cuando él habla.

Se cree en todo aquello que se le dice y no entiende las ironías. Se interesa poco por lo que dicen los demás.

Le cuesta entender una conversación larga, y cambia de tema cuando está confuso.

Habla mucho, en un tono alto y peculiar, y usa un lenguaje pedante, extremadamente formal y con un extenso vocabulario. Inventa palabras o expresiones idiosincrásicas.

En ocasiones parece estar ausente, absorto en sus pensamientos.

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)

23

### Actividad 8 Signos precoces de TEA-Síndrome de Asperger en la niñez temprana (de 3 a 5 años)

Edad: 4-5 años

#### Signos

##### Signos en las habilidades de comprensión:

Muestra dificultad en entender el contexto amplio de un problema. Le cuesta entender una pregunta compleja y tarda en responder.

A menudo no comprende una crítica o un castigo. Así como no entiende el por qué debe portarse de distintas formas, según una situación social.

Muestra una memoria excepcional para recordar datos y fechas.

Tiene especial interés por las matemáticas y las ciencias en general.

Puede llegar aprender a leer solo a una edad temprana.

Demuestra escasa imaginación y creatividad, por ejemplo, para jugar con muñecos.

##### Signos en intereses específicos:

Cuando algún tema en particular le fascina, ocupa la mayor parte de su tiempo libre en pensar o hablar sobre el asunto, sin importarle la opinión de los demás.

Repite compulsivamente ciertas acciones o pensamientos para sentirse seguro.

Le gusta la rutina. No tolera los cambios imprevistos. Tiene rituales elaborados que deben ser cumplidos.

Fuentes: Carrascón (2016); Centro de Atención temprana Vínculo (2011)



## ¿Quién fue Hans Asperger? (Alemán nacido en Viena 1906-1980)

Fue Pediatra, Investigador, Psiquiatra y  
Catedrático de Medicina

Asperger practicaba la pedagogía curativa y mientras trabajaba en la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena, elaboró su tesis doctoral que fue publicada en 1944. En su trabajo el médico describió a cuatro niños, entre seis y 11 años, que presentaban como característica común una marcada discapacidad dada por dificultades en la interacción social, pese a su aparente adecuación cognitiva y verbal, e introdujo el concepto de Psicopatía Autista de la Infancia, lo que más tarde se conocería como síndrome de Asperger.

Describió otros elementos de este patrón de comportamiento tales como carencia de empatía, poca capacidad para establecer amistades, generación de conversaciones unilaterales y movimientos corporales torpes. Situó la aparición de los síntomas entre los dos y tres años de edad y observó mayor proporción de varones que de mujeres. Asperger también se refería a ellos como los pequeños profesores, por su capacidad de hablar sobre su tema del favorito con gran detalle y profundidad.

## Anexo 12 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 1 (continuación)

25

Actividad 9

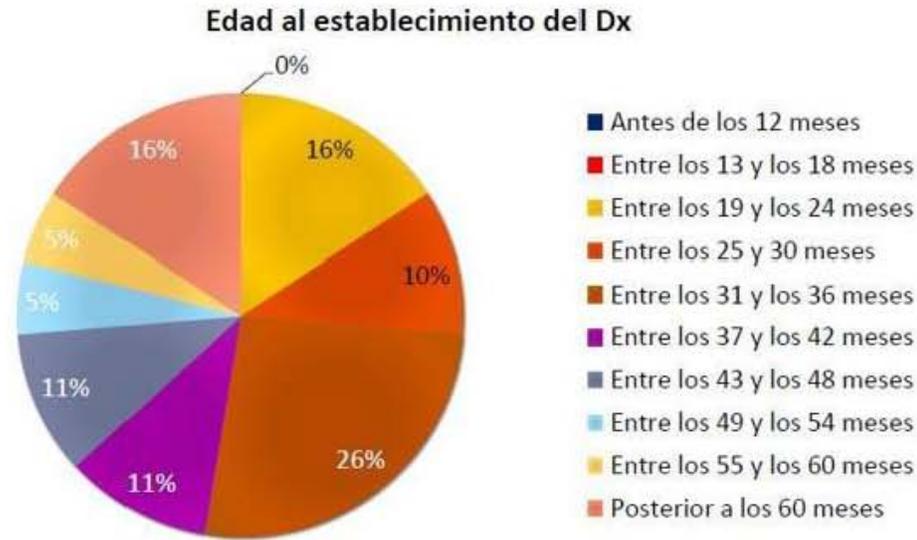
### Su misión:

Asperger partía de la premisa de que, pese a las importantes dificultades que generaban, estos niños tenían capacidad de adaptación si se les proporcionaba una orientación psicopedagógica adecuada. Por ello siguió desarrollando su trabajo en el ámbito de la Pedagogía Curativa, estrategia terapéutica que integra técnicas de educación especial en la práctica médica, sustentando todo ello en el trabajo de un equipo multidisciplinario formado por médicos, personal de enfermería, educadores y terapeutas.

Anexo 13 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 2.

26

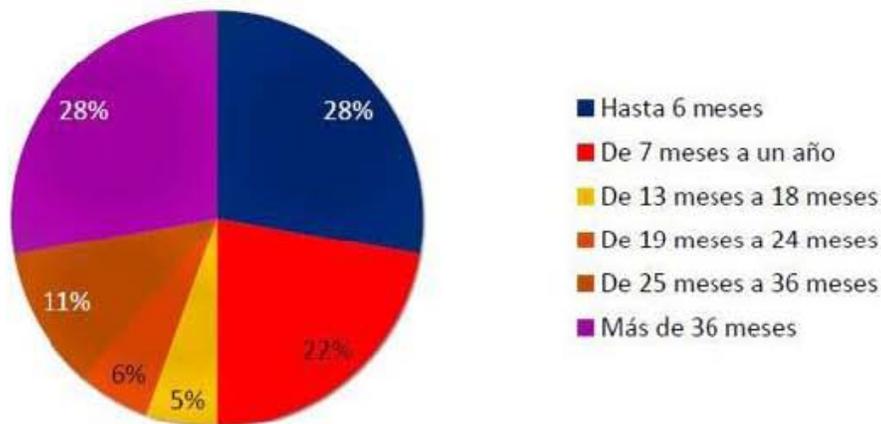
Actividad 2 –S2



27

Actividad 2 – S2

**Espacio de tiempo transcurrido desde la detección hasta el establecimiento del Dx**



# SEÑALES DE ALARMA DE RIESGO DE TEA

## INICIO 3-6 MESES

**Mirada**  
 No mira ..... Mirada fija

**Sonrisa**  
 No sonríe ..... Sonrisa congelada

**Reacción al entorno**  
 Hiporreactivo ..... Hiperreactivo

## INICIO 6-12 MESES

**Balbuceo**  
 Silencio ..... Balbuceo constante y no comunicativo

**Permanencia de objeto**  
 No reacción ante la separación ..... Hiperreacción ante la separación

**Relación**  
 No inicia ..... Exceso de iniciaciones



Mayor interés por los objetos que por las personas

**BUENAS NOTICIAS:** Búsqueda de sensorialidad: En los objetos o en uno mismo. Movimientos estereotipados.  
**ALTERNANCIAS MOTRICES:** Hipotonía o hipertonia, dificultades de integración de la línea media, asimetrías y no desaparición de reflejos primarios.  
**ATRACTIVO:** El adulto siente poco placer y tiene dificultades para establecer la relación con el niño.  
**ESTILO RELACIONAL DE LA FAMILIA:** Exceso de estimulación o distanciamiento, formas peculiares de relacionarse.



## SEÑALES DE ALARMA

- Presencia de signos patológicos
- Ausencia de conductas propias del desarrollo típico
- Diferencias cualitativas en el desarrollo de competencias y conductas
- En el niño/a, la familia y la relación
- Por exceso y por defecto, ruidosos y silenciosos
- Cualitativos - cuantitativos
- > 2-3 signos, importancia de la intensidad, frecuencia y duración

Los examinadores dedican **mucho tiempo** a identificar la presencia de competencias en niños/as con desarrollo típico que con autismo.

Dedica un tiempo a observar sin intervenir!

## Anexo 13 Diapositivas de actividades del Taller Sesión 2.

29

Sesión núm 2 Actividad 9

### Consecuencias de la Falta de Detección temprana del SA

- Estrés familiar latente.
- Los síntomas comorbidos enmascaran el Síndrome o Trastorno (ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, etc.) por lo que se alarga el tiempo de diagnóstico.
- Afectación de la integración social y por ende la calidad de vida tanto del niño como de la familia.

30

Sesión núm 2 - Actividad 9

### Beneficios de la detección temprana

- Reduce incertidumbres de los padres.
- Ayuda a la identificación de opciones de educación.
- Ayuda en la orientación profesional, e identifica servicios que faciliten dicha elección.
- Proporciona acceso a recursos, apoyo y servicios.
- Posibilita el consejo genético a las familias.
- Posibilita soporte ambiental adecuado.
- Facilita el contacto con otras personas o familiares con TEA.
- Ayuda a identificar necesidades de apoyo familiar.
- Ayuda a las personas con TEA a entenderse a sí mismos y a otras personas.
- Ayuda a otras personas a entender a las personas con TEA, incluyendo familiares, parejas y la sociedad.
- Previene problemas futuros de comorbilidad.
- Reduce el aislamiento.
- Aumenta la calidad de vida del paciente y los familiares.

8