



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Aspectos importantes del Trastorno del Espectro  
Autista

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Eduardo Ramírez García

Directora: Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez

Vocal: Mtra. Julieta Meléndez Campos

Secretaria: Mtra. Talia Rebeca Morales González

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 9 de diciembre de 2022





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.

*“1 Al pasar Jesús, vio a un hombre ciego de nacimiento.  
2 y le preguntaron sus discípulos, diciendo: Rabí, ¿quién pecó,  
éste o sus padres, para que haya nacido ciego?  
3 respondió Jesús: Ni éste pecó ni sus padres, sino que fue para  
que las obras de Dios se manifestasen en él...” Juan 9:1*

# Contenido

Introducción.....	4
<b>1.El autismo a través de la historia.....</b>	<b>6</b>
1.1.Antecedentes a los sistemas y manuales clínicos .....	6
1.2. Autismo desde el DSM y el CIE en sus versiones históricas.....	7
<b>2.Etapas del tratamiento: las herramientas clínicas y técnicas utilizadas .....</b>	<b>13</b>
2.1 La evaluación.....	13
2.2 El diagnóstico.....	14
2.2.1 Inventario IDEA (Inventario del Espectro Autista) .....	15
2.2.2 Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada (ADI-R) .....	15
2.2.3 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2) .....	15
2.2.4 Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo (M-CHAT-R) .....	15
2.2.5 Escala de valoración del autismo infantil (CARS).....	16
2.3 El tratamiento.....	17
2.3.1 Análisis Conductual Aplicado (ABA) .....	17
2.3.2 Tratamiento y educación de niños con problemas de comunicación relacionados con el autismo (Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children ,TEACCH)...	19
2.3.3 La psicoeducación.....	19
<b>3. Discusión .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>24</b>
<b>5. Anexos .....</b>	<b>26</b>
5.1 Glosario .....	26
5.2 Filtro para la detección del trastorno autista.....	29
5.3 Anexo Instrumento diagnóstico M-CHAT-R .....	31

## Introducción

Nos encontramos en la “nueva normalidad”, el presente ciclo escolar dio inicio de manera presencial y gran parte de las personas que se encontraban trabajando desde casa han tenido que regresar a sus centros de trabajo. La ciudad volvió al caos. Sin embargo, cabe preguntarnos si para las personas con discapacidad existe una “nueva normalidad” o se trata solo de una “vuelta a la vieja normalidad” en un país que deja mucho que desear en este sentido.

Antes de la pandemia por COVID-19 se tenía un desconocimiento generalizado sobre las discapacidades y de cómo se debe tratar a estas personas. Gran porcentaje de escuelas privadas y públicas siguen trabajando en pro de una educación inclusiva y universal. Sin embargo, hay mucho trabajo que realizar por parte de toda la sociedad mexicana.

Como padre de un niño diagnosticado dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA) los inicios fueron complicados, para obtener un diagnóstico clínico, un tratamiento, una terapia y un sistema educativo adecuado a las condiciones de mi hijo. Debido al gran desconocimiento de lo que es el TEA muchas instituciones privadas y públicas nos cerraron la puerta. Esto nos llevó a optar por la estrategia de “escuela en casa” donde toda la familia ha trabajado como profesor y tutor de Isaac.

Este trabajo académico muestra las generalidades sobre el tema para guiar de manera rápida y sencilla a los cuerpos docentes, directivos, sociedades de padres de familia y demás autoridades sobre la historia, herramientas clínicas, técnicas utilizadas, etapas del tratamiento y las características de las personas que se encuentran dentro del “espectro”. Adicionalmente, crear sensibilidad y dejar de lado viejos paradigmas sobre su condición mental, sus habilidades y su potencial.

Hoy Isaac, no solo habla, sino que a sus 11 años lee, tiene buenas bases matemáticas, ríe, juega simbólicamente, tiene amigos, juega en la computadora, es capaz de tener conversaciones interesantes, asiste al templo y profesa una religión

y un sano estilo de vida. Se encuentra estudiando sus ocho libros del sexto grado de primaria desde casa y con un sistema adaptado a sus necesidades.

La idea de que un porcentaje de los niños con TEA siga los pasos de mi hijo justifica la elaboración de este trabajo. Adicionalmente, se persiguen objetivos particulares en cada uno de los capítulos que componen este escrito:

- ✚ Presentar un marco histórico sobre la perspectiva del autismo, así como analizar los cambios de las versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) a través de sus versiones históricas en el capítulo uno.
- ✚ Mencionar instrumentos, herramientas clínicas y técnicas utilizadas en las etapas de evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, presentando un panorama general sobre psicoeducación y su relación con el seguimiento de niños con TEA en el capítulo dos.

Como anexos se presentan, un glosario sobre el TEA y dos instrumentos utilizados para el diagnóstico, con el único fin de que los interesados los conozcan y puedan familiarizarse con algunos conceptos relativos. No se pretende sustituir las intervenciones de los profesionales clínicos, sino por el contrario, se reconoce que la pronta intervención de ellos siempre ofrecerá mejores resultados.

## 1.El autismo a través de la historia

### 1.1.Antecedentes a los sistemas y manuales clínicos

La palabra autismo proviene de los vocablos griegos, *auto* que significa uno mismo e *ismo* que significa doctrina o pensamiento. Considerando que el autismo podría interpretarse como *encerrarse en su propio pensamiento*.

Durante el siglo XVI, Johannes Mathesius, cronista de Martin Lutero, describió la historia de un niño de doce años con síntomas profundos de lo que se cree era autismo. “Lutero, de manera errónea, pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado” (Quiroz, C. 2018).

Por vez primera vez, la palabra “autismo”, fue utilizada con Paul Eugen Bleuler (1911) en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, para referirse a un tipo de alteración de la esquizofrenia que se presentaba en adultos jóvenes cuya principal característica era la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás (Orlando, 2019). A principios de la Primera Guerra Mundial, el psiquiatra francés Eugène Minkowski considera al autismo como la pérdida del contacto con la realidad por parte de los adolescentes. Es digno de destacar que ambas personalidades consideraban que el autismo inicia en la etapa adolescente del ser humano.

En 1938, Leo Kanner, psiquiatra austriaco, comenzó el trabajo con niños que describió como poseedores de una condición “que difiere de manera tan marcada y singular de cualquier otra conocida hasta el momento” (Kanner, 1943, p1). Plasmó sus investigaciones en el artículo que sienta las bases históricas recientes del autismo: “*Autistic disturbances of affective contact*”. En este documento se describen las vidas de once niños, observando afectaciones en las áreas social, de la comunicación y de conductas repetitivas, mismas que, ahora sabemos comparten las personas con Trastorno del Espectro Autista. De forma paralela, Hans Asperger en 1944, estudiaba a una población semejante del otro lado del mundo, en Estados Unidos, obteniendo observaciones muy similares. Sin embargo,

Asperger se enfocó en personas que no presentaban signos ni síntomas tan profundos y casi ninguno presentaba retraso mental.

Las investigaciones de Kanner atribuyeron como origen de la incapacidad de establecer vínculos afectivos (afectación del área social) al tipo de interacciones que los padres mantenían con los hijos, lo cual hizo que esta condición se estudiara como un desorden fundamentalmente de carácter emocional.

Durante la década de los años sesenta surgieron líneas de trabajo que consideraban que el autismo podría ser causado por alteraciones en el desarrollo del lenguaje. Posteriormente, se comenzó a creer que el autismo se trataba de una alteración cognitiva. Debido a ello su principal estudio se llevó a cabo desde el enfoque educativo y con tratamientos basados en el conductismo dentro de centros especializados.

Posteriormente, el Dr. Jean Marc Gaspard Itard relató el caso del niño salvaje llamado Víctor y la escritora Harlan Lane, en el año 1976, planteó por primera vez en su libro «El niño salvaje de Aveyron», la posibilidad de que Víctor fuera autista (Quiroz, 2018).

Para 1980 se llegó a un consenso para concebir al autismo como un trastorno generalizado del neurodesarrollo. De esta manera fue incluido dentro del DSM-III y a partir de esta versión tuvo modificaciones hasta la versión más actual (Sánchez, 2019).

### *1.2. Autismo desde el DSM y el CIE en sus versiones históricas.*

El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) es una guía internacional, de aceptación principal en América para el diagnóstico de los trastornos de salud mental. Por su parte la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), igualmente de aceptación internacional es usada principalmente en Europa para clasificar enfermedades en general, incluidas las de carácter mental. Ambos instrumentos han sufrido actualizaciones a lo largo de la historia.

Con el objetivo de observar la evolución de los criterios diagnósticos, se muestra la Tabla 1 comparativa entre las versiones del Manual Diagnóstico y

Estadístico (DSM) y las versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que contemplaron enfermedades mentales (Grosso, 2021).

**Tabla 1**

***El Autismo desde el DSM y el CIE en sus versiones históricas***

Versión	Año de publicación	Consideraciones generales para el diagnóstico
<b>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</b>		
DSM I	1952	Consideraba al autismo como un síntoma de la esquizofrenia.
DSM II	1968	Sin cambios respecto a la forma de considerarlo.
DSM III	1980	Se contemplaba como una entidad única, denominada "autismo infantil". Para su diagnóstico se requería que las siguientes seis condiciones estuvieran presentes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inicio antes de los treinta meses.</li> <li>2) Déficit generalizado de receptividad hacia las personas.</li> <li>3) Déficit importante en el desarrollo del lenguaje.</li> <li>4) Ecolalia inmediata o retrasada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres.</li> <li>5) Respuestas extrañas ante resistencia a los cambios, intereses peculiares o apego a objetos animados o inanimados.</li> <li>6) Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas o incoherencias propias de la esquizofrenia.</li> </ol>
DSM III R	1987	Esta versión sustituye el término autismo infantil por trastorno autista. Contempla dieciséis criterios de los cuales deben estar presentes al menos ocho e iniciar durante la primera infancia, antes de los 36 meses (el manual ejemplifica conductas en cada ítem para que los padres y los especialistas puedan reconocerlos): <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Al menos dos de alteración cualitativa en la interacción social:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Marcada falta de consciencia de la existencia de sentimiento en las otras personas.</li> <li>b. Ausencia o alteración en la busca de consuelo en los momentos de angustia.</li> <li>c. Ausencia o alteración en la imitación.</li> <li>d. Ausencia o alteración en la imitación del juego</li> </ol> </li> </ol>

		<p>social.</p> <p>e. Alteración importante en la habilidad para hacer amigos entre los iguales.</p> <p>2) Al menos uno de alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo:</p> <p>a. Ausencia de forma de comunicación, como: balbuceo comunicativo, expresión facial, gesticulación, mímica o lenguaje hablado.</p> <p>b. Comunicación no verbal marcadamente anormal, como el uso de contacto visual, expresión facial, gestos para iniciar o modular la interacción social.</p> <p>c. Ausencia de juego simbólico.</p> <p>d. Claras alteraciones en el habla, incluyendo, volumen, tono, acento, velocidad, ritmo y entonación.</p> <p>e. Claras alteraciones en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo uso estereotipado o repetitivo del lenguaje.</p> <p>f. Clara alteración en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de un lenguaje adecuado.</p> <p>3) Al menos uno de un claro repertorio restringido de intereses y actividades manifestado por lo siguiente:</p> <p>a. Movimientos corporales estereotipados.</p> <p>b. Preocupación persistente por partes de objetos o apego a objetos inusuales.</p> <p>c. Manifiesto malestar por cambios en aspectos triviales del entorno.</p> <p>d. Insistencia irracional para seguir rutinas de modo muy preciso.</p> <p>e. Manifiesto rango restringido de intereses y preocupación por un interés concreto.</p>
DSM IV	1994	<p>Esta versión lo cataloga dentro de los trastornos generalizados del desarrollo junto con el Trastorno Generalizado del Desarrollo, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno de Asperger. Para diagnosticar el Trastorno Autista deben cumplirse con los cinco criterios siguientes:</p> <p>1. Presentar al menos dos de las siguientes características:</p> <p>a. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas</p>

		<p>corporales y gestos reguladores de la interacción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.</li> <li>c. ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).</li> <li>d. falta de reciprocidad social o emocional.</li> </ul> <p>2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).</li> <li>b. en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.</li> <li>c. utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.</li> <li>d. ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.</li> </ul> <p>3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo</li> <li>b. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)</li> <li>c. preocupación persistente por partes de objetos.</li> </ul> <p>4. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.</p> <p>5. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.</p>
--	--	---

DSM IV TR	2002	No presenta variaciones importantes respecto a la versión anterior.
DSM V	2013	<p>El Trastorno Autista, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado se fusionan dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para que una persona esté dentro del espectro debe presentar alteraciones en las tres áreas que se incluyen dentro de los déficits en la interacción y comunicación social (reciprocidad socioemocional, comunicación no verbal y desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones), así como dos de las cuatro áreas alteradas en el repertorio restringido de conductas e intereses (conductas repetitivas, insistencia en la invarianza, intereses restringidos o alteraciones sensoriales). Se deberá especificar la gravedad de estos déficits (grado 1 a 3 según su grado de necesidad de ayuda en las áreas anteriores: demasiado, mucho o algún apoyo). Los síntomas deberán estar presentes en las primeras fases del periodo del desarrollo. Adicionalmente, se deberá especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Con o sin déficit intelectual acompañante</li> <li>● Con o sin deterioro del lenguaje acompañante</li> <li>● Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.</li> <li>● Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.</li> <li>● Con catatonia.</li> </ul>
<b>Clasificación internacional de enfermedades</b>		
CIE 9	1975	Lo refiere como trastorno autista junto con la psicosis infantil y el síndrome de Kanner.
CIE 10	1990	<p>Lo considera como –un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los tres años.</li> <li>❖ El tipo característico de funcionamiento anormal en interacción social recíproca; comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo.</li> </ul> <p>Adicionalmente, pueden presentarse fobias, trastornos del sueño, trastornos de la ingestión de alimentos, rabietas, agresiones o autoagresiones.</p>
CIE 11	2018	Lo refiere como Trastorno del Espectro Autista cuyas

		<p>características inician –en la primera infancia y se encuentra dentro –de los trastornos mentales, comportamentales y del neurodesarrollo. Las tres dimensiones –que lo caracterizan son la dificultad en la interacción y comunicación social, –intereses restringidos y conductas repetitivas (se elimina el lenguaje como dimensión). Esta versión distingue entre autismo con o sin discapacidad intelectual y con o sin ausencia grave del lenguaje funcional. Se señala la importancia de examinar sensibilidades sensoriales inusuales y se centra en si el menor realiza conductas de juego.</p>
--	--	---

Elaboración propia basado en la información de las versiones históricas del CIE y el DSM

PAGE

1\*

La información presentada en este capítulo nos permite conocer la historia del concepto autismo y la manera de entenderlo a través del tiempo. Los autores que realizaron aportaciones y que sentaron las bases de los estudios actuales. Adicionalmente, nos permite conocer las características clínicas que se han identificado dentro del DSM y del CIE.

## 2. Etapas del tratamiento: las herramientas clínicas y técnicas utilizadas

El proceso de atención para un niño con autismo inicia con una evaluación por parte de un profesional. Posteriormente se realiza un diagnóstico que da pauta al tratamiento correspondiente. Este ciclo puede repetirse tantas veces como sean necesarias para alcanzar los objetivos de mejora planteados. A continuación, se profundiza sobre cada una de estas etapas. (Vázquez, s.f.):

### 2.1 La evaluación

Para Bohorquez, et al. (2007) una buena evaluación inicial debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- a) Una historia evolutiva y clínica lo más detallada posible.
- b) Una evaluación de las habilidades de comunicación, de lenguaje, de pensamiento, de comprensión y de las habilidades para jugar con objetos de otras personas.
- c) Una observación detallada de su comportamiento social y de cómo se relaciona con otras personas.

Angel Riviere (1997) propone que deben evaluarse cuatro dimensiones para identificar las alteraciones que presentan los niños con TEA, una vez evaluadas estas dimensiones se estaría en posibilidad de diseñar o adaptar programas escolares que los ayuden a superar las barreras. Estas dimensiones son:

- 1) Dimensión Social
  - a) Alteraciones de la relación social
  - b) Alteraciones de la referencia conjunta
  - c) Alteraciones del Intersubjetivo y mentalista
- 2) Dimensión Comunicación y lenguaje
  - a) Alteraciones de las funciones comunicativas
  - b) Alteraciones del lenguaje expresivo
  - c) Alteraciones del lenguaje receptivo

- 3) Dimensión Anticipación y flexibilidad
  - a) Alteraciones de la anticipación
  - b) Alteraciones de la flexibilidad
  - c) Alteraciones del sentido de la vida
- 4) Dimensión Simbolización
  - a) Alteraciones de la ficción
  - b) Alteraciones de la imitación
  - c) Alteraciones de la suspensión

## 2.2 El diagnóstico

La etapa del diagnóstico resulta vital en la planeación de la estrategia de trabajo. En específico, Vázquez\_(s.f.) menciona que nos ayuda para:

- a) Conocer el grado de afectación de las capacidades psicológicas que se encuentran alteradas.
- b) Valorar inicialmente y de manera confiable para comparar los avances que se obtienen a través del tiempo.
- c) Servir de base para la elaboración del Informe de Evaluación Psicopedagógica.
- d) Servir de base para la construcción de las Propuestas Curriculares Adaptadas para cada niño con autismo.
- e) Servir de base para que otros especialistas involucrados elaboren sus planes de trabajo.

Algunos instrumentos clínicos que los especialistas usan en el diagnóstico del TEA son los siguientes:

### 2.2.1 Inventario IDEA (Inventario del Espectro Autista)

Aunque expresamente no se construyó para el diagnóstico, puede ser un dato adicional para tomar en cuenta en esta etapa (Riviére, s.f.). Las dimensiones que evalúa son:

- Trastorno del desarrollo social
- Escala de trastorno de la comunicación y el lenguaje
- Trastorno de la anticipación y flexibilidad
- Trastorno de la simbolización

### 2.2.2 Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada (ADI-R)

Se utiliza para realizar una evaluación profunda a niños mayores de 2 años, ante la sospecha de padecer trastorno del espectro autista. Se centra en las conductas que de manera infrecuente se dan en personas neurotípicas (Rutter, 2011). Evalúa las siguientes áreas:

- Lenguaje y comunicación
- Interacciones sociales y recíprocas
- Conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados.

### 2.2.3 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2)

Se trata de una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego para personas mayores de 12 años con sospecha de estar en el espectro. Adicionalmente, esta versión cuenta con un módulo para niños entre 12 y 30 meses (Lord, 2015).

### 2.2.4 Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo (M-CHAT-R)

Consiste en una prueba “rápida” que debe ser contestada por los padres de niños con alguna sospecha de estar dentro del espectro que tengan entre 16 y 30

meses de edad. Se trata inicialmente de 20 reactivos cuya puntuación que resulta nos indica:

- Bajo riesgo entre 0 y 2
- Riesgo medio entre 3 y 7
- Riesgo alto entre 8 y 20

Como segunda etapa, en caso de tener riesgo medio o alto, se debe realizar la entrevista de seguimiento a través de un especialista, quien interpretará los resultados y dará seguimiento a la etapa del diagnóstico. (Rutter, 2011).

### *2.2.5 Escala de valoración del autismo infantil (CARS)*

Dirigida a niños a partir de dos años, compuesta por 15 ítems centrados en comportamientos típicos del autismo. Los resultados permiten situar a los niños en un punto de corte dependiendo de la edad. (Schopler, 1988)

### *2.2.6 Programa de Observación Flinders de Características Autísticas Preverbales (FOSPAC-R)*

Esta escala se aplica en niños de entre dos y cinco años con carácter preverbal. Consta de un manual y una caja de materiales como tazas, artículos de cocina, bloques de plástico para construcción, juguetes, tocacintas, etcétera. Es importante que este programa sea llevado a cabo por un especialista certificado en esta herramienta en conjunto con uno de los padres. Algunas de las observaciones que se llevan a cabo en este programa, por parte del terapeuta son (Vázquez, s.f.):

- Postura adecuada de acurrucamiento a los brazos del padre presente.
- Respuesta al llamarlo por su nombre.
- Alinear bloques
- Contacto visual
- Juego funcional
- Reciprocidad de sonrisa
- Juego simulado

- Respuesta a los sonidos
- Imitación de comportamientos motores
- Respuesta a órdenes verbales
- Uso de gestos

Aun cuando sólo los profesionales especializados en el TEA son quienes deben aplicar y/o supervisar la aplicación de estos instrumentos. Es importante que otras personas involucradas conozcan sus generalidades.

### 2.3 El tratamiento

El objetivo del tratamiento es desarrollar las habilidades que no se encuentran dentro del repertorio del niño, partiendo de las fortalezas del paciente. Considerando que el TEA representa un reto particular en cada paciente, es difícil establecer un estándar sobre el tratamiento (Vázquez, s.f.). Sin embargo, en términos generales se establecen prioridades en:

- a) Desarrollar habilidades de comunicación
- b) Disminuir conductas agresivas o autolesivas
- c) Desarrollar el foco atencional
- d) Desarrollar habilidades de juego
- e) Desarrollo de habilidades sociales
- f) Medicación, sólo en los casos que el especialista lo demande

A continuación, se describen las características generales del Análisis Conductual Aplicado (ABA), del Tratamiento y educación de niños con problemas de comunicación relacionados con el autismo (TEACCH) y de la Psicoeducación.

#### 2.3.1 Análisis Conductual Aplicado (ABA)

Se trata de un conjunto de procedimientos usados dentro de ambientes estructurados, predecibles y ciertamente rutinarios. Estas características las hacen aptas para el trabajo con niños con TEA debido a que ellos comparten su estructura

y comportamientos rutinarios. Su base teórica es el paradigma conductista clásico, el uso del reforzamiento positivo y negativo y el moldeamiento (Vázquez, s.f.).

ABA propicia que los profesionales del comportamiento analicen los antecedentes y los consecuentes de las conductas específicas de los niños, con el objetivo de tener elementos para la adquisición, modificación o eliminación de estas. Las técnicas que se usan en ABA podemos agruparlas de la siguiente manera, siguiendo la sugerencia de Vázquez (s.f.):

- Técnicas de adquisición conductual
  - Reforzamiento positivo
  - Moldeamiento por aproximaciones sucesivas
  - Reforzamiento negativo
  - Modelamiento
- Técnicas de reducción conductual
  - Extinción
  - Reforzamiento de conductas incompatibles
  - Tiempo fuera
  - Costo de respuesta
  - Saciedad
- Técnicas de mantenimiento conductual
  - Generalización de estímulos
  - Reforzadores condicionados
  - Encadenamiento
  - Programas de reforzamiento
- Técnicas complementarias
  - Estímulos instigadores
  - Prueba del reforzador
  - Exposición del reforzamiento

### *2.3.2 Tratamiento y educación de niños con problemas de comunicación relacionados con el autismo (Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children ,TEACCH)*

Se desarrolló en la década de los años setenta en la Universidad de Carolina del Norte. Sus fundadores fueron Eric Schopler y Gary Mesibov. Tiene como objetivo desarrollar la autonomía y mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia. Se utiliza dentro del aula para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje basándose en cuatro principios fundamentales (Sánchez, 2019):

- a) Enseñanza estructurada
- b) Estructuración física del mobiliario del aula en área de trabajo uno a uno, área de trabajo independiente, área de trabajo cooperativo, área de juego, área TIC y área de la asamblea.
- c) Estructuración temporal
- d) Estructura e información visual

### *2.3.3 La psicoeducación*

Parte fundamental en el desarrollo de los niños consiste en su vida escolar. Por definición cualquier niño debería recibir educación escolarizada. Sin embargo, existen barreras al aprendizaje para algunos niños con TEA que no les permitirán asistir a un sistema escolarizado regular. En México, existen diversas instituciones públicas y privadas cuyo objetivo es brindar esta atención a los niños. Cada una de ellas ha diseñado diferentes estrategias y grupos multidisciplinarios para cumplir con sus objetivos. Existen cuatro elementos que toman como base para brindar esta atención (Vázquez, s.f.):

- a) Elaborar una evaluación psicopedagógica contextual, precisa y funcional, utilizando:
  - Guías de observación dentro del aula
  - Entrevistas a maestros, familiares y alumnos
  - Evidencias como diarios, trabajos y cuadernos del alumno
  - Pruebas estandarizadas

- Grabaciones de audio y video
  - Listas de cotejo
  - Bitácoras de vida elaboradas por la familia
- b) Realizar una propuesta curricular adaptada (PCA) que contemple el aprendizaje de competencias para la vida, sus necesidades educativas especiales, las barreras principales al aprendizaje y las necesidades del entorno familiar.
- c) Aplicar los nueve principios psicopedagógicos generales:
- Aplicar estrategias para la vinculación socioafectiva inicial entre alumno y maestro.
  - Avanzar de un ambiente escolar super estructurado a uno normalizado.
  - Aplicar estrategias de anticipación y previsión de cambios.
  - Planear actividades basadas en aprendizajes sin error.
  - Generar experiencias de aprendizaje en contextos naturales.
  - Avanzar de una educación individualizada a una colectiva.
  - Pasar de la sobre dirección conductual a la autonomía.
  - Progresar la adaptación de un ambiente al alumno a la adaptación del alumno al ambiente.
  - Completar la intervención educativa con un tratamiento médico responsable.
- d) Utilizar las técnicas, estrategias y materiales que componen los ocho ejes prácticos utilizados para la atención educativa de los alumnos con autismo:
- Estrategias de protección sensorial (guantes, lentes, audífonos, etcétera)
  - Nuevas tecnologías electrónicas.
  - Estrategias de comunicación eficaz. Pictogramas, tarjetas, carteles, pizarras, Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) etcétera.
  - Estructuración espacial (manteles de sombras, diseño de espacios de relajación, identificación de muebles con sus nombres, etcétera)

- Estructuración temporal (agendas visuales, relojes, etcétera)
- Técnicas de análisis conductual aplicado (ABA)
- Estrategias de interacción social eficaz.
- Actividades lúdicas para el desarrollo y el aprendizaje.

Adicionalmente, se debe tratar de que el niño mantenga un óptimo estado de salud, un sueño reparador, buena nutrición, actividad física, atención médica y en caso requerido su medicación indicada. Es importante que los terapeutas a cargo establezcan tiempos de evaluación del tratamiento para realizar las modificaciones adecuadas al desarrollo biopsicosocial de los niños.

Por definición el TEA dura toda la vida, es decir, que es parte del estilo de vida de las personas. Sin embargo, si el tratamiento adecuado y profesional comienza en edades tempranas los resultados suelen ser mejores para la salud de los pacientes.

### 3. Discusión

El Trastorno del Espectro Autista es una condición que estará presente durante toda la vida de las personas que lo padecen, pero también de las personas que los rodean, sus núcleos familiares primarios y extendidos, sus amigos y sus profesores. Más que una condición es un estilo de vida al que debemos adecuarnos con la resiliencia necesaria para salir triunfadores de los retos que presenta. Debido a ello es necesario buscar la inclusión de estas personas. Es necesario que los padres observen las conductas tempranas de sus hijos y se comprometan en los tratamientos. Adicionalmente, es fundamental que el sistema educativo se encuentre preparado y con las puertas abiertas.

Este sencillo escrito académico muestra las generalidades sobre el tema para guiar de manera rápida y sencilla a los cuerpos docentes, directivos, sociedades de padres de familia y demás autoridades sobre la historia, herramientas clínicas, técnicas utilizadas, etapas del tratamiento y las características de las personas que se encuentran dentro del “espectro”. No se trata de la solución al problema, pero será un elemento que contribuye al progreso de la sociedad.

El siguiente paso a este escrito es ir al “campo de batalla”. Se propone, en el corto plazo, el diseño de un curso de capacitación dirigido a todos los involucrados en la educación de estos pequeños. Sabemos que en un gran porcentaje el problema se debe a la desinformación y desactualización de este tema. Es por ello por lo que, como profesionales del área, debemos continuar con la comunicación y sensibilización directamente dentro de los centros educativos. En el largo plazo se propone la construcción de un Centro Especializado para Menores Diagnosticados con el Espectro Autista donde se pueda brindar apoyo temprano, adecuado y al mayor número de niños, donde el pilar básico sea la información.

Durante la elaboración de este manuscrito se han desarrollado competencias que destaca el plan de estudio de nuestra carrera como la actitud progresista para ser agentes sociales de cambio, mismas que resultan

fundamentales en el ámbito de las Barreras al Aprendizaje o Necesidades Educativas Especiales. De manera complementaria, estar dispuestos a asumir responsabilidades y desarrollar actitudes para resolver problemas. Así como proponer procesos de cambio que impulsen a los individuos y a la sociedad a elevar la calidad de vida de las personas, y a aumentar la calidad de vida de los diferentes grupos sociales, apoyándose para ello en los avances producidos en el campo del estudio de la conducta.



## 4. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ª ed.)*. Arlington , VA: . American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.)*. Arlington , VA: . American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington , VA: . American Psychiatric Publishing.
- Bohorquez, D. et al. (2007) *Un niño con autismo en la familia: Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. [Archivo PDF] [https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO20581/familia\\_autismo.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO20581/familia_autismo.pdf)
- De la Barrera, L. (2022). *Autismo. Descubriendo sus colores : pasar del trastorno a la condición*. UniRío editora. <http://www.unirioeditora.com.ar/wp-content/uploads/2022/03/Autismo-descubriendo-sus-colores-Libro-digital.pdf>
- Garrabé, J. (2012). *El autismo. Historia y clasificaciones. Salud mental*. [Archivo PDF] <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3503/sm3503257.pdf>
- Grosso, M. (2021). *El autismo en los manuales diagnósticos internacionales: cambios y consecuencias en las últimas ediciones. Revista española de discapacidad*. [Archivo PDF] [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8raeF6Y\\_6AhVFLUQIHQPeAkEQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F7993824.pdf&usq=AOvVaw3rivjzsHb7UdDRXhRWXRds](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8raeF6Y_6AhVFLUQIHQPeAkEQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F7993824.pdf&usq=AOvVaw3rivjzsHb7UdDRXhRWXRds)
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2, (217250)*. [Archivo PDF]. [https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf\\_Psico/Kanner.pdf](https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Psico/Kanner.pdf)
- Lord, C. (2015). *ADOS 2. Escala de Observación para el Diagnóstico del autismo*. [Archivo PDF]. [https://web.teaediciones.com/Ejemplos/ADOS-2\\_extractoWEB.pdf](https://web.teaediciones.com/Ejemplos/ADOS-2_extractoWEB.pdf)
- Orlando, A. (2019). *Curso anual de Auditoria Médica, gestión y convenios en salud*. [Archivo PDF] <http://auditoriamedicahoy.com/biblioteca/Dra.%20Lopez%20Arroyo%20Monografia%20TEA%20evaluado.pdf>
- Quiroz, C. (2018). *Una breve historia el autismo. Universidad católica de San Pablo*. [Archivo PDF] <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwieu8qm1v75AhVJnGoFHWrLBUEQFnoECAwQAQ&url=https%3A>

%2F%2Frevistas.ucsp.edu.pe%2Findex.php%2Fpsicologia%2Farticle%2Fd  
 ownload%2F138%2F134%2F408&usg=AOvVaw05RDtRxfX-  
 OfOI2CGNtFMq

- Riviére, A. (s.f.). *IDEA. Inventario de Espectro Autista*. [Archivo PDF] <https://www.asemco.org/documentos/asemco-idea.pdf>
- Robins, D. (2009). *Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo (para niños entre 1 y 3 años) Revisado y con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F)*. [Archivo PDF] [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Western\\_Spanish.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Western_Spanish.pdf)
- Rutter, M. (2011). *ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Edición revisada*. [Archivo PDF]. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/ADI-R-Extracto-Manual.pdf>
- Sánchez, M. (2019). *Método TEACCH y Montessori para alumnado con Trastorno del Espectro Autista (TEA)*. [Archivo PDF]. <https://core.ac.uk/download/pdf/235850626.pdf>
- Schopler, E. (1988). *CARS (Childhood Autism Rating Scale)*. [Archivo PDF] [https://www.proyectoinma.org/wp-content/uploads/2018/06/131.anexo15-cars\\_editora\\_16\\_59\\_1.pdf](https://www.proyectoinma.org/wp-content/uploads/2018/06/131.anexo15-cars_editora_16_59_1.pdf)
- Vázquez, M. (s.f.). *La atención educativa de los alumnos con Trastornos del Espectro Autista. Instituto de Educación de Aguascalientes*. [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2academicos/13libro\\_autismo.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2academicos/13libro_autismo.pdf)
- World Health Organization (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. CIE- 11.
- Young, R. (2006). *La detección precoz de las características autistas preverbales*. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133926960003.pdf>

### Imágenes de referencia

Instrumento M-CHAT-R. [Imagen]. mchatscreem. [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Spanish\\_Spain.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf)



## 5. Anexos

Los siguientes anexos se presentan con el único fin de que los interesados puedan familiarizarse con algunos conceptos relativos. No se pretende sustituir las intervenciones de los profesionales clínicos, sino por el contrario, se reconoce que la pronta intervención de ellos siempre ofrecerá mejores resultados.

### 5.1 Glosario

- 1) **Autismo.** Se presentan definiciones del Trastorno del Espectro Autista para apreciar la similitud y las diferencias, con objetivo de formarnos un criterio sólido sobre este padecimiento.
  - El autismo se trata de un trastorno generalizado del desarrollo que afecta principalmente las áreas de la interacción social, la comunicación y la flexibilidad conductual, cognitiva y de intereses. Aunque no en todas las personas se presentan todas las afectaciones. Adicionalmente cada caso específico muestra una gravedad diferente por ello es por lo que se habla de un “espectro autista” (Vázquez, M., s.f.)
- 2) **Funciones ejecutivas.** Se trata de los procesos cognitivos de alto nivel que regulan y gestionan el comportamiento de las personas para alcanzar los objetivos propuestos. Se trata de procesos decisivos en el desarrollo ambiental de las personas y de su autorregulación. Algunas de estas funciones son: planificación, memoria de trabajo, inhibición y control de impulsos, cambio de foco atencional, flexibilidad, etcétera. Anatómicamente podemos encontrarlas en el lóbulo frontal del cerebro. (De la Barrera, L., 2022)
- 3) **Inflexibilidad mental.** Se trata de la dificultad para anticipar mentalmente los eventos futuros o inesperados. Las personas dentro del espectro padecen ansiedad, rechazo o rabietas al cambiar sus hábitos o rituales. (Vázquez, M., s.f.)

**4) Juego como instrumento de aprendizaje.** Las estrategias de juego son instrumentos importantes para el desarrollo del aprendizaje. Recuerda siempre que, aunque los niños estén dentro del TEA siguen siendo niños y lo que más les gusta es el juego. Evidentemente tendremos que adaptar estas estrategias para que resulten eficaces en el objetivo. “El juego tiene implicaciones esenciales para el desarrollo integral del niño en sus múltiples dimensiones: psicomotriz, social, intelectual, comunicativa, etc. Además, es a través del juego que el niño forma lazos de amistad y desarrolla más conciencia de sí mismo.” (Vázquez, M., s.f.). Algunas de las estrategias que podemos implementar son:

- Uso de títeres, marionetas y muñecos.
- Juegos de video y software educativo.
- Juegos de representación o actuación.
- Juegos para el desarrollo intelectual.
- Juegos para el desarrollo psicomotriz.

**5) Signos característicos.**

- Afectaciones en el área social:
  - No observan a los ojos de su interlocutor.
  - Preferencia a la soledad.
  - Alteración ante gente extraña o situaciones que salen de su rutina.
  - Incapacidad gradual por seguir instrucciones o reglas.
- Afectaciones en el área comunicativa-lingüística.
  - Retraso grave del lenguaje.
  - Ecolalia.
  - Presencia de “berrinches” exagerados /o sin causa aparente.
- Afectaciones en el área de flexibilidad de intereses, conductas y pensamientos.
  - Presencia de manierismos (aleteo, balanceo, caminar en puntas, etcétera)
  - Hipersensibilidad alimenticia.

- Molestia de ciertos estímulos auditivos, visuales o táctiles.
- Insistencia en temas específicos de su agrado.
- Presencia de autoagresión. (Vázquez, M., s.f.)

6) **Sobre selección sensorial.** Se trata de la característica perceptual donde las personas son atraídas intensamente por algunos estímulos particulares. Buscando objetos o actividades que les proveen satisfacción o relajación. (Vázquez, M., s.f.)

7) **Teoría de la mente.** Se trata de la capacidad que tienen las personas de entender las emociones y los pensamientos de los demás. Esta capacidad nos hace ser prudentes y comportarnos de manera socialmente responsable y respetuosa, teniendo empatía, respeto y tolerancia hacia los demás. Incluso, gracias a ella en ocasiones podemos mentir de manera intencional o no. (Vázquez, M., s.f.)

## 5.2 Filtro para la detección del trastorno autista

Aunque se trata de una prueba con casi treinta años de antigüedad se considera que ofrece un resultado rápido para la detección del autismo, que puede servir como primer indicador para los profesionales.

### FILTRO PARA LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO AUTISTA

Rosa M. Corzo  
Eduardo Díaz Tenopala  
© Corzo/Díaz-1995

PAGE  
1\*

Este cuestionario sirve como filtro para detectar si la persona evaluada, puede ser considerada o no con el Trastorno Autista.

De preferencia deberá ser llenado por los padres de familia y, en su defecto por el psicólogo(a), maestro(a) o familiar más cercano.

#### **Instrucciones.**

1. A continuación encontrará 37 frases que describen las conductas más características del trastorno autista.
2. Deberá marcar con una cruz únicamente aquellas que la persona presenta actualmente o que presentó alguna vez.
3. Deje en blanco aquellas conductas que nunca se han presentado.
4. Sume las frases que marcó con una cruz, incluyendo las que ha presentado alguna vez y las que presenta actualmente.

#### **Resultados.**

En caso de que sume 15 o más respuestas marcadas, existe la **posibilidad** de que la persona evaluada presente el Trastorno Autista.

En este caso, debe acudir con un profesional en el tema.

#### **Consideraciones:**

Un número alto de respuestas calificadas como presentes o que se han presentado no determinan mayor severidad.

Nombre	
Edad	
Fecha de Aplicación	

© Corzo/Díaz-1995

No.	<u>DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA</u>	Lo presenta actualmente	Lo presentó alguna vez
1	Parece interesarse más por los objetos que por las personas.		
2	Se interesa sólo por una parte de los objetos, juguetes y/o personas (ej. Sólo por las ruedas de los carritos o por el pelo de las personas o por las aspas del ventilador).		
3	Presta atención a sonidos que él mismo produce.		
4	Generalmente parece no atender cuando se le habla (actúa como si fuera sordo).		
5	Se entretiene con palitos, hilos, piedritas, hojas, etc. en vez de hacerlo con juguetes.		
6	Prefiere estar solo a interactuar o jugar con otros niños.		
7	Busca que las cosas que forman su entorno (casa, habitación, etc.) permanezcan sin cambio.		
8	Se balancea, da vueltas sobre sí mismo, corre de un lado a otro o sube y baja escaleras durante largos períodos de tiempo.		
9	Presenta berrinches inexplicables, sin causa aparente.		
10	Tiene la costumbre de mover, sacudir o aletear las manos.		
11	Rehúye la mirada cuando se le quiere mirar a los ojos.		
12	Le molestan algunos ruidos (llega a taparse los oídos).		
13	Se interesa por ruidos como el de la aspiradora, lavadora, etc.		
14	Da la impresión de que resiste el dolor más que otros niños (se golpea y no llora).		
15	Se golpea la cabeza contra la pared, suelo, muebles o con la mano.		
16	Suele entretenerse repitiendo una misma actividad (ej. Alinea cosas y/o levanta torres y las tira, etc.).		
17	Reacciona con berrinches ante situaciones o personas nuevas, o cuando se interrumpen sus rutinas.		
18	Cuando el niño quiere algo que no puede obtener por sí mismo, le lleva a usted tomándolo de la mano hacia el objeto que desea (pero sin mirarle ni hablarle).		
19	Algunas cosas que aprende las repite solamente en ciertos lugares y/o con determinadas personas.		
20	Gira objetos, mostrando gran habilidad.		
21	Es selectivo en los alimentos, por su consistencia (suaves, ásperos, crujientes, etc.) o por su sabor (dulces, salados o ácidos, etc.).		
22	Constantemente huele lo que encuentra.		
23	Reacciona de forma extraña al contacto de ciertas texturas (suaves, ásperas, etc.).		
24	A veces sorprende con habilidades inesperadas.		
25	Su conducta resulta difícil de predecir o entender.		
26	Entiende lo que se le dice de una forma muy literal; no entiende las bromas, los juegos de palabras y no realiza procesos lógicos.		
27	Pronunció algunas palabras que de pronto dejó de decir las sin motivo aparente		
28	Nunca ha hablado		
29	En ocasiones dice alguna palabra suelta		
30	Repite preguntas o frases que ha oído (personas, televisión, radio, etc.), inclusive con una voz similar a la que escuchó.		
31	Utiliza mal los pronombres personales (ej. Dice <i>tu</i> en vez de <i>yo</i> , <i>quieres</i> en vez de <i>quiero</i> ).		
32	No reconoce las situaciones de peligro, pareciera que no le tiene miedo a nada.		
33	Para poder realizar sus actividades diarias (comer, dormir, etc.) debe llevar a cabo rutinas y rituales que no pueden ser alterados.		
34	En ocasiones ríe de forma incontrolada y sin causa aparente.		
35	A veces camina de puntas.		
36	Presenta alteraciones del sueño (no duerme, duerme poco y/o le cuesta conciliar el sueño).		
37	No crea juegos imaginativos.		

### 5.3 Anexo Instrumento diagnóstico M-CHAT-R

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SÍ	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	SÍ	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)	SÍ	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”)	SÍ	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	SÍ	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

Instrumento M-CHAT-R. [Imagen].  [https://mchatscreem.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Spanish\\_Spain.pdf](https://mchatscreem.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf)