

**Entrenamiento en habilidades sociales en un joven con Síndrome de Asperger**

**Autor: Brenlla Javier**

## INDICE

<b>1 INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
1.2 Objetivo general .....	4
1.3 Objetivos específicos.....	4
<b>2 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
2.1 Historia del Síndrome de Asperger .....	5
2.2 Criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger.....	7
2.3 Comorbilidad .....	11
2.4 Diagnóstico Diferencial .....	12
2.4.1 Diferencias con el Autismo de Alto Funcionamiento .....	13
2.4.2 Otros trastornos .....	15
2.5 Aspectos Neurobiológicos de Síndrome de Asperger .....	16
2.5.1 Principales modelos Neuropsicológicos .....	17
2.5.2 Modelo de "Teoría de la Mente" .....	17
2.5.3 Teoría del déficit de la "Función Ejecutivas" .....	18
2.5.4 Otras teorías .....	20
2.6 Prevalencia .....	21
2.7 Tratamiento .....	22
2.8 Habilidades Sociales .....	24
2.8.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales .....	25
2.8.2 Herramientas Utilizadas durante el Entrenamiento .....	27
<b>3-DESARROLLO.....</b>	<b>29</b>
3.1 Metodología .....	29
3.1.1 Tipo de estudio .....	29
3.1.2 Participante .....	29
3.1.3 Procedimientos .....	29
3.1.4 Instrumentos .....	29
3.2 Análisis del caso .....	30
3.2.1 Deficiencias en habilidades sociales que presenta el paciente al inicio del tratamiento .....	30
3.2.2 Sintomatología del déficit social .....	30
3.2.3 Primer encuentro con el paciente .....	31

3.2.4 Entrevista con el terapeuta .....	32
3.2.5 Objetivos del entrenamiento en Habilidades Sociales .....	34
3.2.6 Técnicas y estrategias utilizadas .....	35
3.2.7 Desarrollo de las sesiones de entrenamiento .....	35
3.2.7 Cambios que se produjeron a lo largo del entrenamiento .....	42
<b>4 CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>5 Planillas de recolección de datos .....</b>	<b>46</b>
<b>6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>

## **1- INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo es el producto de la pasantía realizada en una institución trabajan con pacientes diagnosticados dentro de los Trastornos del Espectro Autista, bajo un enfoque cognitivo conductual.

El interés por conocer los logros que brindan los grupos de entrenamiento en Habilidades Sociales y como repercute en la calidad de vida de las personas con Síndrome de Asperger, fue un factor concluyente en la elección del tema a trabajar.

Se participó de diferentes actividades, las cuales fueron muy didácticas y formativas a nivel profesional, a los efectos de poner en práctica las actitudes y competencias aprendidas a lo largo del aprendizaje académico.

La observación se realizó a un paciente con Síndrome de Asperger a lo largo del entrenamiento en Habilidades sociales, tanto individual como grupal. Durante las cuales se utilizaron técnicas de observación en un ámbito clínico y ecológico dentro de su entorno familiar y social. Se llevaron a cabo diferentes ateneos con el fin de llevar un control terapéutico por parte del equipo de profesionales, (las reuniones no fueron detalladas en éste trabajo debido a que se hizo hincapié en el desarrollo del entrenamiento).

Se asistió a entrevistas con los padres, con el fin de diagramar el proceso de entrenamiento, la elaboración de los objetivos a largo y a corto plazo y se observó las sesiones de entrenamiento realizadas en el hogar del paciente y en los diferentes ámbitos sociales donde implementar las herramientas incorporadas durante el proceso.

### **1.1OBJETIVOS**

#### **1.1.1 OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de este trabajo consistió en describir el entrenamiento en habilidades sociales en un paciente de 22 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger.

#### **1.1.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- I. Describir las deficiencias en habilidades sociales que presenta el paciente con Síndrome de Asperger al inicio del tratamiento.
- II. Describir las diferentes técnicas y estrategias utilizadas en el enteramiento de habilidades sociales tanto en el consultorio como en un ámbito ecológico del paciente.
- III. Describir los cambios producidos al final del entrenamiento en habilidades sociales.

## **1. 2. MARCO TEÓRICO**

La sociedad, valora a una persona por su apariencia, por cómo se comporta y habla.

Las personas con Síndrome de Asperger (SA) no se distinguen físicamente de cualquier persona, aunque los demás sí la verán diferente por la peculiaridad de su conducta social y sus habilidades conversacionales (Attwood, 1998).

Para lograr competencias adecuadas se adquieren herramientas sociales, sin ellas el mundo social sería extremadamente difícil y hostil. En el libro “El curioso incidente del perro a la medianoche” (Mark Haddon, 2004), obra literaria que brinda una detallada descripción de cómo piensa una persona con Síndrome de Asperger, Christopher Boone, personaje principal de la obra, hace referencia a la dificultad que se le presenta cotidianamente para poder entender los códigos y las normas sociales. Se transcribió un fragmento de la obra que resalta las dificultades con el medio social; “...*me estaba haciendo demasiadas preguntas y me las estaba haciendo muy rápido. El policía me tomo del brazo y me hizo ponerme de pie, no me gusto que me tocara de esa forma y entonces le pegue*” (pág. 17)

Las personas con Síndrome de Asperger, trastorno del espectro autista, se caracterizan por presentar dificultades en la interacción social, teniendo que proporcionarles herramientas sociales y así mejorar sus competencias en los diversos ámbitos de la vida de la persona con este trastorno (Attwood, 1996). La teoría cognitiva conductual fue el punto teórico de donde se comenzó y se desarrolló este trabajo. La terapia cognitiva conductual ha sido diseñada y perfeccionada a lo largo de décadas y se ha mostrado efectiva para cambiar la forma en que la persona piensa y responde a sensaciones tales como ansiedad, tristeza y enojo. El programa del tratamiento se focaliza en aspectos de deficiencia cognitiva en términos de madurez, complejidad y eficacia del pensamiento y en aspectos de distorsión cognitiva en términos de pensamiento disfuncional (Attwood,2002). Así pues, tiene una aplicabilidad directa para personas con síndrome de Asperger de los que se sabe tienen déficit y distorsiones de pensamiento. Es importante pensar cómo hacen las personas con esta patología para poder entender el mundo en sociedad, las claves sociales, la decodificación de mensajes, el manejo de emociones, en ocasiones el hostigamiento de sus compañeros, el día a día en un mundo demasiado exigente socialmente y poco tolerante frente a aquellas personas en donde un camino recto se puede volver demasiado sinuoso (Borreguero, 2004)

### 1.2.1. **HISTORIA DEL SÍNDROME DE ASPERGER**

En el año 1943, Leo Kanner publicó en los Estados Unidos su artículo “ *Trastornos autistas del contacto afectivo*” (Riviere,2001), en el cual realizó una descripción del análisis de 11 casos de niños pequeños, esencialmente varones, con un cuadro clínico caracterizado por la edad temprana de aparición, una sintomatología determinada por la soledad, inmovilidad del comportamiento y un retraso o ausencia de la adquisición del lenguaje verbal, insistencia a elaborar rutinas repetitivas, mutismo o anomalías en el habla, también presentaban fascinación por los objetos, una gran destreza para manipularlos y una memoria mecánica excelente, al que llamó “*Autismo infantil precoz*”(Wing,1998).

El 18 de febrero de 1906, en Viena, nace Hans Asperger, en 1931 obtiene su doctorado en medicina y en 1932 asume como director del departamento de la clínica Pediátrica Universitaria de Viena y en 1943 publica su tesis doctoral, en la cual describe a cuatro niños de entre 6 y 11 años a los que diagnostica con el nombre de “*Psicopatía Autista de la Infancia*” (Frith, 1991).

A diferencia de Leo Kanner, Hans Asperger observó a niños con un nivel intelectual y de lenguaje adecuado, presentaban deficiencias en la interacción, acompañado por una mirada, habla y movimientos peculiares. Para este autor la “*Psicopatía Autística*” presentaba sus síntomas en edades avanzadas del desarrollo, debido a estos rasgos consideraba que este trastorno era diferente al descrito por Kanner (García Vargas & Jorroto Lloves, 2005), sin embargo coincidía en la presencia de rutinas estereotipadas, pobreza en la interacción social, deficiencias en la comunicación y el desarrollo de intereses especiales (Attwood, 2002). En 1981, la doctora en medicina, Lorna Wing, fue la primera en utilizar el término “*Síndrome de Asperger*”, retoma los estudios de Hans Asperger, observando algunos niños que presentaban características clásicas del autismo en la niñez, coincidió con Hans Asperger al observar las dificultades que presentaban en la interacción social, el apego a conductas repetitivas, resistencia a los cambios, torpeza motora, afectación del lenguaje, la comunicación no verbal y el desarrollo de habilidades en intereses peculiares. Las diferencias con las que se encontró en relación a los pacientes del médico Vienes, las observó en la tendencia al aislamiento desde lactantes, algunos presentaban afectación intelectual y otros compromiso del lenguaje temprano. Aquellos que presentaban intereses especiales ella los relacionó a una memoria de repetición más que a un acto de creatividad como pensaba Asperger (Tallis, 2008).

Recién en 1994, el SA aparece como categoría diagnóstica en los manuales DSM (*Asociación Americana de psiquiatría, 1994*) y CIE-10 (*Clasificación Internacional de Enfermedades*).

### 1.2.2 **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE ASPERGER.**

El Síndrome de Asperger se encuentra dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (*Asociación Americana de Psiquiatría, 2004*), aunque en la actualidad se encuentre bajo la denominación del Trastornos del Espectro autista, del DSM-5 (*Asociación Americana de Psiquiatría, 2013*).

Se tomará la clasificación del DSM-IV-TR, debido a que en la actualidad sigue vigente el uso del CIE-10 como el DSM-IV-TR para el cual los TGD son:

- 1- Trastorno autista
- 2- Trastorno Desintegrativo Infantil
- 3- Síndrome de Asperger
- 4- Síndrome de Rett
- 5- TGD sin especificar (TGD no especificado de otra manera).

El Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno del desarrollo neurobiológico, que afecta el funcionamiento social de la persona y el espectro de actividades e intereses. Está vinculado a una disfunción de diferentes circuitos cerebrales (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005), aunque no existe ningún marcador biológico que nos permita detectar los cuadros de S.A y, por ello, su diagnóstico continúa siendo clínico, basado en los comportamientos observados, en la historia del desarrollo y en el perfil psicológico del sujeto (Borreguero, 2004), algunos de los criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger siguen siendo hoy objeto de discusión entre los profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría y la pedagogía, así se observa en las distintas definiciones que ofrecen los sistemas estandarizados de diagnóstico que se manejan en la actualidad.

En el manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la asociación Americana de Psiquiatría en su revisión del año 2004, DSM-IV-TR, los criterios de diagnóstico que se establecen, son los siguientes:

***Criterios para el diagnóstico de trastorno de Asperger*** (DSM-IV-TR, 2000, pág. 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 con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

***B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas***, 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 (p. ej., 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*** (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 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 de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.***



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

Tallis (2008), sostiene que los criterios son una degradación de la clínica y que la observación detallada del paciente es mucho más rica que la pretensión de definir un cuadro por su coincidencia con definiciones de manuales, aunque uno de los criterios más difundidos y aceptados por los científicos son los criterios planteados por Gillberg & Gillberg (1998, citados en Tallis, et. al, 2008, p.34), entre los que se mencionan:

**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 inapropiados.

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

- a. Exclusión de otras actividades.
- b. Adhesión a la repetición.
- 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.

10

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

Hasta el DSM-IV-TR, el autismo y el Síndrome de Asperger se presentaban como dos categorías diagnósticas diferentes, pudiéndose diferenciar al SA, como un trastorno en el cual no se observaba ausencia o retraso del lenguaje en edades temprana, el nivel cognitivo se encuentra dentro de la norma y presenta mejores habilidades adaptativas, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2004), con la salida de la nueva versión del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría 2013), se realizó un cambio importante dentro de la denominación, sustituyendo la denominación del Trastorno Generalizado del Desarrollo por el de Trastorno del Espectro Autista (TEA), se elimina, dentro de la denominación TEA al Síndrome de RETT, debido a su gran carga genética específica y se integran todas las denominaciones restantes en el TEA, por lo cual se agrupan los criterios del trastorno cualitativo de la relación social así como los de la comunicación social e interacción no explicable por un retraso general en el desarrollo. En relación a lo sensorial se agregaron marcadores de hipo e hiper- reactividad e intereses inusuales en los aspectos sensoriales del entorno, mientras que la edad de manifestación en que se producen las alteraciones deben estar presentes desde la primera infancia, aunque no se perciba hasta edades posteriores (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **1.2.3 COMORBILIDAD.**

Los cambios evolutivos son múltiples y se producen en todas las áreas, estos cambios producen modificaciones y modulaciones en mucho de los síntomas psicopatológicos a lo largo de su desarrollo en los trastornos psiquiátricos de la infancia, produciendo una alta comorbilidad en muchos trastornos a lo largo del desarrollo (Borreguero, 2004), por lo que es muy importante delimitar claramente el trastorno para permitir realizar un buen diagnóstico, un tratamiento adecuado, apuntando a un pronóstico lo más positivo posible.

Dentro de las manifestaciones comorbidas que se asocian al SA se puede encontrar

- Síndrome de Tourette.
- Trastorno de Atención e Hiperactividad (TDA-H).
- Trastorno Específico del Lenguaje (TEL).

- Trastorno del Aprendizaje no Verbal (TANV).
- Trastorno del estado del Animo
- Trastorno de Ansiedad.

Si bien las manifestaciones del Síndrome de Tourette y el SA pueden ser diferenciados, la comorbilidad entre estos dos cuadros es frecuente (Borreguero, 2004), algunos de los síntomas que comparten son la ecolalia, estereotipias, conductas obsesivo-compulsivas y conductas motoras anormales (Attwood, 2002).

La Depresión es el trastorno psiquiátrico más común en adolescentes y adultos con SA, Ghazinddin et al [6], mediante entrevistas semiestructuradas, observo que el 37% de la muestra, en 13 de 35 sujetos con SA, presentaban síntomas de depresión, estos autores encontraron que diez de los niños deprimidos (77%) presentaban historia familiar de depresión (Pérez, 2009), Ruiz-Lázaro (2009) afirma que el diagnóstico comórbido más probable tanto en la adolescencia como en la adultez es la depresión, algunos de los síntomas depresivos que suelen mostrar los adolescentes con SA son la falta de autoestima, falta de energía, estado de ánimo irritable, somatizaciones y problemas del sueño (Pallarés, 2007). Los patrones de inatención e hiperactividad acompañados de comportamientos impulsivos han sido la causa del encubrimiento del déficit social primario y los problemas de comunicación que caracteriza al SA (Borreguero, 2004). Los niños con SA sin diagnóstico de ansiedad presentan más síntomas de ansiedad que la población normal y con un perfil diferente que la población con diagnóstico de ansiedad, pero los informes de los padres revelan altas tasas de ansiedad total y describen que los niños con SA experimentan más síntomas obsesivo-compulsivos y miedo a daños físicos que los niños clínicamente ansiosos (Russell y Osonoff, 2005). Las obsesiones y compulsiones son frecuentes en adultos con autismo de alto funcionamiento o SA y se asocian con importantes niveles de distrés que refieren al menos moderados niveles de interferencia por sus síntomas obsesivo compulsivos (Russell et al, 2005). Los signos comórbidos entre el DAMP y el síndrome de Asperger son similares y pueden ocurrir juntos, las características incluyen en los niños, problemas de percepción, un fracaso para ajustar el volumen, el tono de la voz y la torpeza motora, aunque este último no se reconoce en los criterios del SA (Fitzgerald & Corvin, 2001). Con respecto al lenguaje, son tres los trastornos comórbidos con el SA, el Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), cuyos síntomas comunes con el SA se encuentra, la comprensión, tanto verbal como lectora pobre, el trastorno semántico-pragmático, el cuál además de una comprensión verbal y lectora pobre, se caracteriza

por dificultades en el uso social del lenguaje y el Trastorno del aprendizaje no verbal (TANV), compartiendo torpeza motriz, coordinación motora pobre y dificultad para comprender expresiones faciales, gestos y tonos de voz con el SA (Artigas Pallares, 2006).

#### **1.2.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Hay cuadros clínicos y de síndromes neuropsicológicos y neurolingüísticos que deben diferenciarse del Síndrome de Asperger, aunque el trastorno que cobra especial relevancia a la hora de realizar el diagnóstico diferencial es el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF).

#### ***DIFERENCIAS CON EL AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO***

En los años noventa los científicos veían al Síndrome de Asperger como una variante del Autismo, con una amplia afectación de sus habilidades. En la actualidad se lo considera un subgrupo del espectro Autista y presenta su propio criterio diagnóstico (Attwood, 1998). Wing extendió el uso del término Síndrome de Asperger y su relación con el Autismo, cuando publicó su trabajo de revisión de 34 casos con edades entre 5 y 35 años cuyas características coincidían con los casos descritos con Hans Asperger (Wing, 1981). El Autismo y el SA se han considerado dos categorías diagnósticas diferentes, a lo largo del tiempo, autores como Frith (2004), plantearon que se trataría de dos formas de un mismo continuo de gravedad, este continuo engloba condiciones que tienen como denominador nuclear, un déficit social, comunicativo, sensorial y la presencia de comportamientos e intereses repetitivos (Klin, 2009). Un enfoque más individual, sostiene que tanto el Síndrome de Asperger como el Autismo no son un continuo sino entidades diferentes, discapacidades distintas, lo que posibilita, a su vez, intervenciones acordes y adecuadas a cada trastorno y a cada persona en particular (Tallis, 2008). Las personas con Autismo presentan una dificultad en el desarrollo del lenguaje, se ha encontrado que de forma general en el SA y en el AAF, existe un déficit a nivel de la capacidad pragmática del lenguaje, dentro del que se incluyen, según Borreguero (2005), carencia de habilidades para adecuar y seleccionar el uso del lenguaje a los contextos sociales, incapacidad de mantener el ritmo de la conversación en coherencia con la expresión emocional del interlocutor, falta de interés por el discurso de la otra persona y dificultades para respetar el turno. Una necesidad importante a las rutinas, movimientos estereotipados, como aleteos, movimientos de balanceo, auto-estimulaciones, ausencia de realizar intentos espontáneos de compartir

patrones sociables con otras personas o aproximaciones con las personas o sea un trastorno cualitativo de la relación social, un probable retraso mental y la edad de comienzo alrededor de los tres años (Riviere, 2001), en contraste con los criterios del Trastorno Autista, que incluyen déficits en comunicación verbal y no verbal y en el juego, los actuales criterios del Síndrome de Asperger establece que no haya "evidencia significativa" de retraso en el desarrollo, de forma que el niño usa palabras simples a los dos años, y frases comunicativas a los 3 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2004), el CI debe ser normal o cercano a la normalidad. La falta de una desviación clara en el lenguaje usualmente lleva a un reconocimiento clínico más tardío que en otros trastornos del espectro autista, lo que se debe, presumiblemente, a la conducta adaptativa temprana normal o casi normal (Riviere, 2001), sin embargo, el lenguaje en el Síndrome de Asperger claramente ni es normal ni típico, las personas con Síndrome de Asperger normalmente presentan un habla pedante y pobremente modulada, una pragmática no verbal o habilidades de conversación pobres, e intensa preocupación sobre temas muy concretos (Wing, 1981).

En 1998 Gillberg y Ehlers, identificaron cuatro áreas en las que se dan diferencias, a nivel de funcionamiento cognitivo, destrezas motoras, desarrollo del lenguaje y edad de comienzo (Caballero, 2001). Las diferencias entre los dos cuadros, radican en que el cociente de inteligencia es superior en las personas afectadas por síndrome de Asperger, la adaptación al medio es mucho mayor, los niveles de expresión verbal son altos, es más clara la herencia familiar. En relación con los problemas motores, el síndrome de Asperger presenta como característica principal la torpeza, mientras que en las personas con autismo lo más llamativo son los movimientos estereotipados, esto no quiere decir que se presenten rasgos en común. Siguiendo Arranz (2011), la diferencia fundamental entre AAF y SA es que en el primero, las habilidades en comunicación no verbal suelen ser superiores a las habilidades verbales, mientras que autores como Eisenmeyer, Leekan y Ozonof compartían la opinión de que ambos trastornos tienen los mismos síntomas fundamentales pero difieren en su severidad (Caballero, 2008).

Según el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2004), el diagnóstico diferencial del SA debe realizarse con algunos trastornos del Eje I y del Eje II. En cuanto a los primeros, trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, debe realizarse con otros TGD (trastorno autista, trastorno de Rett y trastorno desintegrativo infantil), con esquizofrenia y con trastornos de ansiedad (ansiedad, fobia social y TOC). Con respecto al diagnóstico diferencial con el *trastorno*

*de Rett*, la característica más notable es su prevalencia ligada al sexo, ya que éste sólo ha sido diagnosticado en mujeres y en cambio el SA es mucho más frecuente en hombres. En el trastorno Rett se dan grandes dificultades en el lenguaje y la comunicación y es común que se muestren importantes grados de retraso mental. El *trastorno desintegrativo infantil* muestra un patrón de regresión evolutiva tras un periodo, de mínimo dos años, de desarrollo normal, además es común que haya retraso mental e insuficiencia del lenguaje.

### **OTROS TRASTORNOS.**

Se pueden encontrar dificultades para distinguir a los sujetos con Trastornos Esquizoides de la Personalidad de los que presentan formas leves Trastorno Autista y Trastorno Asperger, los cuales se distinguen por un deterioro más grave de la interacción social y por comportamientos e intereses estereotipados. En el DSM-IV TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2004), las características del trastorno esquizoide de la personalidad presenta un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, Tallis (2008) destaca la presencia de síntomas de soledad, carencia de empatía con poca demostración de emociones, sensibilidad aumentada en el tiempo con ideas paranoides, rigidez o terquedad mental y formas inusuales o extrañas de comunicación, a estos síntomas centrales se une un rasgo adicional, una inusual vida de fantasía con mitomanía, en los desordenes esquizoides de la personalidad, aunque las diferencias con el SA radican en la ausencia de alteraciones en la integración sensorial recíproca y en los patrones de comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. Con respecto al SA y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se distinguen los intereses restringidos característicos del SA, pueden asociarse a obsesiones y las rutinas y rituales a compulsiones, los pensamientos recurrentes y los comportamientos son cualitativamente diferentes, siendo así que en las personas con SA las compulsiones están más relacionadas con el orden, preguntas y comentarios repetitivos, Tocar, frotar o provocarse auto-lesiones, mientras que en el TOC, aparecen compulsiones de limpieza y contar dentro de los más comunes (Gaus, 2007). Las personas con TOC no presentan dificultades de interacción social, ni las alteraciones lingüísticas de las personas con SA (Tallis, J. 2008). Las personas con SA pueden experimentar una ansiedad excesiva e incapacitante en situaciones sociales, como ocurre en la fobia social y otros trastornos de ansiedad, pero estos no muestran alteraciones generalizadas en el desarrollo social ni

intereses restringidos y estereotipados, las dificultades interpersonales, que son reales debido a la “ceguera mental”, no serian consecuencia de un miedo excesivo o irracional los miedos están justificados y el rechazo o la evitación de la interacción es de naturaleza diferente a la del fóbico (Rutter, 2011).

Otros de los trastornos con los cuales realizar un diagnostico diferencial, es el trastorno de personalidad esquizoide, según la DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2004), se caracteriza por un déficit generalizado y severo de la capacidad del individuo para establecer y mantener relaciones interpersonales. La persona manifiesta incapacidad de relación social mostrando dificultades expresivas y distanciamiento afectivo y emocional.

Parte de la sintomatología del SA se puede confundir con un trastorno psicótico, sin embargo, la edad de inicio en el SA es en la infancia temprana y no se acompaña de alucinaciones o delirios como tampoco retraimiento extremo y catatonía (Tallis, 2008 p 136). Wolf (2000) propone que el trastorno de personalidad esquizoide se sitúe en el extremo del espectro autista, por lo tanto, sería un cuadro muy parecido al Síndrome de Asperger pero de menos severidad y con mejor pronóstico.

### **1.2.5 ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE ASPERGER.**

El SA es un trastorno del desarrollo de base neurobiológica, que afecta al funcionamiento social y el espectro de actividades e intereses, su déficit nuclear es el trastorno de la cognición social, es decir, un conjunto de áreas encefálicas interconectadas responsables de la interacción social (Artigas, 2004).

En estudios con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) de jóvenes con SA, se vio que el flujo local de sangre señalaba una disfunción en la porción medial del lóbulo frontal izquierdo (García Vargas & Jorroto LLOves, 2005). Se encontraron al menos tres sistemas en el lóbulo frontal; en la región anterior al surco central motor, en el cortex pre frontal dorsal en relación con la cognición y las funciones ejecutivas y el tercer sistema en la zona orbito medial relacionada a lo socio emocional (Tallis, 2008). También se realizaron estudios mediante el uso de resonancia magnética, en los que no se observó diferencias entre los hemisferios ni anomalías en el proceso de mielinización o migración neuronal (García Vargas, 2005). Con respecto a los cambios bioquímicos, se ha visto una disminución de la actividad del trasmisor de serotonina igual que en el trastorno autista.

Se realizaron estudios por medio de tomografía por emisión de positrones (PET) de personas con SA y se pudo observar la ausencia del pico de síntesis de 5TH (serotonina) en niños autistas y mediante tomógrafos con emisión de un simple fotón (SPECT), su reducción en corteza cerebral (Tallis, 2008).

#### **1.2.6. PRINCIPALES MODELOS NEUROPSICOLÓGICOS PARA UNA EXPLICACIÓN DEL SÍNDROME DE ASPERGER .**

La forma de pensar y comprender el mundo de las personas con SA ha sido objeto de numerosos estudios, así como de grandes diferencias y discusiones. En la actualidad la forma de procesamiento de información se puede explicar desde varios modelos neuropsicológicos, el funcionamiento psicológico de las personas con SA es complejo y hasta nuestros días no se ha podido abarcar en su totalidad. Dentro de la neuropsicología,

La Teoría de la Mente, las Funciones ejecutivas, la teoría del Hemisferio Derecho o la Teoría del Cerebro Masculino, entre otros modelos, pueden explicar la peculiar forma cognitiva y conductual de las personas con trastorno de Asperger (Tallis, 2008).

##### **1.2.6.1. MODELO DE TEORÍA DE LA MENTE**

Teoría de la Mente, uno de los avances más significativos en la comprensión del autismo, se ha producido a partir de la investigación de Uta Frith, Simon Baron-Cohen y Francesca Happé que apoyan la hipótesis de que los niños con autismo y síndrome de Asperger tienen un deterioro en la capacidad fundamental de "atribuir mente" (Baron-Cohen, 2001), a partir de los cuatro años, los niños comienzan a entender que las otras personas tienen pensamientos, conocimientos, creencias y deseos que influyen y explican su comportamiento, por el contrario, los niños con autismo tienen una dificultad para poder entender, los pensamientos, creencias y sentimientos de otras personas, en otras palabras, carecen de la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de atribuir mente a otro.

El término Teoría de la Mente fue nombrada en un principio por Premack y Woodruff (1978) para mencionar una actitud mentalista en chimpancés (Tallis, 2008). Uta Frith (1991) la define como "mentalización", y la conceptualiza como una capacidad del sujeto para establecer relación entre estados mentales externos e internos (Tallis, 2008). La definición que se toma de Teoría de la Mente se refiere a la capacidad humana que permite realizar la actividad mentalista, atribuir creencias, deseos, emociones,



intenciones a los demás y a nosotros mismos, posibilitando realizar inferencias acerca de la conducta de los otros, leer sus mentes (Valdez, 2007).

Para autores como Baron-Cohen (1997), las personas con este trastorno presentan dificultades para ponerse en el lugar del otro y poder intuir su mundo mental, pero principalmente es una vía para representar el conjunto de estados mentales epistémicos, como los de creer, simular, conocer, engañar, adivinar y relacionar todos los estados mentales con las acciones para construir una teoría de la mente útil para la vida de la persona (Valdez, 2007).

Para Riviere y Nuñez (1996); el hombre es un animal mentalista o sea que puede predecir, manipular y explicar su propia conducta y la de los demás, utiliza conceptos mentales, como los de creencia, deseo, pensamiento, percepción, recuerdos, etc. Entonces las personas que presentan Síndrome de Asperger, fracasarían frecuentemente en el intento de lograr cualquier relación fluida con pares (Riviere, 1998). Por tanto, con esta teoría del déficit, se pretende explicar la dificultad de las personas con SA para ponerse en el lugar del otro e interpretar su estado mental, obstaculizando las interacciones sociales (Valdez,2007). Estas alteraciones mentalistas que presentan las personas con Síndrome de asperger y las consecuencias que producen en la vida afectiva, entre las cuales se encontrarían dificultades para relacionarse con iguales, falta de reciprocidad social, dificultad para comprender intenciones ajenas, limitaciones para ponerse en el lugar del otro como persona lo cual lleva a no saber de que conversar, interrumpir y parecer no escuchar, limitaciones para realizar una adaptación a las conductas sociales a los contextos de relación y falta de sensibilidad a las señales sociales (Valdez,2007).

#### **1.2.6.2. *TEORÍA DEL DEFICIT DE LAS “FUNCIONES EJECUTIVAS”***

La función ejecutiva es un constructo teórico, de factores organizadores y ordenadores de las funciones cognitivas para el ser humano, el cual se puede definir como:

“Conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio” (Soprano, 2003). Según esta teoría, las personas con Síndrome de Asperger presentan dificultades en las

denominadas funciones ejecutivas, ya que su conducta suele ser rígida, inflexible, repetitiva y perseverante, suelen ser personas impulsivas, que presentan dificultades para controlar conductas inapropiadas y que, a pesar de almacenar una cantidad grande de información, no son capaces de organizarla para darle un buen uso, todas estas conductas están regidas por los lóbulos frontales (Martos-Pérez, 2011). Históricamente las Funciones Ejecutivas se han ubicado en el lóbulo frontal del cerebro, y más especialmente en el Cortex Prefrontal con una amplia interconexión de muchas otras regiones encefálicas. La adquisición de estas funciones se inicia de manera temprana en el desarrollo, alrededor del año en donde se desarrolla pasando por dos picos, a los cuatro y a los 18 años produciendo la declinación en la vejez (Frith, 2006). La alteración de estas funciones se produce en pacientes que presentan alteraciones a nivel frontal y en personas con Trastornos del Desarrollo, dificultando al individuo a llevar una vida independiente, debido al déficit en la toma de decisiones, en la resolución de problemas, en la regulación emocional, en la generalización de un aprendizaje o la adaptación a situaciones novedosas (Tallis, 2008). Russel (2000) y Ozonoff (2000) plantean como causas primarias del autismo un déficit en la función ejecutiva responsable del control y la inhibición del pensamiento y la acción (Gómez Echeverry, 2010).

#### **1.2.6.3. OTRAS TEORÍAS**

Dentro de las teorías neuropsicológicas para una explicación del Síndrome de Asperger se encuentra la teoría de la disfunción del Hemisferio Derecho, el cual es el encargado del procesamiento de la información viso espacial y está muy relacionado con la expresión e interpretación de las emociones, así como la regulación, entonación y la prosodia (Klin, 2009), estas personas con disfunción del hemisferio derecho presentarían una alteración en la vida social debido a la dificultad para interpretar gestos, para adaptar el tono de voz al mensaje que se quiere transmitir, torpeza en el control postural o para integrar la información en una totalidad coherente, por lo mencionado, es que se relaciona al SA con una lesión en este hemisferio cerebral. (Freire Prudencio et al. 2007).

En la actualidad una de las teorías más novedosas propuesta por Baron –Cohen, el cual nombró como “teoría del cerebro masculino”, la cual parte de las diferencias existentes entre el cerebro masculino y el femenino. Las personas con Síndrome de Asperger presentarían mayor dificultad en aquellas habilidades, como las lingüísticas, juicio social, empatía y cooperación, velocidad perceptiva, gran fluidez de ideas y buena

motricidad fina entre otras (López, 2008), estas habilidades parecerían más desarrolladas en un cerebro femenino. La liberación de testosterona determina aspectos masculinos y femeninos del cerebro, de acuerdo con esta dicotomía cerebro masculino-cerebro femenino, se pueden establecer distintos niveles ubicados en un continuo, que abarcaría desde un cerebro equilibrado, es decir con atributos masculinos y femeninos compensados, hasta un cerebro extremadamente masculino, que correspondería al autismo. Baron Cohen (2005), realiza una descripción de tres tipos de cerebros o tres tipos de individuos, aquellos en donde la capacidad empática está más desarrollada que la sistematización, en general apunta a un cerebro femenino, aquel cuya capacidad de sistematización es superior a la de la empatía, al cual denomina cerebro masculino y aquellos que presentan un equilibrio entre empatía y sistematización, lleva el nombre de cerebro equilibrado.

Por último las Neuronas Espejo, que a principios de los años 90 se descubre un tipo de neuronas promotoras capaces de producir descargas no solo al ejecutar acciones normales con objetos concretos, sino también en la observación de otros individuos realizando acciones similares llamadas neuronas espejos (Rizzolatti, 2009). Kohler (2002), mostró que una clase de neuronas espejo, llamadas F5 audiovisuales, pueden activarse no solo con ejecución y observación de movimientos de una acción, sino también por el sonido producido por la misma acción. Entonces un sistema sumamente importante y en relación a la explicación de los déficit emocionales afectivos que se encontraría en el déficit en las neuronas espejo, especialmente en la expresión facial de las emociones y con la comprensión de las mismas en otras personas (Rizzolatti, 2009). Dapretto (2006), realizó investigaciones de correlatos neuronales de la capacidad para imitar las expresiones faciales de emociones básicas en individuos con Trastornos del espectro Autista y encontró que durante la observación y la imitación los niños no mostraban activación del sistema frontal de Neuronas Espejo. Para Lacoboni (2010), las neuronas en espejo son las encargadas de efectuar las mismas funciones que parecen estar alteradas en el autismo y el Síndrome de Asperger, ambos autores mantienen que si el sistema de Neuronas Espejo es el encargado de interpretar las intenciones complejas, entonces un fallo de este circuito neuronal podría explicar la sintomatología clásica del autismo y del Síndrome de Asperger, sobre todo en relación a su falta de habilidades sociales, siguiendo esta línea otras características del Síndrome de Asperger, como la ausencia de empatía, déficit del lenguaje, pobre imitación, falta de comprensión

en gestos, entonaciones y volumen, serían, también, ejemplos de las manifestaciones que podrían darse si hubiese un fallo en las neuronas en espejo.

### 1.2.7 **PREVALENCIA**

A nivel internacional, de entre todos los desafíos que se presentan en la actualidad para la salud de los niños, es el autismo el que mostró el mayor crecimiento e incidencia en los últimos diez años pasando de un 500 a un 6.000%, comparada con el 400% de Trastorno por déficit atencional e hiper actividad (TDAH), o del Asma en un 300% o el incremento de Alergias en un 400%, siendo que el autismo tuvo un incremento del 15.000% en 40 años. Datos oficiales del Centro para el Control y la prevención de enfermedades (CDC), indican que 1 niño de cada 110 es diagnosticado dentro del espectro del autismo, y que afecta entre 4 a 5 veces más a niños que a niñas (Centro para el control y la prevención de enfermedades, CDC. 2013).

### 1.2.8 **TRATAMIENTO.**

El tratamiento del SA apunta ser tanto individual como grupal, multimodal, con un abordaje psicoeducativo dirigido al propio paciente y a la familia, así como intervenciones psicofarmacológicas adecuadas. La realización de una evaluación por parte de los profesionales para planear una intervención terapéutica, la cual contener un perfil cognitivo, intelectual, fortalezas y debilidades lingüísticas, estilos de aprendizaje y habilidades de autonomía funcional es el punto de partida para la planificación del tratamiento a seguir (Tallis, 2008). En la actualidad se encuentran variedades de terapias que son utilizadas por los profesionales para trabajar con personas con Síndrome de Asperger, como la Terapia cognitivo conductual (TCC), la cual tiene como objetivo flexibilizar los modos anómalos de la interpretación de la realidad y el posterior procesamiento de esa información que incorpora la persona (Bunge, Gomar & Mandil (2008)), el análisis Conductual Aplicado, el método TEACCH (Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados), especialmente en niños, brindándole una educación estructurada, que aprovecha las capacidades viso espaciales, las cuales estos niños tienen como preservadas, permitiéndoles procesar mejor la información visual que la auditiva y ofreciendo la ventaja de buscar la mayor autonomía, no solo en la realización de tareas sino en el cambio de una tarea a otra (Tallis, 2008). Otro de los modelos utilizados por los profesionales, es el modelo DIR de Stanley Greenspan para promover un óptimo desarrollo infantil. Según este modelo, el nivel de Desarrollo del niño va a estar

influenciado por las diferencias individuales de cada niño, los patrones familiares y ambientales en torno al niño y el tipo de Relaciones o interacción que el niño establece con sus padres o cuidadores significativos, ayudando a los padres a que empleen estrategias que sean compatibles con las diferencias únicas de sus hijos, en la modulación sensorial, el procesamiento, y el motor de planificación para facilitar la mayor participación e interacción recíproca, promoviendo así su desarrollo emocional funcional a través de seis etapas (Greenspan, 1997).

En relación al tratamiento farmacológico, se parte de que si bien no hay medicamentos que traten el SA, sencillamente porque no es una enfermedad, si hay fármacos que se administran a estos pacientes en consecuencia de los trastornos comórbidos o asociados al Síndrome de Asperger, la depresión, tics, o ansiedad, trastorno del sueño, epilepsia, trastornos de conducta. Hay que tener en claro que la medicación es indicada a tal fin y que los riesgos de efectos secundarios son mínimos, por lo que deben hacerse evaluaciones periódicas para determinar su eficacia y, por tanto, el beneficio o no, de su continuidad (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005). La planificación de la intervención farmacológica debería incluir una definición clara de los síntomas específicos y los procedimientos de evaluación para asegurar que el medicamento está teniendo un impacto positivo en el funcionamiento del niño y su bienestar, para esto se requiere realizar un seguimiento continuo para ajustar el tratamiento y así evaluar los efectos para modificar, interrumpir ante posibles efectos secundarios o falta de beneficios demostrados (Klin, 2006). Se encuentran también los llamados productos naturales dentro de los cuales se encuentran las Megavitaminas, Hierro, zinc, Magnesio, Piridoxina, ácidos grasos esenciales, antioxidantes de cerveza, dietas Hipoglucémicas, eliminación de colorantes y aditivos de los alimentos y dietas sin Gluten (Pallarés, 2011).

Las alteraciones en la interacción social son uno de los síntomas nucleares del TEA y debido al papel que cumplen las relaciones sociales en la sociedad y en la vida de los individuos, las intervenciones sociales han sido un punto fuerte en el tratamiento con personas con TEA (Attwood, 2002). El interés por el estudio de las habilidades de interacción social se ha incrementado desde los años setenta, ha aumentado sensiblemente el número de publicaciones científicas sobre el tema, se han desarrollado gran variedad de programas y procedimientos de tratamiento para aumentar las competencias sociales (Cheek, 1990). Las técnicas y abordajes para intervenir sobre las

habilidades sociales en las personas con Síndrome de Asperger son numerosas y de gran ayuda para desarrollar herramientas sociales que puedan utilizar para poder decodificar lo más adecuadamente posible el mundo social (Winner, 2008).

### **1.2.9 HABILIDADES SOCIALES**

Los orígenes históricos del estudio de las habilidades sociales se remontan a los años 30, en esta época, según Caballo (2002), varios autores (especialmente en el ámbito de la psicología social) estudiaban la conducta social en niños bajo distintos aspectos, que actualmente podríamos considerar dentro de las habilidades sociales. Rinn Markle (1979), sostiene que las habilidades sociales es un repertorio de comportamientos verbales y no verbales a través de los cuales los niños incluyen en las respuestas a otros en el contexto interpersonal, este repertorio actúa como un mecanismo a través del cual los niños inciden en su medio ambiente, obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas y no deseadas en la esfera social y en la medida que tienen éxito para obtener las consecuencias deseadas y evitan las no deseadas, sin causar dolor a los demás, se considera que tienen habilidades sociales.

Monjas (2007, p39), define las habilidades sociales como un conjunto de cogniciones, emociones y conductas que permiten convivir con otro de forma satisfactoria y eficaz. Según esta autora, la importancia del aprendizaje de las habilidades sociales, está dada porque le permiten a la persona relacionarse con lo demás.

Las funciones de estas interacciones son:

- Conocerse a sí mismo y a los demás.
- Desarrollo de estrategias que responden al conocimiento social.
- Reciprocidad.
- Empatía.
- Colaboración y cooperación.
- Asunción y/o adjudicación de roles
- Negociación.
- Autorregulación de la conducta propia por la retroalimentación con los demás.
- Apoyo emocional y bienestar personal.

Para Winner (2008), desarrollar buenas habilidades sociales es poder tener la habilidad de adaptar el comportamiento efectivamente basado en la situación y de lo que uno conoce de la otra persona en esa situación. Las habilidades sociales no son unidades

separadas de información, sino el resultado conductual de nuestros pensamientos sociales más afinados. Esta autora desarrolla el concepto de pensamiento social y lo define como la habilidad para considerar los pensamientos, emociones, creencias, intenciones y conocimientos, para ayudar a interpretar y responder a la información de la mente y posiblemente a través de las conductas e interacciones sociales (Winner, 2000).

Es esencial que podamos entender que los niños con S.A. no están siendo groseros, sino que no conocen la alternativa adecuada ni la consecuencia que ciertas conductas desencadenan en las otras personas (Winner, 2008).

Las Habilidades Sociales (HHSS), son conductas adquiridas mediante una combinación del proceso de desarrollo y del aprendizaje (Caballo, 1987), de los sujetos en interacción con otro, estas conductas adquiridas presentan componentes motores, emocionales y cognitivos que se ponen en juego en contextos interpersonales en donde el sujeto presenta comportamientos adaptativos más que conductas antisociales (Monjas, 2006), frente a lo mencionado por Caballo (1987), Monjas (1993), coincide con este autor en cuanto a que las HHSS son aprendidas, por lo cual el entorno en el que se desarrolla la persona es fundamental para el proceso de aprendizaje. Siguiendo con lo planteado anteriormente, Isabel Pérez (2000), plantea que las habilidades no son un rasgo generalizado, sino que están determinadas situacionalmente ya que dependen de un marco cultural, situacional, edad, sexo, clase social, educación y patrones de comunicación.

#### 1.2.9.1 **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.**

Las personas con Síndrome de Asperger pueden tener diferentes competencias sociales dependiendo de la personalidad del individuo, ya que pueden ser más tímidos o más desinhibidos, a pesar de sus dificultades para las relaciones sociales, hay personas que han conseguido grandes avances en el área, debido a un trabajo terapéutico y educativo sistemático, de acuerdo a las necesidades individuales del paciente. Por otro lado, a pesar de que todas las personas que padecen trastorno de Asperger cuentan con alteraciones en el área social, algunos de ellos tienen más motivación por las relaciones sociales que otros, favoreciendo el aprendizaje de las habilidades sociales (Valdez, 2007). Una de las estrategias de intervención es el entrenamiento de las habilidades sociales, durante la enseñanza de estrategias de entrenamiento se emplean un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas en adquirir conductas socialmente

efectivas que la persona no tiene en su repertorio y la modificación de las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee pero que son inadecuadas.

Para Caballo (citado en Monjas Casares, 1993) el entrenamiento en habilidades sociales implicaría una enseñanza de conductas específicas que la persona debe incorporar a su repertorio de conductas, poder disminuir la ansiedad en situaciones socialmente problemáticas mediante estrategias adecuadas y poder reestructurar cognitivamente las evaluaciones erróneas. El entrenamiento en habilidades Sociales se realiza en dos formatos los cuales dependen de la severidad de la persona para la cual se realiza. Los entrenamientos individuales, siguiendo a María Inés Monjas Casares (1993), la cual menciona que se utiliza con pacientes con graves déficit sociales, aunque muchos especialistas destacan las ventajas del entrenamiento grupal que varía del anterior por la cantidad de personas que intervienen (terapeuta, co-terapeuta, y hasta siete pacientes, que es el número más adecuado) y la duración de la sesión máximo 2 horas (Ballester Arnal y Gil Llario, 2002).

Para Caballo (citado en Monjas Casares, 1993) el entrenamiento en habilidades sociales implicaría una enseñanza de conductas específicas que la persona debe incorporar a su repertorio de conductas, poder disminuir la ansiedad en situaciones socialmente problemáticas mediante estrategias adecuadas y poder reestructurar cognitivamente las evaluaciones erróneas.

En todo entrenamiento en habilidades sociales se busca como objetivo que la persona llegue a la generalización de las habilidades en contextos ecológicos, es decir, con frecuencia, con estabilidad en el tiempo, en diversas situaciones y con distintas personas, incrementándose la eficacia de la enseñanza. Hay que considerar que la generalización no se planifica específicamente dentro de los módulos de entrenamiento, pero hay ciertos procedimientos que pueden facilitar que la misma ocurra (Michelson et al., 1987).

### ***1.2.9.2 HERRAMIENTAS UTILIZADAS DURANTE EL ENTRENAMIENTO***

Las técnicas utilizadas desde un modelo cognitivo conductual son las siguientes:

- Modelado: “Exposición de la persona a un modelo que ejecuta de una manera más o menos correcta aquellos comportamientos que pretendemos instaurar en el repertorio conductual de la persona”. (Pérez, 2000, p.133)
- Instrucción Verbal: define a esta técnica como la explicación clara y concisa de las conductas que se quieren entrenar.(Pérez, 2000)



- Historias sociales: las Historias sociales son cuentos cortos que describen a una persona, destreza o situación social. (Gray, C. 1993)
- Refuerzo positivo: Se considera que el mismo favorece el incremento de las respuestas sociales adecuadas, porque éstas son recompensadas. (Michelson et al. 1987).
- Test de la mirada: Este Test se desarrolló en base a los conceptos e la Teoría de la Mente (ToM) que consideran que los sujetos sanos son capaces de determinar el estado mental y de una persona a partir de la expresión de la mirada. (Baron-Cohen y cols. 2001).
- Juegos en grupo: técnica utilizada para trabajar sobre resoluciones de problemas en grupo, empatía, funciones ejecutivas, generalización, etc.
- SOCCED: Guía para resolución de problemas ayudando a ver, posibles soluciones para un solo problema y evalúa las consecuencias de cada una.
- Power Cards: Tarjeta pequeña escrita en primera persona, que ayuda al niño a resolver un problema igual que su héroe o su centro de interés (Gagnon, E. 2001)
- Fichas de comportamiento social: para la enseñanza de la producción de habilidades de comportamiento esperado contra los inesperados tiene efectos directos sobre las personas (Winner, M. 2007).
- Role-Playing: la persona copia modelos para utilizarlos y los practica.
  
- Guiones sociales: Los guiones sociales ayudan a recordar que decir en determinadas situaciones (Gray, C. 1996).
- Habilidad para el reconocimiento y manejo de emociones: Se utiliza para la autorregulación. Pensar en los momentos que se quiere actuar emocionalmente. (Monfort, M. & Juarez Monfort, I. 2001)
- Generalización: Es en el plano ecológico donde el sujeto utilizara lo aprendido en el mundo social (cumpleaños, supermercado, con compañeros, etc.), en tanto que poder enseñar y facilitar un repertorio de estrategias en habilidades sociales ayudara a las personas con Síndrome de Asperger a enfrentar situaciones sociales y a poder actuar sobre ellas (Attwood, 2002).

## **2 METODOLOGÍA.**

### **2.1 Tipo de estudio**

Descriptivo, estudio de caso único.

### **2.1.1 Participante**

Para el presente trabajo se realizaron observaciones a D, de 22 años. El terapeuta encargado del entrenamiento, llamado F, concurrió al domicilio del paciente para realizar las intervenciones,

### **2.1.2 Procedimiento**

El entrenamiento en Habilidades sociales se realizó en el domicilio del paciente y en diferentes ámbitos sociales que fueron necesarios para cumplir los objetivos planteados.

Para la recolección de datos se realizaron observaciones al paciente y al profesional a cargo del entrenamiento en Habilidades sociales, dos veces a la semana con una duración de una hora y media cada encuentro en diferentes ámbitos sociales y una vez a la semana el encuentro se efectuó en su domicilio con la misma duración.

Una vez por mes se realizaron encuentros con tres pacientes de su misma edad, con el objetivo de confeccionar actividades que puedan incrementar el uso de habilidades sociales con un grupo de pares .

### **2.1.3 Instrumentos**

Para la obtención de información se llevó a cabo una entrevista semi- dirigida al terapeuta encargado de realizar la evaluación y planificación del entrenamiento en habilidades sociales , con los padres se realizó una observación de la entrevista realizada bajo la supervisión del director y el terapeuta encargado de la realización del Entrenamiento en Habilidades Sociales. Las entrevistas con el terapeuta se llevaron a cabo a lo largo de las observaciones realizadas y se confeccionó con ayuda del profesional una guía con la cual se realizó un registro de las Habilidades Sociales a observar en el momento de comenzar y su seguimiento a lo largo del Entrenamiento, teniendo presente la historia clínica del paciente.

## **2.2 ANÁLISIS DEL CASO**

### **2.2.1 Motivo de consulta.**

D acude al consultorio acompañado por sus padres debido a que presentó conductas violentas ante episodios que le generaron frustración, cómo lanzar una silla contra una mesa o romper un televisor entre otras. Debido a estas conductas sus padres presentaron una gran preocupación ante la ausencia de verbalizaciones por parte de D, que les permita anticipar sus estados de enojo y actuar en consecuencia. Las conductas socialmente desadaptativas, un gran aislamiento y el déficit en habilidades sociales básicas fue un factor importante en el motivo de consulta por parte de los padres.

## **2.2.2 Deficiencias en habilidades sociales que presenta el paciente al inicio del tratamiento**

Se planificaron dos encuentros, una primera entrevista que se realizó con los padres y un primer encuentro con el paciente, aportaron gran información sobre las deficiencias en las Habilidades Sociales que presenta D y posibilitó la elaboración de los objetivos para el Entrenamiento en las Habilidades Sociales.

Para recabar información sobre el déficit que presenta el paciente en Habilidades sociales, se diagramó una primera entrevista con los padres de D en el consultorio del director de la institución, durante las cuales asistió el terapeuta encargado del entrenamiento en Habilidades Sociales, para diagramar un perfil de cómo planificar el entrenamiento y los objetivos a trabajar durante el mismo. Los padres concurren puntualmente a la entrevista, una vez en el consultorio el doctor les informó que la entrevista serviría para poder elaborar el perfil de D tanto cognitivo como social. Se comenzó por preguntar a los padres cómo es D socialmente, cómo lo observaron ellos en ese ámbito, el padre comentó que las deficiencias en habilidades sociales en general se observan en su dificultad para poder entender los códigos sociales, como saludar, mirar a los ojos, entender un chiste o ponerse en el lugar del otro, sigue su relato con la siguiente expresión “*pareciera como si no tuviera empatía*”, para Riviere (1997), la ausencia de expresión emocional correlativa, atención conjunta y actividad mentalista, su falta de interés en las personas y de atención es muy común en las personas con Síndrome de Asperger. La madre aclara que el joven presenta conductas de aislamiento ya que prefiere deambular por su casa a salir donde pueda relacionarse con gente, la falta de interés de D por relacionarse con pares o jóvenes del sexo opuesto se presentó cómo el factor de mayor preocupación. En diferentes ocasiones la madre comenta que sí concurren a una reunión o evento dónde se presenta la posibilidad de encontrar jóvenes de su edad, D prefiere relacionarse con adolescentes jóvenes, no prestando atención a los de su edad.

Desde el plano cognitivo el padre hace referencia a la baja tolerancia a la frustración de no poder encontrar las herramientas adecuadas le generan enojos fuertes y gran ansiedad, éstas conductas se presentan de manera espontánea, la madre relata que es muy difícil poder anticipar su enojo debido a su dificultad para poder verbalizar su estado de nerviosismo y encontrar una solución adecuada, la madre plantea la necesidad de trabajar sobre las conductas obsesivas que presenta D, relata que antes de salir tiene

que tomar agua, si viaja en subte toca todas las barandas de las escaleras y el interés porque D coma mejor ya que hay alimentos que por su textura o forma no los come.

### **2.2.3 *Primer encuentro con el paciente.***

Durante el primer encuentro con D se buscó una primera aproximación al joven, pero principalmente se continuó delineando el perfil social y cognitivo para la elaboración de los objetivos del entrenamiento. El Síndrome de Asperger muestra tres características principales, alteraciones en la socialización, en la comunicación y en la conducta estereotipada y repetitiva (Riviere, 2001), estas características fueron observadas en D.

El joven se presentó tranquilo, expectante, aunque con muy poca comunicación, se observaron a lo largo del primer encuentro conductas típicas dentro de la bibliografía referente al Síndrome de Asperger, una marcada dificultad en las habilidades sociales básicas, no saludó espontáneamente, respondió ante el saludo del terapeuta, le costó mirar a los ojos en todo momento, miró en general al marco de una puerta, aunque por momentos realizaba un barrido con la mirada, no mostró gestos empáticos, no presentó ninguna señal de cortesía, pareció no estar atento ante el terapeuta. Con respecto a las habilidades sociales más complejas como entablar una conversación, se dificultó debido a que su respuesta siempre se centró en responder afirmativamente o negativamente, su tono de voz se tornó monocorde y sin tinte afectivo, aunque por momentos se produjo un intercambio con un lenguaje formal por parte de D al terapeuta, hizo referencia a su persona diciendo, *“yo soy un joven muy inteligente porque yo sé de ciencias”*, según Tallis (2008) en las personas con SA se observan alteraciones prosódicas del lenguaje que se ven reflejadas en la entonación, el ritmo, la fluencia y el volumen de voz.

### **2.2.4 *Entrevista con el terapeuta luego de ver al paciente.***

Luego de finalizar el primer encuentro se produjo la primera entrevista con F, durante la cual se habló sobre el encuentro y sus conclusiones. El terapeuta explicó que el encuentro con D le sirvió como un primer acercamiento y el momento para formar empatía con el joven. El terapeuta hizo referencia a que el primer acercamiento es importante, la búsqueda para lograr una relación empática entre el paciente y el terapeuta posibilita una apertura y aceptación por parte de la persona con la cual se va a trabajar, teniendo en cuenta que uno de los déficit nucleares en este trastorno es la falta de empatía. La búsqueda de este estado implicaría, según Noguera (2011) *“ponerse en el lugar del otro”* a nivel emocional y cognitivo, es conocer al otro y sentir con el otro, pero sin confundir mis estados mentales con los del otro con quien se genera una relación empática.

Se comenzó por realizar una descripción de las conductas sociales a observar por parte del terapeuta, para organizar el plan de entrenamiento en habilidades sociales y cuales conductas o estrategias cognitivas ir trabajando en paralelo.

En un principio se apuntó a como el terapeuta observaba a D, F explicó que el joven presentaba numerosos déficit sociales básicos, no mirar, no demostrar comprensión empática, no poder relacionar el contexto con la emoción, en ningún momento Diego cambio la expresión de su rostro, solo cuando se reía mirando el marco de una puerta, son algunas de las conductas observadas. Con respecto a las conversaciones, siempre se desarrollaron basadas en los temas de interés del joven aunque más que conversaciones fueron monólogos, manifestó el terapeuta. Frente a esta dificultad en la comunicación, Martín –Borreguero (2005) señala que la persona con este trastorno tiende solo a expresar sus intereses y necesidades, es incapaz de regular la conversación en función de variables sociales o deseos de los interlocutores.

Al respecto de cómo comenzar a diagramar el plan de entrenamiento en Habilidades Sociales, fue muy importante el aporte de F al explicar que lo primero que se evaluó en el paciente, es como incorpora la información, como aprende, si es visual o más auditivo y que nivel de procesamiento cognitivo presenta. El terapeuta relata que D presenta un lenguaje monocorde, más bien con tono bajo y muy formal, su prosodia presenta características peculiares, parece un locutor de televisión. En relación al lenguaje, Valdez (2005), enfatiza que en el discurso de una persona con Síndrome de Asperger puede existir una falta de variación en el ritmo, la entonación y el énfasis en la melodía del habla.

El terapeuta aclaró que las personas con Asperger presentan muchas conductas agrupadas en base a tres características principales, alteraciones cualitativas en la interacción social, alteraciones en habilidades del lenguaje pragmático y comunicación social, alteraciones en la flexibilidad comportamental. F brindó su parecer de lo que tenía que trabajar con D en el entrenamiento de Habilidades Sociales, aunque siempre con la aprobación del Doctor. El terapeuta manifestó que los objetivos no deben ser muchos pero si deben ser claros y trabajarlos de manera sistemática.

### **2.2.5 *Objetivos del entrenamiento en Habilidades Sociales.***

Los objetivos del Entrenamiento en Habilidades Sociales fueron planificados por el

terapeuta bajo la supervisión del director en base a las observaciones clínicas del paciente durante diferentes encuentros entre el joven y el doctor, es importante aclarar que los encuentros comenzaron antes de las pasantías.

A los efectos de ser claros con la elaboración y presentación de los objetivos, se confeccionó el siguiente cuadro con el plan de entrenamiento.

#### Habilidades generales

#### Habilidades específicas

Actividades sesiones

#### Habilidades sociales básicas

Mirada

Saludar

Iniciar y mantener una conversación

Role-playing.

Scip-social.

Juegos con los ojos.

Salidas

#### Habilidades sociales avanzadas

Pedir ayuda ante un problema o dificultad.

SOCEED

Role Playing

#### Habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones

Reconocimiento de emociones en contexto.

Libro en la Mente.

Material gráfico

Reconocimiento en el plano ecológico.

Role Playing

#### Habilidades de resolución interpersonales

Resolución de conflictos interpersonales

Soceed

Role Playing

Cuaderno de instrucciones seguir

Diagramas de flujo

#### Habilidades sociales en grupo

Incrementar habilidades en grupo

Salidas a diferentes espacios sociales

Actividades lúdicas grupales.

### **2.2.6 Técnicas y estrategias utilizadas durante el Entrenamiento en Habilidades Sociales.**

A lo largo de este apartado se detallarán las estrategias y técnicas utilizadas durante el proceso de Entrenamiento en las habilidades Sociales y la articulación teórica- práctica de lo sucedido en dicho Entrenamiento.

#### **Desarrollo de las sesiones de Entrenamiento, técnicas y estrategias**

Durante las primeras sesiones del entrenamiento el terapeuta se centró en crear una conexión empática con el paciente y así lograr un vínculo terapéutico que le permitiera relacionarse positivamente, logrando una aceptación y confianza por parte del joven involucrado en el entrenamiento. La búsqueda de este estado implica, como plantea Baron Cohen (2001), no estar centrado en uno mismo y poder ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. De esta manera se buscó dividir la sesión en tres partes, en un primer momento el objetivo principal se centralizó en buscar temas de interés con los cuales el joven estuviera motivado y confiado, los temas elegidos estuvieron con la ciencia y medios de transporte, principalmente los subtes, los cuales utiliza cada domingo para pasear. En un segundo momento de la sesión, se comenzó con el Entrenamiento en Habilidades sociales básicas para estimular el contacto visual con la otra persona, debido a las deficiencias por parte del joven por comprender que los ojos proporcionan información sobre el estado mental o sentimientos de una persona, según Winner (2009), nuestros ojos juegan un rol activo en la comunicación y para este objetivo se diagramó un juego de toma de referencia en la otra persona, en donde el objetivo del juego estuvo en buscar un objeto escondido con ayuda no verbal, por parte del terapeuta. Durante la última parte de la sesión de Entrenamiento se planificó una salida, la cual tuvo como objetivo, trabajar el saludo y la mirada a los ojos de personas no conocidas por el paciente. La técnica utilizada durante el trabajo anterior a la salida fue el role playing, según Padilla (2002), a través de esta técnica el paciente puede experimentar realmente la situación, reflexionar sobre su comportamiento y adquirir habilidades difíciles de transmitir en situaciones abstractas. Se practicaron saludos y en paralelo se trabajó la mirada a la cara de la otra persona cuando se produjo la interacción verbal y siempre utilizando el reforzamiento positivo, felicitándolo en cada

acción o intento de incorporar las habilidades sociales trabajadas

Durante las sesiones 3 y 4 se planificó un encuentro con tres adolescentes de la misma edad del paciente, con el objetivo de incrementar las habilidades grupales. Según Monjas (1993), el grupo de entrenamiento en habilidades sociales se constituyó en un espacio de aprendizaje y ensayo ecológico para las personas con Síndrome de Asperger, debido a que en dicho contexto terapéutico, no solo se vieron favorecidas por los intercambios espontáneos que surgen de la dinámica grupal, sino que también se les brinda la posibilidad de ensayar sus conductas diarias, dentro de una situación controlada por terapeutas que implementan diversidad de intervenciones para modelar las conductas más adecuadas socialmente. La sesión 3 se dividió en tres momentos, en un primer momento se consideró trabajar por medio de un Script social o estructura de sucesos sociales, esta técnica consiste en una descripción explícita de las secuencias de pasos a realizar en una situación específica, le ayuda al niño cómo debe comportarse en una situación particular, o qué comportamientos se espera de él (Borreguero, 2004). En un segundo momento de la sesión se realizó un role-playing para iniciar una conversación y mantenerla durante 3 minutos, debido al déficit del paciente para mantener una conversación con temas que no entran dentro de sus propios intereses y en un tercer momento donde se incorporó al hermano del paciente para producir una conversación con el fin de modelar intervenciones asertivas en los intercambios conversacionales de tres minutos, previamente se trabajó con un role-playing, a pesar de lo ensayado, al paciente le resultó difícil poder seguir el diálogo, por el cual no presentó ningún interés, debido a esta conducta de desinterés se bajó el tiempo de duración del mismo a dos minutos y se implementó un tema de interés del joven y un tiempo de quince segundos para hablar para cada uno, se le pidió al hermano del paciente que utilizara siempre el refuerzo positivo ante la aparición de la habilidad social básica de mirar y poder respetar turnos.

Durante la sesión 4 se realizó el encuentro grupal con el objetivo de seguir trabajando las habilidades sociales básicas de saludar, mirar a los ojos, la presentación con otras personas. Para estas habilidades se trabajó con diferentes técnicas, se realizó un modelado de cómo se tienen que presentar ante otras personas y luego se implementó una ficha llamada “Regla de oro” (Mannix, 1993), consistió en brindarle a los jóvenes una explicación de cómo tratar a las personas y como les gustaría que los traten a ellos, se desarrollaron conceptos como respeto, amabilidad y para desarrollar estas habilidades



se utilizó la Instrucción Verbal (Pérez, 2000), esta técnica consiste en brindar una explicación clara y concisa de las conductas que se quieren entrenar.

En la segunda parte de la sesión se trabajó sobre las Funciones ejecutivas, se tuvo como objetivo principal la planificación y el monitoreo. Este constructo cognitivo según Valdez (2007) es fundamental para la ejecución de conductas complejas y abarca habilidades que van desde la capacidad de planificación, la flexibilidad mental y la inhibición de conductas hasta la representación de las tareas y objetivos. Para trabajar sobre este constructo ejecutivo se planificó la realización de una compra en un supermercado. Las actividades que se desarrollaron para lograr el objetivo, consistieron en la elaboración de una lista con los productos a adquirir, la lista fue confeccionada con las fotos de los productos, con el objetivo de brindarles la mayor información visual posible, como mencione Valdez (2007), los estímulos visuales captan mejor la atención y el interés de las personas dentro del trastorno del Espectro Autista, de esta manera se les asignó una función a cada joven, la cual fue explicada detalladamente y se realizó un role playing previamente repasando las habilidades sociales trabajadas para su realización en el momento en el que llevaron a cabo las compras.

Es importante mencionar que en el transcurso de la planificación de la compra del supermercado, D presentó una conducta disruptiva, que consistió en salir corriendo aleteando las manos y gritando, frente a esta conducta el terapeuta, tranquilizó al joven y luego utilizó la técnica de SOCCED (Miles & Simpson, 1998), es una técnica para la resolución de problemas interpersonales, por la cual el joven pueda comprender lo sucedido y analice las consecuencias de sus posibles conductas y la elección de la forma más adecuada de resolución de problemas. Esta técnica se utilizó en un ámbito individual en el que participaron solamente el terapeuta y D, esta intervención logró tranquilizar y bajar la ansiedad del paciente y así pudo volver al grupo.

Durante la última etapa de la sesión se utilizó una técnica lúdica, con el objetivo de estimular y comprender el lenguaje no verbal. Antes de comenzar con la actividad lúdica el terapeuta mostró una secuencia de la película de “Mr Bean”, durante la cual se trabajó sobre el lenguaje no verbal del protagonista del film, cortando el corto en pequeños fragmentos y así se analizaron ciertas secuencias de interés. Aunque se observó que a D le causó gracia situaciones secundarias, las cuales le posibilitaron al terapeuta a seguir observando donde D miraba, donde hacia foco y desde donde seguir trabajando.

Con la finalización del video se efectuó el juego “dígalos con mímica”, en donde los jóvenes demostraron gran dificultad al no poder utilizar el lenguaje verbal, el set de gestos no verbales fue pobre, la dificultad de organización del pensamiento con la acción dificultó el desempeño, aunque resultó de gran ayuda para que D estuviera más atento a percibir e interpretar de forma más adecuada las conductas no verbales de otras personas.

En las sesiones 5-6-7 se planificó seguir con los objetivos para lograr la generalización de habilidades aprendidas y el manejo del control del enojo. Una vez establecidos los objetivos se comenzó a trabajar con el manejo del control del enojo, se siguió utilizando la técnica SOCCED (Miles & Simpson, 1998), utilizada en sesiones anteriores, una vez que se identificó los pensamientos intrusivos se utilizó la técnica de externalización (White, 1990), que consiste en un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se "saca fuera" de las personas y se convierte en algo con entidad propia y su valor terapéutico reside en que la persona asuma un papel activo frente al problema. El paciente pudo clasificar los pensamientos a los que llamó “pensamientos malos” y pensamientos buenos” con la clasificación realizada se efectuó una categorización por grado de intensidad de los pensamientos malos y así se planificó trabajarlos en diferentes sesiones.

Durante las próximas seis sesiones se buscó generalizar la técnica SOCCED (Miles & Simpson, 1998), con problemas reales o hipotéticos, buscando la implementación espontánea de la misma. Cabe mencionar que hasta el momento de la finalización de la práctica no se pudo generalizar la técnica, siempre se realizó con ayuda del terapeuta, a los padres también les costó internalizarla como una herramienta de acción constante.

F colocó esta guía pegada en la pared de la habitación de D y de la cocina como una herramienta visual de alcance inmediato.

Durante la séptima sesión se trabajó con dos técnicas, el objetivo se diseñó para trabajar el control de los impulsos y las emociones, una extraída del libro “terapia cognitiva con niños y adolescentes, “(Bunge, Gomar & Mandil, 2008), a la cual se le realizó algunas modificaciones en colaboración con D. La técnica se llama “*Semáforo del enojo*”, es una técnica cognitiva la cual brinda a la persona una información visual, que ayuda anticipar y no desencadenar en conductas agresiva, en poder trabajar y solucionar los conflictos antes de generar frustración. La técnica se diagramó en base a crear un esquema mental, una señal de color que surja como alarma ante los cambios de estados de ánimo antes de llegar al enojo. D pensó y le dijo a F “...a mí me gustan los autos”, se

realizó una modificación en la que se buscó aumentar la motivación del paciente, se realizó la misma técnica pero con un auto, en donde el verde representó el andar perfecto del automóvil en comparación con un nivel normal de estado de ánimo, el amarillo cuando le estaba pasando algo y había que llevarlo al mecánico, el estado de ánimo comienza a modificarse, se pone nervioso y ansioso y el rojo cuando explotaba el motor, al llegar a esta situación implicó que la persona reaccionó con un enojo importante. Se dejó como tarea para la sesión siguiente que D pintara las fichas correspondientes a cada color con los dibujos de los automóviles.

Durante la segunda parte de la sesión 7 se utilizó la segunda técnica, Instrucción Verbal (Pérez, 2000), con el objetivo de evaluar las consecuencias de presentar conductas disfuncionales y poder anticiparlas por señales que da el cuerpo, F le explicó a D que el romper las cosas sirvieron para un alivio momentáneo pero nunca para resolver el verdadero problema. Le explicó que cuando surge el enojo en las personas aparecen ciertas señales en el pensamiento y en el cuerpo, como el cuerpo rígido, las manos húmedas, etc. en el pensamiento, al pensar *“lo mataría”*, *“voy a romper todo”*, entonces el terapeuta le ofreció una hoja para que escriba que cosas le sucedieron al cuerpo al enojarse y que pensaba en el mismo momento. D pudo escribir con ayuda de Fernando, *“mi cuerpo se ponía rígido y las manos se me mojan y en la cabeza mucho enojo”*. La madre presenció la sesión, al finalizar la misma, el terapeuta le pidió que realice un registro escrito con las reacciones corporales que presenta D cuando se pone nervioso, con el objetivo de anticipar enojos extremos. Durante el comienzo de las tres sesiones 8-9-10, el terapeuta siguió trabajando las Habilidades Sociales de resolución de problemas interpersonales, promovió la adquisición de estrategias de flexibilidad que ayuden a enfrentarse a los problemas cotidianos. Se continuó realizando el SOCEED (Miles & Simpson, 1998). Durante este proceso D contó que tuvo un pensamiento que lo puso nervioso, había sucedido hace unos años en el colegio, donde asistió en ese periodo de tiempo. D relató lo siguiente *“Mi maestra me decía que no hablara más y que deje de tocar la puerta de los armarios, ella estaba al tanto que yo sabía usar los armarios, me molesto que me lo dijera”*. F le preguntó, como se llamaba la maestra y le ofreció que le escriba un mail explicándole que le había molestado la situación del armario. Las alteraciones ejecutivas resultan útiles para explicar las conductas y pensamientos rígidos, inflexibles, repetitivos y perseverantes, así como la dificultad para inhibir una conducta inapropiada, el uso de la información almacenada de forma significativa y la organización secuenciada de pasos para resolver un problema de modo exitoso,

características presentes en las personas con SA. (Freire Prudencio et al. 2007). D aceptó con ganas y se tranquilizó. Una vez finalizado y enviado el mail, el terapeuta le preguntó a D si continuaba molesto por la situación y el joven respondió “*No, porque ya mande el mail a mi ex profesora, ahora sabe que yo sé manejar el armario*” , esta estrategia se utilizó durante el resto de sesiones para solucionar los pensamientos o situaciones no resueltas con otras personas tiempo atrás ya que frente a la dificultad de expresar su disgusto desde lo verbal, la escritura resultó una vía de resolución efectiva ante la dificultad de la expresión verbal, el joven pudo escribir y enviar cinco mail a las personas con las cuales tenía conflictos sin resolver. Esta herramienta fue de gran valor para el paciente ya que pudo expresar lo que sentía en el momento, en lo concreto temporalmente y no transformarlo en enojo.

Durante la sesión 11 y 12 se realizó la segunda reunión con el grupo de Habilidades sociales, en donde se diagramó una salida a un bar con el objetivo de lograr la generalización de las habilidades sociales básicas, el manejo del dinero, comenzar y sostener una conversación y el resolver problemas con otras personas ajenas al grupo. Los pacientes se encontraron con F en una esquina de , en aquel momento F comentó que D miraba a la cara con mayor frecuencia, siempre que al saludar la otra persona se quedaba esperando o mirándolo a los ojos para que él lo saludara.

En el bar se realizó la primer actividad en donde se trabajó con el concepto de “pensar con los ojos” (Winner, 2010), esta técnica consiste en enseñarle a la personas a no solamente mirar sino también pensar, porque el acto físico del contacto visual y la conciencia social de cuándo, porqué, cómo, dónde lo usamos, son dos cosas muy diferentes. La segunda actividad se centró en la generalización de las habilidades sociales básicas, D fue el encargado de llamar al mozo, saludarlo, mirarlo a los ojos y hacerle el pedido, estrategia que se trabajó en sesiones anteriores por medio de Scrip-sociales y role-playing, en esta salida se buscó la generalización de algunas Habilidades aprendidas en el transcurso del entrenamiento, es en este plano ecológico donde el sujeto utilizara lo aprendido en el mundo social (cumpleaños, supermercado, con compañeros, etc.), en tanto que poder enseñar y facilitar un repertorio de estrategias en habilidades sociales ayudara a las personas con Síndrome de Asperger a enfrentar situaciones sociales y a poder actuar sobre ellas (Attwood,2002).

Las dos sesiones siguientes 13 y 14, fueron las últimas que presencié durante el entrenamiento en habilidades sociales ya que daba por finalizada la observación no participante para la elaboración del trabajo final. Es importante saber que el trabajo de

D aún continúa en la actualidad.

El objetivo planteado para estas dos sesiones fueron ajustados para trabajar con el reconocimiento de emociones simples y el lenguaje de referencia mental tomado del libro

En la Mente de Marc Monfort. Es un material de soporte gráfico, el lenguaje de referencia mental, la comprensión y expresión de experiencias y representaciones que ocurren tanto en nuestra mente como en la de los demás (Monfort, 2001).

Se comenzó mostrándole al paciente diferentes tarjetas con caras con emociones simples, contento, enojado, triste y asustado, se las mostraba una por una y acompañada de una expresión exagerada de su rostro. El objetivo del reconocimiento de las emociones básicas fue parcial ya que reconoció la de enojado y la de contento, el resto de las emociones como asustado y triste necesitó ayuda del terapeuta, luego F trabajó frente a un espejo para que D vea la expresión de la cara en simultáneo con el nombre de la emoción, Borreguero (2004) considera que esta capacidad de poder trabajar sobre la expresión emocional permite un cierto grado de control sobre el mundo social externo.

La actividad finalizó con una salida a un ámbito social, allí se realizó un ejercicio que consistió en la observación de expresiones emocionales de la gente, para este ejercicio se le entregó al paciente una hoja en donde había dibujadas cuatro emociones básicas las cuales debió marcar según la emoción que observaba, esta actividad se realizó con la ayuda del terapeuta. La gran mayoría del ejercicio fue realizado por F ya que a D le costó y lo reflejó diciendo *“la gente pasa muy rápido y no puedo ver su emoción”*, esta actividad la trabajarían a lo largo de las sesiones siguientes.

### **2.2.7 Cambios que se produjeron a lo largo del Entrenamiento en Habilidades Sociales**

El cambio más significativo que se produjo a lo largo del entrenamiento en Habilidades Sociales fue la modificación que se produjo en las habilidades sociales básicas mediante las técnicas cognitivo conductuales entre otras, que se le enseñaron a D durante el entrenamiento y principalmente que haya podido generalizar estas habilidades a situaciones de la vida diaria. Si bien todavía hay mucho por trabajar en esa área y teniendo en cuenta que es uno de los déficit nucleares del Síndrome de Asperger, se logró que D en ciertas situaciones en donde el ambiente y las personas le son familiares al joven, haya cumplido el objetivo de mirar y saludar. La exigencia de que mire a los

ojos al saludar o frente a cualquier demanda del joven, también se trabajó en simultáneo con la familia diariamente en cualquier situación social, siempre acompañado de un refuerzo ante la presentación espontánea de las habilidades generalizadas. El saludar le resultó más fácil incorporarlo frente a contextos conocidos pero todavía le cuesta que el joven salude al retirarse de algún lugar.

Adquirió estrategias de resolución de problemas como enviar mail a las personas con las que está molesto, escribir su malestar con la persona que lo generó, esta estrategia facilitó la disminución de la ansiedad. Desde el último episodio ocurrido, en el que arrojó un objeto produciendo la rotura de la TV hasta la actualidad no se originaron nuevas conductas de frustración provocando roturas de objetos.

La generalización de algunas habilidades entrenadas en el grupo de pares observado, no se produjo hasta el momento de la finalización de la misma, en especial la resolución de conflictos interpersonales, aunque sí se pudo generalizar las habilidades antes mencionadas en situaciones de grupo y aunque no se identificó como parte del mismo, pudo comenzar a compartir tiempo con un conjunto de pares de su misma edad.

### **3-CONCLUSIONES**

En este trabajo de integración final, se trató de realizar una descripción de un Entrenamiento en Habilidades Sociales, bajo un lineamiento de intervención en terapia cognitiva conductual, a un adolescente de 22 años que presenta Síndrome de Asperger, específicamente en las alteraciones de la sociabilidad y la comunicación, las cuales están interrelacionadas y se encuentran dentro de las tres características principales en los Trastornos del Espectro Autista.

El desarrollo del se dividió en cuatro partes:

1. La realización de un marco teórico en el cual se incluyeron los términos y definiciones referentes al tema.
2. Descripción de la sintomatología al inicio del tratamiento.
3. La descripción y explicación del desarrollo de las sesiones de Entrenamiento con las estrategias y técnicas utilizadas.
4. Finalmente se realizó la descripción de los cambios producidos por el paciente hasta la finalización de la práctica (cabe aclarar que el Entrenamiento continuó luego de finalizar la misma).

Se presentó la sintomatología del paciente antes de la realización del Entrenamiento en Habilidades sociales, las diferentes técnicas y estrategias utilizadas tanto en el ámbito clínico como el plano ecológico del paciente y finalmente se realizó una descripción de los cambios producidos al finalizar la práctica.

El trastorno Nuclear del Síndrome de Asperger se centra en un déficit de la interacción social, que dificulta que la persona con esta patología pueda empatizar con el profesional. El terapeuta encargado de realizar el Entrenamiento logró desarrollar un vínculo de confianza y empatía, este vínculo se logró gracias al trabajo realizado por F, consiguiendo que D se sintiera tranquilo y colaborador durante el entrenamiento y habiendo logrado cambios en D. El trabajo del equipo terapéutico, posibilitó un entrenamiento exitoso, gracias a una labor coordinada. La realización semanal de reuniones de terapeutas fueron de gran ayuda para F en el trabajo cotidiano con el paciente (las reuniones no fueron detalladas en éste trabajo debido a que se hizo hincapié en el desarrollo del entrenamiento).

Resultó de gran interés observar que si bien las personas con Asperger presentan características típicas dentro de su cuadro sintomático, el trabajar sobre la persona, con sus características y su individualidad, el centrarse no solamente en el Síndrome sino centrarse también en la persona, en D, como individuo es fundamentalmente terapéutico. Durante las diferentes sesiones realizadas, por el terapeuta, se apreció el contraste con las estrategias terapéuticas convencionales, pudiendo observar como durante el entrenamiento, el profesional actuó desde diferentes lugares terapéuticos; observador de conductas, entrenador de nuevas habilidades sociales y de comunicación, pero principalmente debió interpretar la conducta, analizarla y así poder enseñarle las estrategias que le proporcionaron a la persona herramientas para adaptarse de la manera más adecuada al medio social.

Una de las principales limitaciones de este trabajo consistió en la interrupción de la observación, debido a la finalización de la pasantía y la continuación del entrenamiento por parte del equipo. Hubiera sido importante y enriquecedor haber cursado la totalidad del entrenamiento, pero como se mencionó anteriormente, se trata de entrenamientos que se desarrollan con más de cuatro meses debido a que se trabaja en paralelo con la enseñanza de estrategias cognitivas. Durante la pasantía también se observó la complejidad de trabajar en el campo de la discapacidad en salud mental, pero principalmente con personas que están dentro del Espectro Autista, debido a la dificultad que presentan en el plano social y cognitivo, el relacionarse con personas que

presentan TEA es muy diferente a las relaciones que se presentan con las personas sin patología. La triada de alteraciones complican la comunicación con personas que sufren estos trastornos, habiendo muchas dificultades para recibir un ida y vuelta, un feedback por parte de ellos. Los terapeutas que se dediquen a esta problemática deberán ser profesionales especializados y con una gran capacidad de creatividad para llevar adelante el tratamiento adecuado.

Para finalizar la conclusión del trabajo y a modo de aporte personal, el poder seguir aumentando los espacios terapéuticos de interacción con personas que se encontrarían dentro de la normalidad, adolescentes, adultos, niños, sería una ayuda importante para las personas dentro del Espectro Autista, tanto cognitivo como emocional, el poder crear un sistema o una red de contención para que los adolescentes y adultos con Síndrome de Asperger tengan una organización, que los pueda insertar en el campo laboral y social y así poder brindarles la contención necesaria tanto a los jóvenes como a sus familias, desde todo punto de vista, la necesidad de formación específica de psicólogos clínicos y escolares, pediatras, médicos de cabecera y maestros facilitaría el tratamiento de esta patología en una gama amplia de lugares especializados. Desde el plano estatal seguir creando políticas que faciliten los medios para las familias, tanto económicos como asistenciales, crear viviendas de apoyo y trabajos con contención a futuro, brindaría la posibilidad de apuntar a una verdadera autonomía funcional de las personas dentro del Espectro Autista, ya que se requiere del apoyo de los demás contextos en los que la persona se desempeña a diario para que la generalización de las Habilidades Sociales sean efectivas y el entrenamiento resulte exitoso.



## 5- **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychiatric Association DSM IV - TR. (2004) *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Amor Salamanca, A. (2009). Síndrome de Gilles de la Tourette y trastornos del espectroautista: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 16(4), 175-178.
- Attwood, T (2002). *Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Artigas-Pallarés, J. (2012). Trastornos efímeros. *Revista de neurología*, 54(Supl 1), S11-20.
- Ballester Arnal, R. & Gil Llario, M. (2002). *Habilidades sociales. Evaluación y tratamiento*. España. Síntesis.
- Barassi, A. M. (2005). Autismo, funciones ejecutivas y mentalismo: Reconsiderando la heurística de descomposición modular. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 6, 25-49.
- Baron-Cohen (2001). La lectura de la Mente en los ojos, prueba de la versión revisada: Un estudio con adultos normales y los Adultos con SA o Autismo de Alto funcionamiento. *Revista de Psicología infantil y Psiquiatría*, 42(2), 241-251.
- Baron-Cohen, S. (2005). *La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Editorial AMAT.
- Borreguero, P. M. (2004). *El Síndrome de Asperger: ¿excentricidad o discapacidad social?* Alianza.
- Buiza-Navarrete, J. J., Adrián Torres, J. A., & González-Sánchez, M. (2007). *Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje*. *Revista de Neurología*, 44(6), 326- 33.
- Caballo, V (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cattaneo, L., y Rizzolatti, G. (2009). El sistema de Neuronas espejo. *Archives of Neurology* 66(5), 557-560.

- Dapretto, M. et al. (2006). Understanding emotions in others: Mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9, 28-30.
- Echeverry, I. G. (2010). *Ciencia Cognitiva, teoría de la mente y autismo. Pensamiento Psicológico*.
- Fitzgerald M & Corvin A. (2001) Diagnóstico y diagnóstico diferencial del Síndrome de Asperger. *Avances en tratamiento psiquiátrico*, 7 (4), 310-318.
- Freire, S., Llorente, M., González, A., Martos, J., Martínez, C., Ayuda, R., & Artigas, J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Valencia: Asociación Asperger España.
- Frith, U. (Ed.). (1991). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Cambridge University Press.
- Frith, CD, y Frith U. (2006). La base neuronal de la mentalización. *Neurona*, 50(4), 531-534
- Garcia-Nonell, C., Rigau-Ratera, E., & Artigas Pallarés, J. (2006). Perfil Neurocognitivo del trastorno de aprendizaje no verbal. *Rev Neurol*, 43(5), 268-74.
- Gagnon, E. (2001). *El uso de las cartas de poder, intereses especiales para motivar a los niños y jóvenes con Síndrome de Asperger y el Autismo*. AAPC Publishing.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35 (3), 257-261.
- Gaus, V.L (2007). *Defining Asperger Syndrome in Adulthood. Cognitive-Behavioural Therapy for adults Asperger Syndrome* (Vol.1944, pp. 13-38). Guilford Publications.
- Ghaziuddin, M., y Gerstein, L. (1996). Estilo de hablar pedante diferencia del síndrome de Asperger de autismo de alto funcionamiento. *Revista de Autismo y Trastornos del Desarrollo*, 26 (6), 585-595.
- Gray, C. A., & Garand, J. (1993). *Social Stories: Improving responses of individuals with autism with accurate social information*. Focus on Autistic Behavior, 8, 1-10.

- Gray, C. y Williams, J (2006) *No se permite la pesca (Curriculum contra la intimidación; libro y DVD)*. [www.FHautism.com](http://www.FHautism.com) Future Horizons, de Arlington, Texas.
- Grandin, T. (2006) *Pensar en imágenes: Y otros informes de mi vida con el autismo*. Bloomsbury Publishing. Gresham, F. M., Sugai, G., & Horner, R. H. (2001). *Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities*. *Exceptional Children*.
- Greenspan, S. I. Greenspan, N. T., & Thielen, E. (1997). *Las primeras emociones: las seis etapas principales del desarrollo emocional durante los primeros años de vida*. Paidós.
- Haddon, M. (2005). *El curioso incidente del perro a medianoche*. Salamandra
- Hales & Yudofsky,(2000) *Sinopsis de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson. *I Jornada Científico-Sanitaria Andaluza sobre Síndrome de Asperger. Organizadas por la Asociación Asperger. Andalucía* (Enrique García Vargas & Rafael Jorreto Lloves), (2005).
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Iacobini, M. (2010). *Las neuronas espejo*. Ed. Katz.
- Klin, A. (2009) El autismo y los trastornos del espectro autista: cuestiones de diagnóstico para la próxima década. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 50 (1-2), 108-115.
- Larry Michelson; Sugay,P; Wood,R; Kazdin, E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Biblioteca de psicología, Psiquiatría y salud. Serie PRÁCTICA. Ed. Martínezroca.
- Leslie, AM, y Thaiss, L. (1992). *Especificidad de dominio en el desarrollo conceptual: pruebas neuropsicológicas de autismo*. Cognición; Elseviere.
- López, R., & Munguía, A. (2008). Síndrome de Asperger. PDF). *Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 1(3).
- Mc. Partland, J. y Klin, A. (2006). El síndrome de Asperger. *Adolesc Med Clin* ,17 (3), 771-788.

- Mannix, D. (1993). *Social Skills Activities for special children*. The Center for Applied Research in Education.
- Martos-Pérez, J., & Paula-Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52(Supl 1), S147-53.
- Monjas Casares, M. (1993) *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. Madrid. CEPE.
- Monjas Caseres, I.: *Programa de Enseñanza de Habilidades Sociales (PEHIS)*, Editorial CEPE, Octava. Edición, 2006.
- Martos, J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. A. A. España (Ed.). Asociación Asperger España.
- Michelson, L.; Sugai, D.; Wood, R. & Kazdin, A. (1987) *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. España. Martínez Roca.
- Monfort, M. & Juarez Monfort Isabelle,( 2001). *En la Mente. ENTHA EDICIONES* (p:11).
- Noguera, M., José, J., Martí Vilar, M., & Puerta Lopera, I. C. (2011). Hacia un modelo de neuro-responsabilidad: una perspectiva de la responsabilidad social desde el desarrollo humano. *International Journal of Psychological Research*, 2011, vol. 4, num. 1, p. 24-28.
- Padilla Muñoz, E. M. (2002). Expectativas sobre la eficacia del role-playing como estrategia de enseñanza-aprendizaje y su influencia en el rendimiento académico. *Rev Enseñanza Universitaria*, 19, 149-63.
- Parada Camelo, A. J. (2012). *El Síndrome de Asperger y la creatividad*.
- Pérez, I. P. (2000). *Habilidades sociales, educar hacia la autorregulación: conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona. Horsori.
  - Pérez, P., & Martos, J. M. P. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*, 2009, vol. 48, num. Supl. 2, p. 31-34.
  - Pineda, D. (1998). Las funciones ejecutivas y sus trastornos en los niños. *Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D. y Rosselli, M., Neuropsicología Infantil*, 279-298.

- Ponce, A. (2012). Apoyando a los hermanos. Tres propuestas de intervención con hermanos de personas con discapacidad intelectual.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, MA, Fogassi, L., Gallese, V., y Rizzolatti, G. (2002) *Escuchar sonidos, acciones comprensión: representación de las acciones en las neuronas espejo. Science , 297 (5582), 846-848*
- Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2010). Social skills interventions for individuals with autism: Evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of autism and developmental disorders, 40(2)*, 149-166.
- Riviere, A. y Nuñez, M. (1996) *La mirada mental. Buenos Aires;(ed). Aique.*
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Trotta. SA Cómo potenciar la comunicación en el alumnado con trastorno del espectro autista.*
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2009). Asperger, comorbilidad y discapacidad. *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración, 24.*
- Russell, AJ. Mataix-Cols, D., Anson, M., & Murphy, DG (2005). Las obsesiones y compulsiones en el Síndrome de Asperger y el Autismo de alto funcionamiento. *Los británicos Journal of Psychiatry, 186 (6), 525-528.*
- Rutter, M. (2011). Progress in understanding autism: 2007-2010. *Journal of autism and developmental Disorders, 395-404.*
- Soprano, A. M. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *Revista de neurología, 37(1), 44-50.*
- Valdez, D. (2007). *Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo. A.Melgar (Ed.). Aique.*
- Vargas, E. G. ( 2005) *síndrome de asperger: un enfoque multidisciplinar. actas de la 1. a jornada científico-sanitaria sobre síndrome de asperger.*
- Volkmar, FR, y Cohen, DJ (1991). Comórbidos del Autismo y la Esquizofrenia. *La revista americana de psiquiatría.*
- Volkmar, FR, Klin, A., Schultz, R., Bronen, R., Marans, WD, Sparrow, S., y Cohen, DJ (1996). El síndrome de Asperger. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, 35 (1), 118-123.*

- White, M., & Epson, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W.Norton.
- Winner, M. (2000) *Inside Out: ¿Que hace la persona con deficiencias cognitivas social?* Think publishing social. San José, CA.
- Winner, M. (2007) *Pensando en ti pensando en mí, 2ª edición*. Piense Publishing Social, Inc. San Jose, CA. [www.socialthinking.com](http://www.socialthinking.com)
- Winner, M (2008) *Una mirada políticamente incorrecta En Prácticas Basada en la Evidencia y la enseñanza de habilidades sociales*. Think Publishing Social, Inc. San Jose, CA. [www.socialthinking.com](http://www.socialthinking.com)
- Wing, L. (1998). *El Autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona y Buenos Aires: Paidós Ibérica y Paidós.
- Wolff, S., y McGuire, RJ (1995). Esquizoide de la personalidad de las niñas: Un estudio de seguimiento-¿Cuáles son los vínculos con el síndrome de Asperger? *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 36 (5), 793-817.
- Wolff, F. & Mc. Guire, R.J (2000), Esquizoide de la personalidad de las niñas: Un estudio de seguimiento-¿Cuales son los vínculos con el Síndrome de Asperger? *Revista de Psicología y Psiquiatría infantil*, 36(5), 793-817.

## **SITIOS WEB**

- Arranz, B.; Ramírez, N.; Rueda, I.; San, L. y Sintés, A. (2011) Caso clínico. *Síndrome de Asperger ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta?* [En línea]: *Actas Españolas Psiquiatría*; 39 (3): 196-200. [Fecha de consulta: agosto 2012]. Disponible en: <http://actapsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-196-200-245555.pdf>
- Artigas-Pallarès, Josep, Paula, Isabel. *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [en línea] 2012, 32 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 8 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024527008> ISSN 0211-5735*
- Caballero, R.; Rodríguez Sacristán, J. y Torres, A. *¿Es el Síndrome de Asperger un diagnóstico válido en la actualidad?*. [en línea]: artículos *Revista Psiquiatría.com*; 5 (2). 2001. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible

en:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/423/>

- Caballero, R. *Comorbilidad y diagnóstico diferencial en el Síndrome de Asperger* [en línea]: artículos web Federación Asperger España. II Jornadas Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger, Canarias, abril, 2008. [fecha de consulta: julio 2012]. Disponible en:

<http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=187&cat=3>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Artículo extraído el 2/04/2014 del sitio web*; Fuente: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/data.html> *Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo* (Pensamiento Psicológico, Volumen 8, No. 15, 2010, pp. 113-124) autora. Isabel Gómez Echeverry 16/04/2008 disponible en <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/articulo/view/148/440>

- *DSM-V. American Psychiatric Association* Artículo extraído el 05/04/2014 sitio web:

<http://www.psychiatry.org/>

- García Vargas, E. & Jorreto Lloves, R. (2005) *Síndrome de asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas de la 1ª jornada Científico-sanitaria sobre Síndrome de Asperger*. Asociación Asperger Andalucía. Recuperado el 22 de marzo 2014 del sitio web

[http://www.psyncron.com/es/docs/asperger\\_enfoque\\_multidisciplinar.pdf#page=26](http://www.psyncron.com/es/docs/asperger_enfoque_multidisciplinar.pdf#page=26).

- *Historia del autismo*. Extraído el 6/04/2014 del sitio web:

<http://autismodiario.org/secciones/terapia/materiales-y-recursos/autismo-diario.org/2011/04/19>.

- Ramachandran, V.S. y Oberman, L.M. (2006). Broken mirrors: a theory of autism.

Obtenido de [http://cbc.ucsd.edu/pdf/brokenmirrors\\_asd.pdf](http://cbc.ucsd.edu/pdf/brokenmirrors_asd.pdf).