

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Trabajo Final de Integración

Descripción de los cambios en las habilidades sociales:
Tratamiento psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual,
en un niño con Síndrome de Asperger.

Alumna: Natacha Udoy

Tutor: Dra. Nora Gelassen

|

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO	3
3.1 Origen del Trastorno de Asperger	3
3.2 Características diagnósticas del Síndrome de Asperger.....	4
3.3 Características de las personas con Asperger.....	10
3.4 Definición de Habilidades Sociales.....	12
3.5 Relación del Síndrome de Asperger con Habilidades Sociales.....	15
3.6. Intervenciones terapéuticas en Habilidades Sociales.....	15
3.7. Otros tratamientos posibles para Síndrome de Asperger.....	22
4. METODOLOGÍA.....	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Participantes.....	24
4.3. Instrumentos.....	24
4.4. Procedimiento.....	25
5. DESARROLLO.....	25
5.1. ¿Quién es Esteban? Contextualización del caso.....	26
5.2. Observación de los objetivos específicos.....	28
5.2.1. Comportamientos y sintomatología observables que presenta Esteban	35
5.2.2. Estrategias para el entrenamiento de las habilidades sociales.....	30
5.2.3. Cambios en las habilidades sociales durante el tratamiento.....	36
6. CONCLUSIONES.....	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es resultado de la Práctica y Habilitación Profesional llevada a cabo en una institución privada de salud mental, ubicada en la localidad de Garín (provincia de Buenos Aires). Esta institución realiza una labor interdisciplinaria bajo un enfoque cognitivo conductual y trabaja con pacientes que presentan diversas patologías, entre ellas, trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

Desde distintas perspectivas se ha caracterizado al hombre como un ser social, y resulta impensable que pueda sobrevivir aisladamente. Para lograr la competencia social, las personas apelan a conductas específicas denominadas habilidades sociales, que permiten un posible éxito en los planos social y psicológico y en el estado de salud integral, representativos de la calidad de vida. Sin embargo, ciertas personas presentan déficits sociales, tal es el caso de las personas diagnosticadas con Síndrome de Asperger (SA) (Attwood, 2002).

El SA es un trastorno que afecta las habilidades sociales y que incluye intercambios verbales y no verbales. Estas habilidades son importantes, ya que permiten establecer relaciones interpersonales de manera eficaz.

En la institución donde se desarrolló la práctica se llevó a cabo la observación detallada de las sesiones terapéuticas de un paciente con SA, orientadas a la modificación y el entrenamiento en habilidades sociales. Los factores concluyentes en la elección del tema a trabajar residieron en el interés por conocer los resultados de los entrenamientos en habilidades sociales y cómo impactan en la calidad de vida de las personas con SA.

A lo largo de la práctica, se asistió a las sesiones de coterapia y a las entrevistas con los padres del paciente diagnosticado con SA, con el fin de indagar en el proceso de entrenamiento y en la elaboración de los objetivos a corto y largo plazo. Además, se observaron las sesiones de entrenamiento realizadas en el consultorio y en diferentes ámbitos sociales donde las herramientas incorporadas durante el proceso serían implementadas.

Asimismo, se participó en la planificación de las sesiones, la adaptación de materiales y en la elaboración de pictogramas de comunicación. Esta actividad consistió en la búsqueda de imágenes para planificar la sesión, con la finalidad de facilitarle al niño la comprensión de las normas y las actividades de la sesión, y de normas o de comunicación con el paciente.

Tras un primer período de prácticas en donde se aprendió cómo se adaptan los materiales a los objetivos de trabajo, comenzó la planificación de algunas sesiones de trabajo con los pacientes. Para ello, teniendo en cuenta los objetivos propuestos tras la evaluación, se determinó qué materiales serían empleados en las sesiones, intentando comenzar por las tareas más complejas al comienzo de la sesión.

1. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Describir el entrenamiento en habilidades sociales de un niño de diez años con Síndrome de Asperger.

2.2 Objetivos específicos

- Describir la sintomatología del niño y analizar si se observan los criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger según el DSM IV.
- Describir las estrategias utilizadas en el consultorio para el entrenamiento de las habilidades sociales del niño.
- Describir los cambios producidos en las habilidades sociales en el transcurso del tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

3.1 Origen del Síndrome de Asperger

El SA es un trastorno generalizado del desarrollo que implica la alteración cualitativa del desarrollo social y comunicativo, e intereses y conductas restringidos y estereotipados en personas con relativas buenas capacidades (es decir, sin retraso mental o de lenguaje graves) (Attwood, 2002). Fue descrito originalmente por el pediatra austríaco Han Asperger en 1944, quien publicó el artículo “Psicopatía autística” en donde explicaba un tipo de desorden de personalidad, distinguido por inusuales habilidades sociales, lingüísticas y cognitivas. Esta publicación hacía referencia a las dificultades en la interacción de los niños observados, junto a un comportamiento social anómalo, acompañado por mirada, habla y movimientos peculiares (Attwood, 2002).

En 1981, la psiquiatra británica Lorna Wing fue la primera especialista en utilizar el término “Síndrome de Asperger”. En efecto, el título de su texto *Asperger's Syndrome: a Clinical Account*, mencionaba por primera vez en la literatura científica el nombre con el que hoy se conoce a este trastorno. De este modo, el artículo de Wing hacía alusión a los trabajos pioneros de Asperger.

Wing identificó tres grandes áreas afectadas que dieron lugar a la denominada tríada de Wing: 1) competencia de relación social, 2) comunicación, y 3) inflexibilidad mental y comportamental. Esta tríada es considerada un denominador común dentro del autismo, situándose el SA en el nivel de mejor funcionamiento y pronóstico dentro de los TGD (Vargas, 2005).

El SA se convirtió en una enfermedad con diagnóstico diferencial en 1992, cuando fue incluida en la décima edición publicada del Manual de Diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y en 1994 fue incorporado al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (Valdez, 2005).

3.2 Características Diagnósticas del Síndrome de Asperger

El conocimiento de las características y las implicaciones psicológicas de este síndrome es un punto de partida obligatorio para intervenir eficazmente en los ámbitos educativo, sanitario y psicosocial, con el fin de optimizar la calidad de vida de estas personas y de sus familias.

Una de las principales dificultades en el diagnóstico con el SA es que no existe ningún marcador biológico válido. El diagnóstico se establece en base a una observación de la conducta y existe una gran diversidad entre las distintas personas afectadas. Por otro lado, los distintos síntomas tienen disímiles evoluciones temporales, por ejemplo, el déficit en la relación social suele desarrollarse durante la escolarización mientras que los comportamientos repetitivos se vuelven más frecuentes (Vargas, 2005).

La primer caracterización diagnóstica del SA, según los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, se enmarcó dentro de los TGD (APA, 2000). Estos trastornos se determinan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. En ellos se incluyen variaciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Las alteraciones cualitativas son impropias del nivel de desarrollo o la edad mental del sujeto. Entre los TGD se encontraban: Autismo, Trastorno Desintegrativo Infantil, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, TDG no especificado de otra manera (TDG NOS) (APA, 2000).

El SA se diferencia del trastorno autista por la ausencia de retraso significativo en el desarrollo cognitivo y del lenguaje. La carencia más importante que se manifiesta en los niños con SA es en la interacción social, más concretamente en la comunicación no verbal, como por ejemplo, el contacto ocular, gestos de intención social, la incapacidad para constituir relaciones apropiadas con sus pares, la hipo-espontaneidad y la ausencia de reciprocidad social. Se presenta con patrones de comportamiento de intereses restringidos, conductas estereotipadas, obsesiones,

preocupaciones absorbentes por un tema, adhesión inflexible a rutinas, estereotipias y preocupaciones por partes de objetos. Frecuentemente no hay retraso importante en el desarrollo del lenguaje, incluso éste puede ser extremadamente rico aunque falta de interés comunicativo, lo que puede no ser observado por la familia tempranamente. Tampoco tienen compromiso cognitivo (Ruggieri & Arberas, 2007).

Rivière (1996), uno de los principales especialistas, nos brinda una descripción detallada que suele considerarse acertada y más descriptiva que la que ofrecen los sistemas diagnósticos oficiales (DSM, CIE) considerando al SA como un trastorno cualitativo de la relación, con incapacidad para relacionarse con sus iguales, falta de sensibilidad ante las señales sociales, falta de reciprocidad emocional, alteraciones en las pautas de expresividad no verbal, limitación importante para adaptar las conductas sociales según el contexto y dificultades para comprender las intenciones ajenas, y en especial, las dobles intenciones. Otras características de los pacientes con SA son: inflexibilidad mental y comportamental, interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos, presencia de rituales y/o actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de las tareas, preocupación por partes de objetos, acciones, situaciones o tareas con gran dificultad para detectar las totalidades coherentes, alteración de la expresión emocional y motora, limitaciones y anomalías en el uso de gestos, falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes, expresión corporal desmañada, torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.

En definitiva, según señala Riviere (1996), las personas con SA presentan alteraciones de distinto grado en las relaciones sociales, en la comunicación, en la expresión, la comprensión emocional y en la flexibilidad mental y comportamental. Su inteligencia “formal”, si bien peculiar, se mantiene dentro de la normalidad, es decir, no presentan discapacidad intelectual. Otras señales típicas, como la presencia de alteraciones motoras o la frecuente aparición de hipersensibilidad hacia ciertos estímulos (sonidos, olores, sabores...) no se suelen incluir, al menos todavía, como síntomas definitorios para la realización de un diagnóstico formalizado. No obstante, a lo largo del presente trabajo estas características serán puestas en relieve, dado que ellas pueden interferir en la vida diaria de un paciente con SA.

El DSM IV-TR (APA, 2000) establece seis criterios para el diagnóstico del SA. El primero de ellos (criterio A) refiere a la alteración cualitativa de la interacción social del paciente. El mismo debe presentar al menos dos características de un listado que incluye alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales (por ejemplo, contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social); incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas a su nivel de desarrollo; ausencia de la tendencia

espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ejemplo, no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés); y ausencia de reciprocidad social o emocional.

El segundo criterio (B) se basa en examinar los patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas del paciente. El individuo debe presentar al menos una de las siguientes características: preocupación absorbente por uno o más patrones de intereses estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad o por su objetivo; adhesión aparentemente inflexible a ciertas rutinas o rituales específicos que no son funcionales; manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo); y preocupación persistente por partes de objetos.

El tercer criterio (C) hace referencia al deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El cuarto criterio (D) manifiesta la no existencia de un retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo, a los 2 años de edad el sujeto utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

El quinto criterio (E) observa si hay o no un retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo o del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del paciente, si tiene un comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

El último criterio de DSM IV-TR (F) descarta la posibilidad de que el paciente cumpla con los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Asimismo, el diagnóstico de SA requiere determinar la ausencia de retraso en la adquisición del lenguaje, desarrollo cognitivo y de la conducta adaptativa normal, aunque comparte con el autismo problemas en la interacción social (Attword, 2002).

Desde el punto de vista clínico, las características de estos pacientes se reflejan y se resumen en los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR. Los criterios clínicos definidos en las dos primeras clasificaciones difieren en algunos aspectos a las referidas en años previos: no se precisan o describen características del lenguaje de niños con SA (pragmática alterada, prosodia particular...), la presencia de intereses absorbentes o torpeza motora no es necesaria, exclusión absoluta de retrasos cognitivos o del lenguaje, y exclusión absoluta de autismo. Son estos dos aspectos evolutivos los que han generado más crítica en la valoración de los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR.

Resulta cada vez más evidente que el SA o los trastornos generalizados del desarrollo son un 'continuo', con un extremo en el diagnóstico del caso más grave, y el otro, en formas leves,

entendibles como rasgos personales. De hecho, cualquiera de las manifestaciones propias del SA puede aparecer aisladamente en individuos normales.

Por otro lado, la comorbilidad en el SA es realmente frecuente (35%). Los niños con SA tienen un riesgo elevado de presentar trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *tics*, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno por ansiedad generalizada (Caballero, 2005).

Cabe destacar que al momento de realizar un diagnóstico de SA es necesario tener en cuenta que este trastorno posee comorbilidad con otros como torpeza motora, trastorno del desarrollo de la coordinación, Síndrome de Tourette, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de déficit de atención-hiperactividad, trastorno específico del lenguaje, dislexia, hiperlexia, trastorno Semántico - pragmático, trastorno del aprendizaje no verbal, depresión y ansiedad (Equipó, Deletrea & Artigas, 2004).

Existen diferencias entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el SA. Específicamente en el TDAH, las diferencias primordiales se asocian a la cualidad de la atención. En TDAH la atención es dispersa, el individuo no puede detenerse ante los estímulos, no es idóneo para filtrarlos. Por su parte, en el SA el déficit de atención es por desgaste de interés de un tema, aunque el individuo logra llegar a concentrarse mucho tiempo en aquello que le interesa, como podrá verse en el apartado 4 del presente trabajo (Caballero, 2005).

En relación a la socialización, una persona con TDAH generalmente es rechazada dado que suelen describirla conductualmente como “molesta”. A pesar de ello, intenta acercarse y relacionarse con otros y vulnera las normas porque no sabe controlar los impulsos. Por el contrario, las personas diagnosticadas con SA no siempre tienen interés en acercarse a otros, se relacionan poco y son más aislados. Además, poseen dificultad para razonar las normas, las piensan al pie de la letra y a menudo esta situación supone otros incumplimientos más serios. A veces dar las órdenes por escrito resulta ser un beneficio para el niño con SA, ya que lo ayudan a entender lo que tiene que hacer (Vargas, 2005).

Siguiendo el desarrollo en base a lo antes explicado, el SA y el TDAH son dos diagnósticos distintos, pero es posible que un niño reúna ambos. ¿Cómo distinguir entre ellos? La característica primordial del SA es el perfil atípico del comportamiento social y emocional. Por el contrario, los niños con TDAH pueden resaltar por su restringida capacidad para jugar cooperativa y constructivamente con los demás niños. Sin embargo, con el TDAH, los niños suelen saber cómo jugar y quieren jugar, pero lo hacen de manera incorrecta y terminan siendo disruptivos, destructivos y descuidados, lo que lleva a la dispersión de la actividad hacia el caos. Los otros niños terminan evitándolos, ya que no desean verse implicados en conductas inadecuadas (Caballero, 2005).

En relación a la duración de la atención, los niños con TDAH manifiestan una concentración limitada. Esto varía en función de la actividad, la motivación y de las circunstancias, por regla general, hay un déficit en la atención sostenida. Con el SA la duración de la atención puede variar ampliamente, desde una duración corta cuando se implican actividades sociales hasta, como se ha señalado, una atención notablemente prolongada cuando al niño le interesa el tema. Aquí el inconveniente es más de motivación que de límite reducido e insuperable de la atención sostenida. Ambas condiciones pueden asociarse con la impulsividad, pero esta característica tiene más vínculo con TDAH (Caballero, 2005).

El niño con TDAH posee dificultades con las capacidades de organización; por ejemplo, tiene conflictos para iniciar una actividad, cambiar de una actividad inacabada a otra y generalmente son olvidadizos. Con el SA, se incluyen aspectos atípicos de habilidades de la organización, como pueden ser los medios no convencionales de solucionar problemas, pero son, por lo general, muy lógicos, determinados a completar la actividad y tienen un buen nivel para recordar información (Equipó et al, 2004).

Esta ambigüedad diagnóstica entre el SA y el TDAH, puede estar plenamente justificada, dado que sobre un mismo paciente pueden compartirse criterios diagnósticos de trastornos del neurodesarrollo. Por esa razón, es fundamental poder identificar los aspectos primarios y nucleares para establecer un diagnóstico apropiado (Caballero, 2005).

Con la publicación del DSM-5 las categorías se fusionaron y el SA queda catalogado como una variante cuantitativa dentro de una nueva categoría denominada Trastornos del Espectro Autista (TEA). Bajo este epígrafe, además del SA, están agrupados todos los trastornos generalizados del desarrollo como el trastorno desintegrativo y otros no especificados. El espectro se evalúa en base al grado de severidad del desarrollo de cada individuo a nivel de comunicación social, cognitivo y de conducta motora (APA, 2013). Esto viene a decir, como se mencionaba al principio, que el SA es entendido como la variante menos grave del autismo, siendo sinónimo del autismo de alto funcionamiento (Holguín, 2003).

Por lo tanto, el resto de categorías diagnósticas (SA y TGD-NOS, entre otras) fueron eliminadas como entidades independientes, además de excluir explícitamente al Síndrome de Rett de los TGD (existentes en DMS IV) por tener base genética comprobada y porque sus síntomas no son iguales.

Según el DSM 5, el TEA es un trastorno crónico caracterizado por una severa dificultad en la comunicación social. Los pacientes presentan dificultades en la comunicación verbal y no verbal basada en las interacciones, ausencia de reciprocidad social, problemas para desarrollar y mantener relaciones con iguales apropiadas para el nivel de desarrollo.

Otra área que se considera para realizar un diagnóstico de TEA es que en relación a la conducta, el paciente debe presentar patrones repetitivos y restringidos no solo en conducta, sino también en actividades e intereses. Estos se manifiestan en conductas estereotipadas motoras o verbales, comportamientos sensoriales inusuales, adherencia excesiva a rutinas y patrones de comportamientos ritualistas e intereses restringidos. Los síntomas se presentan en la infancia temprana (APA, 2013).

El diagnóstico se completará con la especificación de algunas características de la presentación clínica y características asociadas a los índices de severidad. El retraso del lenguaje deja de considerarse un síntoma definitorio del autismo, y pasa a ser un factor que afecta a la manifestación de los síntomas (APA, 2013).

Por lo tanto, a los pacientes con un diagnóstico establecido según el DSM-IV de trastorno autista, SA o TGD no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de TEA. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de TEA, deberán ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática) (Lord, 2013).

Para enriquecer la información teórica con el desarrollo de los cambios diagnósticos según el DSM 5, es fundamental desarrollar las características de TEA, pero también de un nuevo diagnóstico que si bien se encuentra dentro de los Trastornos de la Comunicación, podría llegar a ser un diagnóstico posible para los pacientes de SA.

Según el DSM 5, los criterios para el diagnóstico de TEA son cinco (APA, 2013). El primero (A) refiere a las alteraciones persistentes en la comunicación social y en la interacción social de un individuo en diversos contextos, representado por características como deficiencias en la reciprocidad socioemocional; deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; y deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

El segundo criterio (B) refiere a los esquemas de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas del individuo, que se manifiestan al menos por una de las siguientes características: movimientos, utilización de objetos o habla estereotipada o repetitiva; insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal; intereses muy restringidos y fijos que no son normales en cuanto a su intensidad o foco de interés; e híper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

El tercer criterio (C) determina que los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.

El cuarto criterio (D) refiere a si el trastorno causa un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual del individuo.

El quinto y último (E) criterio descarta la posibilidad de que el individuo cumpla con los criterios de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.

En tanto que los criterios para el diagnóstico del Trastorno de la Comunicación Social (pragmático) según el DSM 5 son cuatro. El primero (A) refiere a los inconvenientes permanentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por la presencia de los siguientes factores: deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera apropiada al contexto social; deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como por ejemplo, hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal; dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción; y dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (por ejemplo, hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (por ejemplo, expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

El segundo criterio (B) refiere a que las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.

El tercer criterio (C) destaca que los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).

Por último, el cuarto criterio (D) determina que los síntomas del paciente no puedan ser atribuidos a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

3.3 Características específicas de las personas con Síndrome de Asperger

Las personas con SA presentan dificultades para interpretar la manera de sentir y pensar de los demás, lo que genera respuestas inadecuadas que tienden a perjudicar aún más la

interacción y a producir rechazo por parte de los demás. Esta incapacidad en la interacción con otros es una dificultad en las habilidades sociales, como se verá en el estudio de caso.

Por otro lado, la dificultad social se visualiza en las actitudes corporales y en la expresión gestual. Una de las irregularidades más importantes que se observan en las personas con SA se encuentra en la mirada. Las personas con SA no logran localizar su mirada con la de otro, por lo que no se establece la unidad de contacto de diálogo. En paralelo, estas personas demuestran un rastro inexpresivo y hueco, que coincide con la mirada ausente y abstraída que poseen (Attwood, 2002).

En cuanto a las dificultades motoras, en muchos casos puede hablarse de apraxia, debido a que los sujetos no poseen esquema somático, lo que les dificulta situar su cuerpo en el espacio. El comportamiento motor también muestra la presencia de actos estereotipados y aparentemente sin sentido (Tallis, 2008).

Otro rasgo de las personas con SA, como se ha destacado con anterioridad, es la presencia de un trastorno atencional. La persona posee una atención selectiva, es decir, dirige su atención a aquello que le interesa. Según distintos autores los problemas de atención pueden deberse a una dificultad de la percepción auditiva, la alteración en el reconocimiento facial, y a problemas discriminatorios visuales, pero no a una dificultad cognitiva (Tallis, 2008).

Con respecto al juego, Hans Asperger ha descrito al niño con este síndrome como aquel que no se une a otros para jugar. Estos infantes están más centrados en ellos mismos que en el afuera. Las habilidades de juego son inmaduras y rígidas, lo que motiva que habitualmente sean rechazados. A medida que crecen, los niños se dan cuenta de su aislamiento social y desean jugar con otros niños, pero no saben cómo (Attwood, 2002).

Otra particularidad de los individuos con SA es la alteración del lenguaje. Su desarrollo suele comenzar tempranamente, lo que sorprende por su perfección. Sin embargo, produce en el interlocutor la impresión de falta de naturalidad y de normalidad. En la primera infancia, al intentar establecer un diálogo, la persona con SA parece no dirigirse a nadie, dado que efectúa monólogos interminables y fuera de contexto debido a que “suelta” lo que para él tiene importancia en ese momento.

Los sujetos con SA también presentan una alteración semántica del lenguaje. La persona utiliza palabras que no son de uso corriente, por el contrario son inusuales, y posee dificultad para comprender el lenguaje metafórico, el sarcasmo y la ironía. La falla semántica tiene que ver con la interpretación lineal del discurso, por lo que la persona no tiende a comprender metáforas y chistes, y no posee la habilidad de fingir (Tallis, 2008). Las personas con SA

también presentan alteraciones en la prosodia del lenguaje, que refieren a la entonación del mismo. Si esta se encuentra alterada, el sentido del discurso puede cambiar.

Una de las características más determinantes del aspecto lingüístico vinculado al intercambio social de las persona con SA es que presentan inadecuación en la competencia pragmática. La misma está constituida por distintos conocimientos que constituyen prerequisites para poder realizar una comunicación adaptada adecuadamente al contexto: el conocimiento del lenguaje y su estructura; el conocimiento del mundo y de los objetos, acontecimientos y acciones dentro de ese mundo; y el conocimiento social o de las reglas que gobiernan la conversación y la conducta de un hablante (Tallis, 2008).

El déficit pragmático es el que más perjudica la vida social de los sujetos con SA. Esto se debe no sólo a las propias dificultades en la comunicación interpersonal, sino a las consecuencias que implica, ya que las fallas generan ansiedad, conciencia de ser diferente y extraño y, en algunos casos, puede provocar la evasión del contacto con otros (Valdez, 2007).

Con respecto al funcionamiento cognoscitivo en el SA, si bien se observa un muy buen desenvolvimiento en las habilidades verbales (por ejemplo, vocabulario memoria auditiva, entre otras), el sujeto presenta insuficiencia en las áreas no verbales (por ejemplo, habilidades visuomotoras y visuoespaciales) (Tallis, 2008).

3.4 Definición de Habilidades Sociales

En referencia a la definición de las habilidades sociales, las mismas podrían describirse de manera simple como conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria (Vargas, 2005). Monjas Casares (1993) define a las habilidades sociales como aquellas conductas o destrezas sociales específicas necesarias para llevar a cabo una tarea de índole interpersonal de manera competente. De este modo, se trata de un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otros individuos. Las habilidades son aprendidas, por lo tanto, el entorno interpersonal en el que una persona se desarrolla resulta decisivo para el proceso de aprendizaje, ya que permite incorporar otras características de las mismas.

Desde la perspectiva de Caballo (2005), las habilidades sociales son definidas como un conjunto de conductas que posibilitan al individuo desempeñarse en un contexto individual o interpersonal, formulando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo correcto a la situación. Habitualmente, permiten la resolución de problemas inmediatos y la

disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.

Las habilidades sociales comprenden, en primer lugar, elementos motores, emocionales, afectivos, y cognitivos. En segundo lugar, son conductas específicas ante situaciones particulares. Esto determina la efectividad de la respuesta social, ya que la misma depende del contexto, esto es, una conducta “x” puede ser efectiva socialmente en la situación “a” y puede no serlo en “b”. Por último, estas se ponen en juego en las interacciones interpersonales.

La determinación del nivel de habilidades sociales - el denominado diagnóstico inicial - conlleva a una discusión en relación a cómo evaluarlas. Caballo (2005) afirma que la mayor dificultad reside en la misma naturaleza de las interacciones sociales, en la falta de acuerdo sobre el concepto de comportamiento socialmente habilidoso y sobre el criterio externo significativo con el cual validar los procedimientos de evaluación. Además, recuerda que es primordial no olvidar la naturaleza multidimensional de las interacciones sociales.

Las habilidades sociales, en tanto capacidades que se espera que utilicen las personas para interactuar con otras en sociedad, se basan en normas sociales que establecen qué actitudes y comportamientos son considerados como normales, aceptables y esperados en una situación social particular. El no aprender las habilidades sociales adecuadas puede llevar al aislamiento, sentimientos de soledad, frustración, rechazo y baja autoestima (Patrick, 2008). Es esencial que se pueda entender que los niños con SA no son groseros, sino que no conocen la alternativa adecuada ni la consecuencia que ciertas conductas desencadenan en otras personas (Winner, 2008).

Las habilidades sociales son, entonces, herramientas que le sirven a las personas para acceder a las infinitas posibilidades que ofrecen los demás para alcanzar sus necesidades. Se relacionan con el desarrollo cognitivo y los aprendizajes que realizará el niño tanto en la escuela como fuera de ella. La historia de fracasos o éxitos influye cuando la persona enfrenta nuevas interacciones. El niño no mostrará interés por el entorno si no se siente seguro en su contexto, en esto influye, entre otros factores, el sentimiento de competencia social y de integración (Patrick, 2008).

Según Patrick (2008), las habilidades sociales se componen de tres elementos básicos. El primero de ellos es el consumo social, que refiere a la forma de ver y entender las palabras, la inflexión vocal, el lenguaje corporal, el contacto visual, la postura, los gestos y otros comportamientos culturales que acompañan a un mensaje social. El segundo elemento refiere al proceso interno, es decir, a la interpretación del mensaje social, además de reconocer las propias emociones y reacciones. Por último, el tercer elemento es la producción social, que alude a la

forma en que se responde a los mensajes, a través de palabras propias, la inflexión vocal, el lenguaje corporal, la postura y otros comportamientos culturales.

Para Winner (2008), desarrollar buenas habilidades sociales permite 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 son el resultado de nuestros pensamientos sociales más afinados. Para saber qué decir y cómo decirle algo a alguien con respeto y conseguir lo que lo uno desea, es necesario saber lo que el otro piensa y siente acerca del tema. Como se ha mencionado, los sujetos con SA tienen serias dificultades en otorgarle a otro pensamientos y sentimientos propios (Valdez, 2007).

Teniendo en cuenta los conceptos de Valdez (2007) una de las estrategias de intervención para un correcto desarrollo de las habilidades sociales es el entrenamiento de las mismas. Durante la enseñanza se emplean un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas, por un lado, en adquirir conductas socialmente efectivas que la persona no tiene en su repertorio y, por el otro, la modificación de las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee pero que son inadecuadas.

La competencia social y las habilidades sociales conforman el conjunto de conductas aprendidas para interactuar y relacionarse en sociedad. Algunos ejemplos de estas conductas son: decir que no, pedir algo, saludar, empatizar, preguntar y expresar sentimientos. A su vez, las habilidades sociales se encuentran asociadas a constructos fundamentales como son el autoconcepto (conjunto de percepciones que el sujeto tiene sobre sí mismo) y la autoestima (la evaluación que hace sobre sí, es decir, hasta qué punto se considera capaz y valioso), ambos de gran importancia para la formación de la personalidad. Si se considera que la conducta interpersonal se aprende, esta puede enseñarse y modificarse a través de los entrenamientos de habilidades sociales (Monjas & González, 2000).

Para Monjas Casares (2004), las funciones que cumplen las habilidades sociales en el desarrollo personal son las siguientes:

- Conocimiento de sí mismo y de los demás. Las interacciones con los demás proporcionan al niño información sobre cómo es. Además, le brindan pautas de cómo debe adaptar su comportamiento al entorno.
- Desarrollo del conocimiento social y determinadas conductas, habilidades y estrategias: La reciprocidad, intercambio entre lo que se da y lo que se recibe; empatía y habilidades de adopción de roles y perspectiva; intercambio en el control de la

relación, siendo y dejándose dirigir; colaboración y cooperación; y estrategias de negociación y acuerdo.

- Autocontrol y autorregulación: los iguales actúan como agentes de control impartiendo castigos y refuerzos a la conducta del niño.
- Apoyo emocional y fuente de disfrute: el entorno social hace que el niño sienta bienestar al recibir apoyo, afectividad, aceptación, pertenencia, etc.
- Aprendizaje del rol sexual, el desarrollo moral y aprendizaje de valores.

Las habilidades sociales siguen los mismos mecanismos de aprendizaje que otros tipos de conductas. Por este motivo, se destacan cuatro tipos de aprendizajes: la experiencia directa, la observación, el aprendizaje inductivo y el aprendizaje por *feedback* interpersonal. Cabe destacar que estos aprendizajes no son excluyentes unos de otros (Valdivia, 2002).

3.5 Relación del Síndrome de Asperger con Habilidades Sociales

De acuerdo a lo señalado anteriormente se considera que las habilidades sociales se aprenden, y el aprendizaje de las mismas son una estrategia de enseñanza que incluye técnicas conductuales y cognitivas para que la persona adquiera los comportamientos sociales carentes o modifique aquellos inadecuados (Monjas Casares, 1993).

Crear, desear, dudar, engañar, mentir, ocultar, pensar, recordar, saber, sentir, suponer, etc. son términos que designan estados o actividades mentales. El niño comienza a conocer estas actividades tempranamente, incluso antes de conocer la palabra que las designa, reconoce esas actividades en sí mismo y puede atribuírselas a los demás. Sin esa comprensión de los estados mentales sería imposible conocer la actividad propia y de los demás, y coordinarla.

Según Rivière (1996), dadas las dificultades que presentan los niños con SA para incorporar habilidades sociales de forma natural, se han desarrollado programas de aprendizaje en los que se trabajan la comprensión e incorporación de las distintas habilidades sociales a través de explicaciones de forma intelectualizada, así como del análisis y recreación de situaciones reales.

Las personas con SA, como se ha indicado con anterioridad, presentan dificultades para la comprensión del otro, para ponerse en su lugar, para saber distinguir entre engaño, mentira y verdad. También tienen serias dificultades en habilidades sociales, sobre todo en saber escuchar, guardar los turnos de palabra, interesarse y entender los estados emocionales (Attwood, 2002).

Las personas con SA, entonces, poseen dificultades en la competencia social debido a su incapacidad para entender las normas sociales, para compartir situaciones de juego, para

participar en las conversaciones (sea iniciando, manteniendo o finalizando las mismas) y para comprender los elementos no verbales de las mismas. Por tal motivo, se considera que el mayor desafío para personas con SA es enfrentarse al mundo social, a pesar de su brillantez verbal e intelectual (Barnhill, 2002).

Las personas con SA pueden tener diferentes competencias sociales que dependen de la personalidad de cada uno, ya que pueden ser más tímidos o más desinhibidos. A pesar de sus problemas para las relaciones sociales, hay personas que han conseguido grandes avances en el área, debido a una labor terapéutica y educativa comprometida que ha tenido en cuenta sus necesidades individuales. Por lo tanto, a pesar de que todas las personas que padecen SA cuentan con alteraciones en lo social, algunos de ellos tienen más motivación por las relaciones sociales que otros, lo que favorece el aprendizaje de habilidades sociales (Valdez, 2007).

El trabajo con niños con TGD debe contemplar la regulación conductual y emocional, la adquisición de habilidades y rutinas sociales, destrezas comunicativas y fomento de la comprensión social (Borreguero, 2004).

3.6 Intervenciones terapéuticas en Habilidades Sociales

Una de las estrategias de intervención de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) 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 la adquisición de conductas socialmente efectivas que la persona no tiene en su repertorio y en la modificación de las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee, pero que son inadecuadas. El entrenamiento en habilidades sociales apunta a mejorar la actuación social del individuo (Ballestar & Gil Llario, 2002).

Para el tratamiento se requieren equipos multidisciplinares centrados especialmente en el entrenamiento de habilidades básicas y en lograr un adecuado desarrollo del lenguaje. En los casos de niños con SA y algunos autismos de alto funcionamiento es posible la educación en establecimientos comunes, pero se requiere apoyo diferencial (Valdivia, 2002).

Según Ballesta y Gil Llario (2002), existen técnicas de enseñanza de habilidades sociales que permiten aprenderlas y practicarlas, de acuerdo a las características del contexto y a las participaciones de los diferentes actores. Se puede trabajar, por ejemplo, con representaciones de situaciones como un recreo escolar, una salida al cine, un cumpleaños, la compra de una golosina, consultar a otro niño si se puede participar en un juego, informarle a la maestra una nota, etc.

En los grupos de entrenamiento de habilidades sociales, los participantes reciben información sobre por qué algunas habilidades son importantes, y las ponen en práctica mediante distintas técnicas como el modelado, el juego de roles, ensayos conductuales, descripciones explícitas de las secuencias de pasos a realizar en una situación específica, revisión de grabaciones de video y recibir retroalimentación constructiva del líder del grupo y el resto de los participantes. Los programas de habilidades sociales se han centrado en la adquisición de destrezas en conversación, lectura e interpretación de lenguaje corporal, la comprensión de la perspectiva de los demás y las habilidades de amistad (Attwood, 2002).

Mediante el reforzamiento social, a medida que se van sucediendo los ensayos, el niño ve premiada su conducta por parte de los demás. Por este motivo, resulta tan importante el trabajo en grupo, pues como se ha señalado el resto de los niños actúan como agentes que imparten refuerzos y castigan la conducta no deseada (Monjas, 2004).

Al mismo tiempo, el *feedback* moldea la actuación del paciente indicando qué aspectos de su actuación han sido adecuados y qué cosas podría mejorar para ser más eficaz a la hora de relacionarse con los demás. Asimismo, los nuevos enfoques interactivos enfatizan la importancia del trabajo en grupo para entrenar las habilidades sociales, especialmente introduciendo en las actividades a otros niños sin problemas de habilidades sociales. Los estudios revelan que esto mejora la calidad y la frecuencia del juego, así como la frecuencia y duración de las actividades comunales (Iglesias & Olivar, 2008).

Algunas de las estrategias recomendadas para el desarrollo del tratamiento que impactan positivamente en la conducta social del niño residen en enseñarle a empezar, mantener y terminar un juego social, ser flexible, cooperativo y aprender a compartir. Del mismo modo, es importante exponer lo que el niño debería haber hecho, fomentar los juegos cooperativos y competitivos, exponer los medios alternativos para solicitar asistencia en caso de necesitarla, recomendar a los padres que lo inscriban en clubes o asociaciones y modelar la forma de relacionarse con él. En relación al ámbito educativo, es importante facilitarle al niño el disfrute en los recreos, adquirir tiempo con el profesor de apoyo, utilizar historias para hacerlo opinar sobre las señales y las acciones en situaciones sociales (Attwood, 2002).

Como se ha destacado, los grupos de habilidades sociales, proporcionan una oportunidad para aprender y practicar una variedad de capacidades sociales avanzadas. Estos grupos pueden presentar distintas características. Un aspecto a tener en cuenta es que, anticipadamente a las sesiones, los profesionales puedan elaborar un perfil sobre los puntos fuertes y débiles de cada participante (Attwood, 2002).

Desde el modelo cognitivo conductual, se emplean diferentes técnicas para el

entrenamiento en habilidades sociales:

- Fichas de comportamiento social: las mismas son utilizadas para la enseñanza de elaboración de habilidades de comportamientos esperados contra los inesperados, estas fichas tienen efectos directos sobre las personas (Winner, 2007).
- Modelado: es definido como aprendizaje por imitación, ha demostrado ser un método de enseñanza eficaz para niños y adolescentes, se considera una exhibición 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).

Asimismo, Pérez (2000) ha identificado tres tipos de aprendizaje por modelado. Un tipo es el aprendizaje por observación, o el aprendizaje de nuevas conductas que no estaban previamente en el repertorio del comportamiento del niño (a). Los niños observan e imitan a menudo a otros niños en la manera en que se visten, hablan, y se comportan. El uso de nuevas expresiones en la jerga, que se filtran a través de las escuelas y barrios, es un ejemplo de tal aprendizaje.

Otro tipo de aprendizaje involucra efectos inhibitorios y desinhibitorios, o el refuerzo o debilitamiento de una conducta realizada esporádicamente por el niño. Tal conducta puede reforzarse o debilitarse según se observan otros niños siendo premiados o castigados por dicha conducta. Los niños pueden ver a otro salir impune o incluso premiado por comportarse de manera grosera o agresiva y entonces reaccionan de una forma similar (efectos desinhibitorios). Por el contrario, los niños pueden inhibir estas reacciones cuando observan que las conductas toscas o agresivas se castigan (efectos inhibitorios).

Por último se encuentra la Facilitación de Conductas, o la realización de conductas previamente aprendidas que ya están dentro del repertorio del comportamiento del niño y son recibidas positivamente por otros, es el tercer tipo de aprendizaje por medio del modelado. Por ejemplo, cuando un niño tiene un juguete o un dulce que parece disfrutar, entonces un amigo también quiere tenerlo.

Pérez (2000) también indica que muchas conductas pueden aprenderse, fortalecerse, debilitarse, o facilitarse a través del modelado. Estas conductas incluyen ayudar a otros, compartir, comportarse independientemente, actuar agresivamente, comportarse de manera no agresiva, presentar ciertos patrones de discurso, interactuar socialmente, y muchas más.

Está claro que el modelado puede ser una manera eficaz para enseñar nuevas conductas a las personas. Sin embargo, también es verdad que los individuos observan una variedad de conductas que no necesariamente adoptarán en ellos mismos. Por ejemplo, en la televisión, en la radio, en las revistas y en los periódicos se presentan modelos muy refinados de personas que

compran productos, pero no todos compramos esos productos. Los niños pueden ver docenas, incluso cientos de comportamientos realizados por sus compañeros en un día típico en el preescolar o en el jardín infantil, pero en respuesta, copian sólo unos o ninguno. Al parecer, entonces las personas aprenden por modelado en algunas circunstancias pero no en otras.

Otras técnicas empleadas en los tratamientos son:

- *Power Cards*: se trata de tarjetas pequeñas escritas en primera persona, que ayuda al niño a resolver un problema igual que su héroe o su centro de interés (Gagnon, 2001).
- *SOCCED*: es una guía para la resolución de problemas que ayudan al paciente a ver, posibles soluciones para un solo problema y a evaluar las consecuencias de cada una (Ballester & Gil Llario, 2002).
- *Juego en grupo*: es una técnica utilizada para trabajar sobre resoluciones de problemas en grupo, empatía, funciones ejecutivas, generalización, etc.
- *Generalización*: es en el plano ecológico donde el sujeto utilizará lo aprendido en el mundo social (cumpleaños, supermercado, en la escuela, etc.). Poder enseñar y facilitar un repertorio de estrategias utilizadas en habilidades sociales ayudará a las personas con SA a enfrentar situaciones sociales y a poder actuar sobre ellas (Attword, 2002).
- *Historias sociales*: las mismas son cuentos cortos que describen a una persona, destreza o situación social. Se emplea un lenguaje formal con los profesores e informal en situaciones reales significativas para el niño. Se escriben en primera o tercera persona y en tiempo presente, y se diseñan para explicar una situación social. Se describe el contexto de la situación, se explican las reacciones y sentimientos y lo que se espera que diga o haga el. Sus dificultades para reconocer sentimientos y emociones en sí mismos y en los demás, así como para aceptar otros puntos de vista dan lugar a un mayor entorpecimiento en la interacción social, sobre todo cuando se acercan a la adolescencia, momento en el cual el apoyo y comprensión mutuos empiezan a determinar el mejor o peor funcionamiento de la interacción social con los iguales (Grey, 2004)
- *Guiones sociales*: los mismos ayudan a recordar que decir en determinadas situaciones (Ballester & Gil Llario, 2002).
- *Métodos de promueven las competencias sociales*: existen distintos programas que se centran en la intervención sobre las deficiencias en habilidades sociales. Entre

ellos se pueden destacar el entrenamiento en habilidades mentalistas, las historias y guiones sociales y la intervención para el desarrollo de relaciones.

- Uso de “comics” sociales: explicaciones visuales que analizan una situación problemática de tipo social y que proporcionan una alternativa conductual para el futuro.
- Favorecer la empatía a través de situaciones naturales así como en la incorporación de actividades destinadas a su ejercicio y mejora.
- Aprendizaje de expresiones faciales y gestos corporales asociados a las emociones y la interacción social, a fin de mejorar su participación y bienestar (Gagnon, 2001).
- Promover el aprendizaje de técnicas de relajación y auto-control, así como el desarrollo de guías de conducta ante situaciones difíciles (Gagnon, 2001).

Las técnicas más frecuentemente utilizadas para lograr los objetivos de los programas de promoción de las habilidades sociales son el *feedback*, el *role-playing*, las historias sociales y la aplicación de lo aprendido en su día a día (Caballo, 2005).

Grey (2004) propone la utilización de soportes visuales para la enseñanza de habilidades sociales específicas. Las imágenes visuales, dibujos, viñetas y colores, benefician la comunicación, los intercambios conversacionales y la comprensión de las personas con SA, favoreciendo de esa manera la flexibilidad y la anticipación. De este modo, es posible utilizar simultáneamente el habla y el dibujo para explorar situaciones problemática y sus posibles alternativas de solución.

Otra herramienta para el entrenamiento de las habilidades sociales utilizada por la TCC son los cuadernillos, cuyo objetivo reside en adquirir y practicar las habilidades en la comunicación. Primero, el paciente identificará los diferentes tipos de respuesta, luego descubrirá sus derechos y los de los demás, y por último, contará con algunas herramientas para enfrentar situaciones difíciles. Los cuadernillos de actividades constituyen un medio para conocer más a los niños, y profundizar en sus necesidades, sus miedos y dificultades, a la vez que incentivarán el diálogo (Holguin, 2003).

La comprensión de las características que precisa el niño con SA y de su forma característica de entender su entorno beneficia a los profesionales a la hora de elaborar estrategias acordes a sus necesidades. Algunas de las estrategias de intervención se centran en la utilización de apoyos visuales en cualquier proceso de enseñanza, ya que las personas con SA se caracterizan por ser buenos “pensadores visuales”, es decir, procesan, comprenden y asimilan mucho mejor la

información que se les presenta de manera visual. Por ello, es importante emplear este tipo de apoyos, como por ejemplo, listas, pictogramas, horarios, etc., que faciliten la comprensión de aquello que se les intenta enseñar (Equipó et. al, 2004). Igualmente, es importante brindarle al paciente un ambiente estable y predecible, lo que impedirá cambios inesperados y favorecerá la generalización de los aprendizajes en situaciones naturales.

Como las personas con SA poseen bajos niveles de tolerancia a la frustración resulta útil asegurar pautas de aprendizaje sin errores. Para ello, se recomienda detallar las tareas en pasos más pequeños, de manera secuenciada, lo que permite facilitarles la tarea. También es importante ofrecerles la opción de hacer elecciones, a fin de que adquieran las capacidades de autodeterminación y autodirección.

En relación al tiempo libre, se deben realizar intervenciones que impidan la inactividad o la dedicación excesiva a sus intereses especiales (Equipó et. al, 2004).

Por último, en relación a las habilidades, es necesario enseñarle al niño de manera explícita las habilidades y competencias que por lo general no suelen demandar una enseñanza formal y estructurada (Equipó et. al, 2004).

Se ha destacado que muchas personas con SA tienen dificultad para comprender las emociones y las intenciones de los demás. Para ellos, las primeras experiencias suelen provocar grandes niveles de frustración. Esta situación puede ser cuidadosamente preparada y planificada si se le facilita el aprendizaje de emociones y su reconocimiento, tanto en sí mismo como en otros; se les enseña una rutina de reconocimiento de emociones y se examinan las circunstancias en las que se presentan los análisis de eventos relacionados con ellas.

Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta e incorporarse en la terapia es la intervención familiar. Como el SA es una alteración que se hace más evidente a los 4-5 años de edad, existe un desarrollo aparentemente normal durante los primeros años de vida, motivo por el cual a las familias les resulta difícil asumir que un hijo pueda presentar una alteración del desarrollo que le acompañará toda su vida. Los primeros contactos y el conocimiento del diagnóstico son considerados, entonces, períodos fundamentales y el trabajo con las familias se transforma en primordial, ya que la finalidad es disminuir las tensiones existentes en la convivencia con el hijo que padece una enfermedad mental crónica, y conseguir que puedan apoyar el desarrollo del niño de manera oportuna. Asimismo, no debe soslayarse la consideración especial que merecen los hermanos del niño con SA. Es importante, en este sentido, que los dispositivos de salud mental ofrezcan a las familias un espacio de apoyo y contención donde puedan expresar las dudas y sentimientos que les provoca la enfermedad del miembro de la familia y en donde puedan ser ayudados en el manejo de los problemas conductuales y afectivos que se planteen. En

determinados casos puede plantearse como necesaria una intervención psicoterapéutica familiar (Attwood, 2002).

También pueden ser de gran beneficio para las familias la asistencia a grupos de orientación a padres de hijos con SA, mantenidos a lo largo del tiempo y abiertos, lo que permite que se incorporen padres cuyos hijos han recibido un diagnóstico reciente. Mantener estos grupos en el tiempo ayuda a manejar con mayor tranquilidad y menor ansiedad las situaciones de conflicto, valorar los puntos fuertes de sus hijos y compartir experiencias de cómo han ido resolviéndose los problemas, temores y frustraciones (Attwood, 2002).

3.7 Otros tratamientos posibles para Síndrome de Asperger

Habitualmente, una vez detectado cualquier problema de salud se aplica un tratamiento para obtener su curación, es decir, la eliminación de las causas que lo provocan para así evitar la continuidad de sus causas. En el SA no es posible hablar de curación (en el sentido de eliminación de la causa) porque ello requeriría cambiar la propia organización cerebral de la persona, cuestión que por ahora no es previsible (y si fuera posible, no se trataría de una curación, sino de una transformación de la persona en otra diferente). Tampoco se puede pensar que con un tratamiento se recupere la funcionalidad anterior a la lesión, porque esta funcionalidad ha sido la misma desde la formación del individuo (Attwood, 2002).

En realidad lo que se pretende es que la persona con SA pueda conseguir sus objetivos vitales sin verse limitado por ninguna de sus diferencias. O sea, que pueda tener las relaciones sociales que desea, sin que se lo impida su sistema empático y de comunicación; que pueda convertir sus intereses en un trabajo satisfactorio para él y provechoso para la sociedad; y que disponga de los instrumentos para afrontar los cambios y organizar su vida. En resumen, que pueda ser él mismo (Canal, 1995).

Actualmente existen tratamientos que, aplicados adecuadamente en las primeras etapas de la vida y con el soporte de familiares y escuela, permiten importantes mejoras en las habilidades personales y de calidad de vida. Pero para ello es importante que sean implementados por especialistas con experiencia en los TGD.

Los tratamientos más usados actualmente pertenecen al grupo de terapias cognitivo-conductuales. Estas terapias gozan de una larga experiencia de éxitos demostrados en la solución de problemas mentales, como la depresión, la ansiedad, el estrés, las drogadicciones, etc. Se basan en el hecho de que en cada persona hay una intensa interrelación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento. En realidad, los estímulos externos (cualquier hecho que nos afecta de una u otra forma) no son los causantes directos de la emoción que se genera, sino que

ésta será el resultado de aplicar un patrón de pensamientos (un esquema) al análisis de los estímulos externos, provocando una emoción y un determinado comportamiento.

Este circuito se realimenta. El comportamiento adoptado como respuesta refuerza el esquema mental y las emociones generadas, que vuelven a provocar nuevos comportamientos. Cuando por cualquier circunstancia uno de los componentes de la cadena (pensamiento, emoción, comportamiento) se distorsiona, lo hacen también los otros. Al cabo de un tiempo, el refuerzo cíclico puede ser tan grande que los patrones mentales que la persona tiene sobre él mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, también se distorsionen. Estas intervenciones terapéuticas se llevan a cabo siguiendo pautas correspondientes a tríadas de síntomas / tratamiento / rendimiento de las que existe documentación previa de experiencias realizadas con éxito.

El aspecto conductivo suele trabajarse proporcionando recursos específicos destinados a mejorar las funcionalidades deficitarias. Éstas, en el caso del SA, suelen estar en las áreas de las relaciones sociales, la comunicación, la percepción y la regulación de las propias emociones, el control de la atención, y la autoorganización.

La mayoría de expertos en autismo consideran que la otra gran rama psicoterapéutica, la psicoanalítica, no resulta útil para el tratamiento de estos trastornos. No solamente esto, sino que al pretender poner el origen del problema en una supuesta mala relación madre-hijo, hacen que la madre se sienta culpable. A pesar de todo, estas terapias continúan vigentes en algunos puntos, e incluso en algunos países son las predominantes.

Al margen de las terapias psicológicas, algunos problemas concretos mejoran con medicación. Artigas (2005) señala que la medicación puede resultar útil para tratar la epilepsia, el TDAH, los trastornos de conducta, la depresión, la ansiedad, los *tics*, los síntomas obsesivos y los trastornos del sueño, pero que hay que tener en cuenta algunos principios generales: La medicación puede tratar los síntomas, pero no existe ningún fármaco específico para el SA; la dosificación debe ser progresiva y lenta, evaluando continuamente su respuesta, y abandonándola si no existe una evidencia clara de mejora; deben establecerse períodos de descanso para valorar la necesidad de su continuidad; y que es necesario valorar los posibles efectos secundarios.

Alrededor del autismo también ha ido creándose un mercado de soluciones “milagrosas” de todo tipo (dietas, vitaminas, medicamentos, suplementos de oxígeno, drogas para reducir la testosterona o para eliminar el mercurio, etc.). Muchas de estas técnicas han surgido de malas interpretaciones de estudios académicos, o de conclusiones prematuras de investigaciones en sus fases preliminares. Los proveedores de estos remedios se alimentan de la desesperación de las familias con los casos más problemáticos ante la no existencia de una cura, la lentitud de la terapia, y a menudo, la falta de consecución de los objetivos perseguidos.

En síntesis, las personas con SA poseen características particulares que hacen necesario plantear una intervención específica que cubra sus necesidades.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio descriptivo de un caso único. Diseño no experimental.

4.2. Participantes

Paciente con diagnóstico de SA, de género masculino, de 10 años de edad y residente de la localidad de Garín. Su grupo familiar está compuesto por su mamá de 42 años, su papá de 44 años y un hermano de 13 años. Su nivel socioeconómico es medio – alto. El niño concurre a un colegio privado en Garín, donde cursa quinto grado. La consulta inicial en el Instituto se realizó en el año 2013, tras una derivación del colegio al que asiste, dado que presentaba dificultades en el lenguaje y severos problemas de atención. Primero fue atendido por una fonoaudióloga quien posteriormente, lo derivó al área de psicología.

La psicóloga realizó una evaluación neuropsicológica para elaborar correctamente los objetivos a desarrollar en el tratamiento, y su foco principal e inmediato fue trabajar el problema de atención del niño. En el transcurso de las sesiones, luego de haber generado un vínculo con el paciente, la psicóloga referenció que este presentaba un déficit en el área social. Por ello, procedió a realizar diferentes tests y evaluaciones, y obtuvo como resultado el diagnóstico diferencial de SA. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento por SA.

En el año 2013, el niño fue medicado con Alomaxetina por el déficit atencional, por un lapso de seis meses. En la actualidad se encuentra sin medicación.

Resulta importante destacar que por cuestiones de secreto profesional no se dará a conocer el nombre real del niño y se utilizará Esteban para referirse a él. Por el mismo motivo no se conocerán los nombres de los profesionales involucrados. Aunque las identidades son preservadas, la información clínica del paciente no ha sido alterada.

4.3. Instrumentos

- Observación participante y registro de las observaciones durante 10 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales llevadas a cabo los días jueves en el centro médico, a través de la cual se recolectaron los datos de las conductas y la sintomatología que presenta el niño.
- Entrevista semidirigida al terapeuta en la que se consultó sobre las herramientas utilizadas para el entrenamiento en las habilidades sociales.
- Revisión de la Historia clínica del paciente en el que constan los datos personales y familiares del mismo. Este documento también incluye información de las entrevistas realizadas a los padres, la maestra, los neurólogos y a la fonoaudióloga e incluye las estrategias implementadas, observaciones de las sesiones, las pruebas utilizadas y los resultados de las mismas. Otros datos de interés fueron los informes de la maestra sobre el desempeño escolar de Esteban y los certificados de los neurólogos que realizaron un diagnóstico distinto.

4.4 Procedimiento

Como parte de la Práctica se participó de diversas áreas y modalidades de trabajo llevadas a cabo en diferentes horarios y a cargo de diferentes profesionales. Por un lado, se presenció el funcionamiento del sector Admisiones, espacio en el cual la institución genera un primer acercamiento con los pacientes. Allí se les pregunta los motivos de consulta, se les explica la modalidad de trabajo del Centro Médico y se los deriva en función de sus necesidades.

Por otro lado, se participó en coterapia de pacientes de diferentes edades y diagnósticos médicos diversos. A su vez, se tuvo la posibilidad de brindar colaboración en el taller de habilidades sociales infantiles y de presenciar el dispositivo de supervisiones de casos clínicos abordados por los terapeutas del Centro Médico, a través del cual fue posible asimilar una variada gama de herramientas útiles para el quehacer terapéutico. El caso seleccionado para realizar el trabajo derivó de la participación en coterapia.

5. DESARROLLO

Para contextualizar la situación y entender el recorrido realizado por el niño hasta ser paciente del Centro Médico, en primer lugar, se realizará a modo introductorio un resumen de su

historia. Toda la información aquí detallada fue extraída de su historia clínica y de las distintas entrevistas llevadas a cabo.

En segundo lugar, con la finalidad de responder los objetivos específicos del proyecto, se hará una descripción y un análisis de la sintomatología del niño, que fue obtenida del registro semanal del ejercicio como coterapeuta. Luego, se procederá a describir las estrategias utilizadas por la terapeuta en el consultorio, realizando un recorte específico en las estrategias empleadas para el entrenamiento de las habilidades sociales.

Por último, se pretende describir los cambios producidos en las habilidades sociales del paciente en el transcurso del tratamiento.

5.1. Presentación del caso

Esteban es un niño de 10 años, paciente hace aproximadamente dos años del Centro Médico donde fue realizada la práctica. Actualmente, el niño continúa en tratamiento con la misma psicóloga con la que se llevaron a cabo las observaciones en coterapia.

De la historia clínica se obtuvo que el niño nació a término por cesárea, habló y caminó según lo esperado y los indicadores de crecimiento madurativos siempre estuvieron dentro de los parámetros normales. Es importante mencionar que el niño no presenta ninguna enfermedad médica.

Respecto a su entorno familiar, Esteban es el menor de los hijos de una familia conformada por su mamá, su papá y su hermano (que llamaremos Karina, Sebastián y Santino, respectivamente). Su mamá es ama de casa, y se encuentra dedicada *full time* a los tratamientos de su hijo. Según referencia la psicóloga "Karina es una madre que está muy abocada al tratamiento de su hijo, cumplen siempre con la terapia y colabora en lo que se pide." Su papá es contador, trabaja de lunes a viernes en horario de oficina. Mención aparte merece su hermano Santino, que le lleva 5 años, con el cual, según relata Esteban, mantiene una pésima relación, dado que Santino lo trata como "un sirviente."

El padre de Esteban tiene una personalidad muy reacia y antisocial, como el mismo se define según testimonio de la psicóloga en una de las entrevistas. Ella destacó que se lo citó varias veces y se le explicó que si bien su personalidad sería respetada, si él se aislaba esto generaría consecuencias negativas en el grupo familiar y, en particular, en Esteban.

En la entrevista inicial, Karina expresó ser consciente de que a su hijo le ocurría "algo", pero no realizó ninguna consulta a profesionales de la salud mental hasta que la fonoaudióloga (a la que recurrió cuando la escuela derivó al niño) le indicó que lo haga. En este sentido, la escuela

dio la primera voz de alarma y movilizó una situación de incertidumbre en la familia, que provocó la consecuente derivación a un especialista.

Según relata la psicóloga en la entrevista realizada por la tesista, el desarrollo aparentemente normal durante los primeros años de vida y el desconocimiento de muchos profesionales, puede llevar a una interpretación errónea de esas conductas entendiéndolas como un problema coyuntural que tiene que ver con causas emocionales (mala adaptación a la escuela o trauma por alguna hospitalización) o con “modos de educar”, más que con una alteración del desarrollo. Según los datos presentados en la historia clínica, Esteban fue diagnosticado con SA, sin embargo, el recorrido realizado abarcó otros estadios, que serán detallados a continuación.

A los dos meses de trabajar con Esteban, la fonoaudióloga consideró necesario derivarlo a un tratamiento psicológico, como resultado de sus evaluaciones. La psicóloga que lo recibió posee un enfoque cognitivo conductual y comenzó el tratamiento de Esteban llevando a cabo una evaluación neuropsicológica, con el objetivo de realizar un diagnóstico diferencial.

Los objetivos planteados para el tratamiento de Esteban en las primeras sesiones fueron establecidos en función de mejorar el proceso atencional, conducta disfuncional que generaba graves inconvenientes en el colegio. Posteriormente, la psicóloga les recomendó a los padres de Esteban que realizaran una consulta con neurología.

Como resultado de esta recomendación, los padres consultaron por primera vez a un neurólogo infantil. Según el informe del neurólogo, Esteban presentaba hiperactividad con situaciones de rigidez en el pensamiento, situaciones de dificultades en la socialización con buena comprensión cognitiva. El neurólogo recomendó que Esteban inicie actividades lúdicas, por ejemplo, talleres de literatura para fortalecer la socialización y señaló que el niño debía tener una maestra integradora para realizar la tarea escolar. Como se ha indicado anteriormente, fue medicado por el especialista con un estimulante llamado “Alomaxetina”, medicamento utilizado para tratar el TDAH y destinado a ayudar a mejorar la atención y concentración, y reducir el comportamiento impulsivo.

Con la confirmación del diagnóstico de SA, la psicóloga les recomendó a los padres de Esteban que inscribieran el niño en alguna actividad social infantil grupal (fútbol, *scout*, grupo de lectura) para desarrollar sus habilidades sociales. También les aconsejó que iniciaran el trámite del certificado de discapacidad y que continuaran con el tratamiento individual de terapia TCC y el tratamiento fonoaudiológico, ambos en forma semanal. A principios del 2014, Esteban obtuvo el Certificado Único de Discapacidad, otorgado por Servicio de Rehabilitación del Ministerio de Salud de la Nación, documento público que le permite acceder al sistema de salud y a los

beneficios instituidos por la normativa en la materia para las personas con discapacidad, bajo el diagnóstico de SA.

5.2. Comportamientos y sintomatología observables que presenta Esteban

El primer objetivo específico pretende describir la sintomatología del niño y analizar si se observan los criterios diagnósticos del SA según DSM IV. Para dar cuenta de ello, se detallarán los comportamientos y síntomas observados a lo largo del tratamiento psicológico. El seguimiento realizado semanalmente permitió visualizar los cambios que Esteban iba manifestando.

Se ha indicado que en 2013, cuando Esteban tenía 8 años, fue derivado por el colegio al que asiste en la actualidad a un tratamiento fonoaudiológico. El niño, según indicaron en la escuela, utilizaba al hablar un tono de voz peculiar y lenguaje neutro, que, como ha destacado Attwood (2000), es propio de las personas con SA. Asimismo, presentaba fallas de denominación, por lo que se infería que poseía problemas de comprensión que derivaban, a su vez, en serios problemas de atención. A estas dificultades se asociaban también dificultades de socialización y complicaciones en su integración grupal, que se tornaba “difícil” (por ejemplo, en la relación que establece con sus pares a veces es bueno, pero puede enojarse si una compañera le corrige algún error, dado que no quiere que lo ayuden. En el aula, se sienta junto a la maestra en su escritorio, para que ella pueda visualizar su trabajo diario).

En el transcurso de las sesiones, la psicóloga comenzó a evaluar que Esteban presentaba varias características y criterios del diagnóstico de SA. Para confirmar este diagnóstico, realizó una evaluación psicológica y de comunicación donde se reveló una correspondencia más cercana al diagnóstico de SA, una ausencia de problemas médicos específicos (criterio F), como así también un desarrollo adecuado de sus habilidades cognitivas (criterio E).

Según esta evaluación, Esteban presenta un conjunto de síntomas importantes del SA. En primer lugar, en coincidencia con el criterio A del DSM IV, en relación a las deficiencias sociales, Esteban carece de recursos para interpretar las señales sociales y el lenguaje no verbal, por lo que su lenguaje pragmático falla. Además, le cuesta interpretar emociones, no reconoce signos del intercambio de la toma de turno, no sabe cuándo puede hablar y cuándo no, ni sobre qué temas es apropiado hacerlo según el contexto. El gesto, el rostro y las expresiones corporales de los otros no les dice nada. Como ocurre en pacientes diagnosticados con SA, Esteban sólo interpreta el lenguaje verbal, las palabras, lo que coincide con el criterio D del DSM IV. Por tanto, aunque su semántica sea correcta (normalmente incluso mucho mejor que la de sus pares) y también lo sea su sintaxis, falla en la pragmática. Eso hace que su comportamiento sea

considerado “anormal”. Si bien algunos niños pueden presentar estallidos de carácter porque es su única forma de expresar frustración o ansiedad, Esteban manifiesta su enojo a través de la indiferencia.

En segundo lugar, en su conducta, Esteban demostró ser literal. Si bien comprende el lenguaje verbal, no entiende bromas, lenguaje metafórico, chistes, etc. Al presentar esta literalidad, muchos niños se convierten en foco de bromas, padecen acoso escolar y/o rechazo de sus compañeros (Ruggieri & Arberas, 2007). En el caso de Esteban, el grupo de compañeros lo contiene, acompaña e intenta integrar

En tercer lugar, Esteban posee como foco de interés absorbente los juegos de computadora en coincidencia con el criterio B del DSM IV que indica la preocupación absorbente de la persona por uno o más patrones de interés estereotipado o restrictivo.

En cuarto lugar, también en coincidencia con el criterio B del DSM IV, en relación a las rutinas, Esteban posee establecido rituales muy estrictos (mostró un gran malestar cuando la terapeuta indicó que en lugar de mostrar su carpeta al inicio de la sesión, la muestre al finalizar la misma únicamente los días que ella lo solicite).

Por último, en relación a la psicomotricidad, Esteban es bastante torpe, inquieto, parece que está por caerse todo el tiempo. Según observación de la tesista, Esteban se golpeó en varias oportunidades al ingresar al consultorio con los bordes de la sillas, la mesa y con el mueble donde están los juegos. Varias veces intentó comenzar a jugar fútbol, pero siempre abandonó las clases antes de completar el mes. Según contó el niño “los compañeros de fútbol siempre lo rechazaron en sus equipos”, lo que agrava su problema de socialización. Con respecto a lo conductual se observa cierta torpeza en la motricidad fina, y en la carpeta escolar se observa pobre organización espacial y planificación ante la ejecución de las tareas.

En relación a las capacidades cognitivas el niño presenta un CI dentro de los parámetros normales que coincide con el criterio D del DSM IV.

Esteban es un niño que a primera vista impresiona por ser tímido y reservado en un ambiente con personas desconocidas. Sin embargo, cuando se siente desinhibido y en confianza es totalmente diferente, mostrándose como un niño verborágico y plenamente inquieto. La madre señala que en situaciones así Esteban “parece estar enchufado.” En la sesión previa a la incorporación de la tesista como observadora, la terapeuta informó a Esteban los posibles beneficios que podrían implicar su participación (por ejemplo, estimular el contacto visual con una persona desconocida).

Según información extraída de la historia clínica, la madre de Esteban referencia al mismo como “un niño muy independiente, al que no le gusta jugar con otros niños, es que es muy listo,

ha aprendido a leer solo". Según Valdez (2005) en la mayoría de los casos de SA los síntomas suelen acompañarse de un buen potencial cognitivo y con capacidades excepcionales en algunas áreas, factores que dificultan la interpretación de los síntomas de forma global.

En relación a lo académico, Esteban asiste a 5º grado en un colegio privado situado en la zona de Garín. Su rendimiento académico es muy bueno y obtiene altas calificaciones. La maestra de grado informó que si bien el niño obtenía altas notas curriculares, su comportamiento evidenciaba serios problemas de atención en el aula. Como se ha indicado, la derivación al primer tratamiento fue producto de estas complicaciones. Asimismo, en el colegio señalaron que Esteban toca todo lo que tiene a su alrededor, (conducta que también fue observada en el consultorio) y no acepta que le digan que no. Posee una lábil atención, se distrae con facilidad y en ocasiones se lo observa ausente y absorto en sus pensamientos.

5.3. Estrategias para el entrenamiento de las habilidades sociales

El segundo objetivo específico pretende describir las estrategias empleadas en el consultorio para el entrenamiento de las habilidades sociales del niño. Monjas Casares (1993) ha definido a las habilidades sociales como aquellas conductas o destrezas sociales específicas necesarias para llevar a cabo una tarea de índole interpersonal de manera competente. El entrenamiento en habilidades sociales, como han señalado Ballestar y Gill Llario (2002), tiene como finalidad mejorar la actuación social del paciente. El no aprender las habilidades sociales adecuadas puede llevar o agudizar el aislamiento, sentimientos de soledad, frustración, rechazo y baja autoestima, tal como ha indicado Patrick (2008).

Antes de comenzar el desarrollo de las sesiones es importante mencionar un factor trascendente observado durante las mismas: el rol familiar. Se ha advertido que las habilidades son aprendidas, de modo que el entorno del paciente es decisivo para el proceso de aprendizaje (Monjas Casares, 1993). Según Attwood (2000), la participación de la familia es un factor clave para la evolución del tratamiento. En efecto, la familia es importante, dado que como destaca Vargas (2005), el objetivo es reducir las tensiones que puedan surgir de la convivencia con el hijo que padece SA y lograr que puedan apoyar al niño de la mejor manera posible.

Según relata la psicóloga en la entrevista, la familia siempre manifestó gran predisposición y compromiso, cumpliendo con las indicaciones realizadas por ella. Por ejemplo, la psicóloga le pidió a los padres de Esteban que lo inscribieran en un grupo de actividades donde se encuentren niños de su edad, fuera del ámbito educativo. La madre, aún cuando el niño presentaba resistencia, lo anotó y llevó a todas las jornadas del grupo de *scout*. Otra de las actividades

realizadas por el grupo familiar, específicamente por la madre, fue el desarrollo de apoyos visuales (Grey, 2004).

Con respecto a las intervenciones familiares específicas, según relató la psicóloga, se les solicitó a los padres de Esteban que cuenten con una maestra integradora porque si bien el niño tiene un CI alto y posee buenas calificaciones, sería beneficioso para trabajar en grupo de pares durante el recreo. Además, la psicóloga les solicitó que inscribieran al niño a alguna actividad deportiva. En un primer momento lo llevaron a natación, pero al ser una actividad solitaria no podría desarrollar sus habilidades en el plano social. En consecuencia, los padres decidieron anotarlo en fútbol en donde las clases las impartían profesores especializados en discapacidad. Esteban asistió un tiempo a estas clases, pero por problemas de horario de su madre, tuvo que dejar de ir. Como el fútbol le aburría, Esteban comenzó en un grupo de *scouts*, donde su padre coordina un taller. También concurrió a catequesis hasta que tomó la Primera Comunión.

La terapeuta también orientó a los padres para que Esteban se relacionara más con otros niños. Les indicó que inviten a más amigos a su casa o que lo llevaran a cumpleaños y les planteó otras intervenciones, como la ampliación de red de amigos. Asimismo, implementó estrategias de terapia narrativa: cómo me veo, autoconfianza, espejo y estructural y se trabajó en el refuerzo de límites. Cabe destacar que la terapeuta buscó temas de interés para que el niño se sintiera motivado y confiado. Los temas elegidos generalmente hacían referencia a juegos de computadoras, principal interés del niño.

En las primeras sesiones de Esteban, la psicóloga comenzó a trabajar específicamente con los problemas atencionales, centrándose en generar una conexión empática con el paciente. Luego, incorporó como estrategia el desarrollo de habilidades sociales, dado que estas conforman el conjunto de conductas que son aprendidas por el paciente y que le permitirán interactuar y relacionarse con los demás (Monjas Casares & González, 2000). El recorte que desarrolla este trabajo hace referencia específicamente a las sesiones enfocadas en lo social, ya que las personas con SA poseen grandes dificultades en la competencia social y, como ha indicado Barnhill (2002), el mayor desafío de ellos es enfrentarse al mundo social.

Los días jueves Esteban concurría a terapia acompañado por su madre, que habitualmente mostraba una postura amable, predispuesta y de entrega hacia la terapeuta, por ejemplo, siempre ingresaba saludando de manera educada. El niño asistía a terapia luego de concluir su jornada escolar. Se presentaba con el uniforme y su mochila y sabía que al sentarse con la terapeuta debería mostrar su carpeta, cuando ella lo solicitara, para evaluar juntos los logros semanales.

El entrenamiento de habilidades sociales constó de 12 sesiones de una hora de duración a lo largo de cuatro meses, realizando aproximadamente tres sesiones al mes. Estas sesiones se

realizaron en el Centro Médico donde se realizó la práctica, algunas trascurrieron en el consultorio de la terapeuta y otras en la sala de terapia ocupacional. En el consultorio había una mesa y sillas para los pacientes, pizarra y un mueble con juegos didácticos. En la sala de terapia ocupacional había hamacas, escaleras, juegos de madera, mesa y sillas, un pelotero pequeño con varias pelotas de colores que se utilizan para diversos juegos y una pelota enorme que llamaba la atención de Esteban cada vez que se realizaba la actividad allí.

A partir de aquí, se realizará una descripción densa de las sesiones y los objetivos establecidos por la terapeuta para las mismas. Dichos objetivos han sido extraídos de la clasificación que propone Monjas Casares (2004) sobre las habilidades sociales que deben ser incluidas en un programa.

El objetivo de la primera, segunda y tercera sesión programada con el paciente consistió en el entrenamiento en habilidades básicas esenciales para poder relacionarse con los demás y que sirvieran también de soporte antes del aprendizaje de habilidades más complejas. El trabajo realizado pretendía enseñar al niño cómo relacionarse con otras personas, en principio en un contexto terapéutico, para luego ser trasladado a un contexto social. De modo que la adquisición de estas habilidades básicas sería el punto de inicio de la interacción social. Attwood (2002) menciona que los programas de habilidades sociales ponen el foco en la adquisición de destrezas en conversación, lectura e interpretación del lenguaje corporal, la comprensión de la perspectiva de los demás y las habilidades de amistad. Por ello, se buscó entrenar al niño en habilidades tales como saludar al llegar a un lugar, sonreír ante la sonrisa de los demás, presentarse a sí mismo, hacer favores y demandas, entre otras normas de cortesía y amabilidad. Se esperaba que estas primeras sesiones sirvieran de base para el resto, puesto que conceptos y prácticas que fueran aprendidas en ellas se repetirían a lo largo de las demás.

En la primera sesión llevada a cabo en el consultorio, la terapeuta presentó a Esteban con la tesista, y le indicó a ella que se presentara, dijera su nombre, su edad y algo que le gustara. Seguidamente, le indicó a Esteban que se presentara, sin embargo, el niño quedó inmóvil, mirando un póster de letras colgado al lado del escritorio de la terapeuta. En ese primer contacto, el niño no saludó ni miró a la tesista, por lo que la terapeuta le indicó que es cordial saludar y que él la conocía por haberla visto en la sala de espera. La terapeuta descolgó el póster y comenzó a explicarle por qué es importante presentarse y la información que se debe dar, pero el niño se negó a registrar la presencia de la tesista. El objetivo de la terapeuta era que mediante el modelado Esteban lograra incorporar pautas sociales mínimas esperables, como es por ejemplo saludar. Tal como señala Pérez (2000), el modelado es el aprendizaje por imitación que ha demostrado ser un método de enseñanza muy eficaz para niños y adolescentes.

A continuación, la terapeuta invitó a Esteban a que seleccionara un juego y el niño seleccionó un juego de maderas conocido como “yenga”. La terapeuta le indicó que debía invitar a jugar a la tesista, frente a lo cual el niño respondió nuevamente con indiferencia.

La sesión tuvo una duración de 30 minutos, durante los primeros quince Esteban continuó sin dar cuenta de la presencia de la tesista. La terapeuta le explicó que hasta que no invitara a participar a la tesista, ella no permitiría que jueguen solos. También le pidió que muestre la carpeta y cuente alguna novedad semanal. Al término de la sesión, Esteban saludó a la terapeuta que le solicitó que saludara a la tesista, sin embargo no lo hizo. En la entrevista realizada a la psicóloga, ella explicó que el niño presentaba numerosos déficit sociales básicos, como no mirar, no demostrar comprensión empática, no poder relacionar el contexto con la emoción (por ejemplo, en ningún momento Esteban modificó la expresión de su rostro), que remiten a la descripción realizada por Attwood (2002).

En la segunda sesión, Esteban ingresó al consultorio y sin que la terapeuta lo indicara saludó cordialmente a la tesista, lo que demuestra un aprendizaje. La terapeuta invitó a Esteban a seleccionar un juego y este eligió nuevamente el “yenga”. No obstante, en esta oportunidad Esteban aceptó que la tesista participara del juego, aunque sin hacer contacto visual. Mientras jugaba, comenzó a charlar y a contar lo que hizo en la semana, por ejemplo, que había comenzado a ir a un grupo de *scout* porque su madre le había dado a elegir entre *scout* y fútbol, y como no le gusta el fútbol prefería ir a *scout* aunque le parecía aburrido.

En la tercera sesión, la terapeuta había previsto con la tesista que cuando Esteban dijera que le aburrían los cumpleaños, ella señalara que le pasaba lo mismo. Frente al comentario de la tesista, el niño se sorprendió y si bien no le preguntó por qué, fue un desencadenante positivo para la siguiente sesión. Teniendo en cuenta los conceptos de Valdez (2007), las personas con SA pueden tener diferentes competencias sociales que dependen de la personalidad de cada uno, ya que pueden ser más tímidos o más desinhibidos. Por ello, a pesar de que todas las personas que padecen SA poseen alteraciones en el plano social, algunos tienen más motivación que otros por las relaciones sociales que han establecido, lo que favorece el aprendizaje de habilidades sociales (Valdez, 2007).

En la entrevista realizada a la terapeuta sobre el lenguaje particular de Esteban, la terapeuta relató que el niño presenta un lenguaje monocorde, con un tono bajo y muy formal. Tal como menciona Valdez (2005), en el discurso de una persona con SA puede existir una falta de variación en el ritmo, la entonación y el énfasis en la melodía del habla.

En la cuarta, quinta, sexta y séptima sesión programada con el paciente el objetivo a trabajar fue el entrenamiento en habilidades conversacionales necesarias para establecer,

mantener y finalizar una comunicación con otra persona. Tallis (2008) ha indicado que las personas con SA presentan una inadecuación en la competencia pragmática y que tienen serias dificultades para poder llevar a cabo una comunicación adaptada adecuadamente al contexto. Por tal motivo, la intención fue enseñarle a Esteban cómo mantener un diálogo con otra persona sobre una temática concreta; enseñarle a dominar habilidades para el inicio, mantenimiento y finalización de una conversación; como así también cómo unirse a una conversación ya en curso, conversar en grupo de personas y respetar los turnos de palabra. Como se ha visto en los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Comunicación Social según DSM 5, estas constituyen deficiencias del uso social de la comunicación verbal.

En la cuarta sesión, la terapeuta le preguntó a Esteban cuáles eran las novedades de la semana y él contó que había aprendido a hacer nudos en *scout*. En ese momento, la tesista le comentó que también era *scout*, lo que motivó un cierto interés por parte de Esteban. En la actividad de hacer nudos, la tesista advirtió que era la primera vez que compartían el espacio. La terapeuta planificó seguir con los objetivos para lograr la generalización de habilidades aprendidas.

En la quinta sesión, como ocurría en todas las sesiones, la psicóloga le pidió a Esteban que cuente las novedades de la semana. Ella sabía que en el colegio habían realizado un *picnic* por el día de la primavera, porque la maestra del niño le había informado de la actividad en una comunicación previa. Sin embargo, Esteban comenzó a contar detalladamente sobre un nuevo juego de computadora que había descargado, sin hacer mención al *picnic*. Cuando la psicóloga volvió a preguntarle si había alguna otra novedad de la escuela, Esteban dijo “ninguna, igual de aburrido que siempre.” La terapeuta le consultó si había compartido con el hermano el nuevo juego, el niño respondió "no soy de prestar mis cosas". La terapeuta planificó actividades próximas relacionadas a resolución de conflictos interpersonales, que promovieran la adquisición de estrategias de flexibilidad que ayuden a enfrentarse a problemas cotidianos.

A la sexta sesión Esteban no concurrió por sentirse enfermo.

En la séptima sesión se abordó el tema del cumpleaños de Karina, la mamá de Esteban. En esa oportunidad, la tesista pudo participar activamente de la conversación y le preguntó al niño qué le había regalado a su madre y si le habían organizado un festejo. Frente a esta intervención, Esteban le señaló “pero si a vos no te gustan los cumpleaños”, recordando el comentario vertido por la tesista en la tercera sesión.

En la octava y novena sesión programada con el paciente se pretendía trabajar en el entrenamiento en habilidades de juego para establecer relaciones sociales con sus pares, pero como el paciente no asistió, la observación no pudo ser realizada. El trabajo pretendía enseñarle

cómo mantener un juego participativo con otros niños, dado que como han señalado Iglesias y Oliver (2008), esto mejora la calidad y la frecuencia del juego, como así también la frecuencia y la duración de las actividades comunales. Para ello, Esteban debería aprender a dominar habilidades para acercarse a los demás, hacer invitaciones al juego, participar siguiendo normas, adaptarse al juego de otros y ser imaginativo y creativo. La idea era poder enseñarle y facilitarle un repertorio de estrategias en habilidades sociales que lo ayudara a enfrenar situaciones sociales y a poder actuar sobre ellas (Attwood, 2002). Esta actividad pretendía brindarle un espacio de aprendizaje y ensayo en un contexto terapéutico, a fin de generar intercambios espontáneos surgidos de la dinámica grupal. Asimismo, la intención era ensayar conductas cotidianas dentro de una situación controlada por terapeutas que implementan una diversidad de intervenciones para modelar las conductas más adecuadas socialmente.

El objetivo de las sesiones 10 a 12 residió en el entrenamiento en habilidades emocionales, con la finalidad de que el paciente reconociera sus propias emociones al momento de experimentarlas y sepa cómo expresarlas a los demás. Asimismo, se intentó que Esteban reconozca emociones en los demás a través de sus expresiones faciales. La expresión y el reconocimiento de emociones juegan un papel fundamental en las relaciones sociales, por lo que el entrenamiento en las mismas puede mejorar la calidad de los vínculos sociales que establezca el niño, como ha señalado Vargas (2005).

En la décima sesión, como Esteban había estado de vacaciones, la terapeuta le pidió que cuente qué actividades había realizado en familia. El niño respondió “nada en especial”, pero la terapeuta insistió: “¿pero fuiste a la costa y no fuiste a los juegos?” Esteban con su verbosidad característica comenzó detallar minuciosamente los juegos a los que había jugado, en cuál había ganado, cuál era nuevo o viejo. Como menciona Valdez (2007), los estímulos visuales captan mejor la atención y el interés de las personas dentro del TGD.

Luego del relato sobre las vacaciones, la psicóloga comenzó a mostrarle diferentes tarjetas con caras de emociones simples: contento, enojado, triste, asustado. Se las mostraba una por una y las acompañaba con una expresión exagerada de su rostro. El objetivo del reconocimiento de las emociones básicas fue parcial, Esteban reconoció “enojado” y “contento”, para el resto de las emociones (como asustado y triste) necesitó ayuda de la terapeuta. Borreguero (2004) considera que esta capacidad de poder trabajar sobre la expresión emocional permite un cierto grado de control sobre el mundo social externo.

En la duodécima sesión Esteban contó que había asistido a un campamento del grupo de *scout*, pero que no fue invitado a quedarse a dormir. La terapeuta se sorprendió y le preguntó los motivos, a lo que el niño respondió que a la tarde, cuando estaban armando las carpas, el se sentía

aburrido, comenzó a correr y cayó sobre una carpa. Los coordinadores llamaron a su madre para decirle que no podían controlarlo y ante el compromiso de ella de que se portaría bien, logró quedarse hasta la tarde-noche, pero no a dormir. En esta sesión se trabajó cómo le gustaría que lo traten, a través del desarrollo de conceptos como respeto y amabilidad. Para desarrollar esas habilidades se utilizó el modelado (Pérez, 2000).

5.4 Cambios producidos en las habilidades sociales en el transcurso del tratamiento.

El tercer objetivo específico del trabajo pretende describir los cambios producidos en las habilidades sociales en el transcurso del tratamiento. De los datos recabados en las planillas de observación de las sesiones se detecta que Esteban logró desarrollar positivamente las habilidades básicas de interacción social, pero es un camino al que le falta mucho recorrido. Si bien muestra una actitud positiva hacia el otro al, por ejemplo, saludar luego de varias sesiones de trabajo, aún transcurridas las 10 sesiones presenciadas por la tesista, el niño no pudo realizar una presentación detallada de sí mismo, mencionando solo su nombre. Por otro lado, en algunas oportunidades hizo contacto visual durante una conversación, lo que demuestra que suele prestar atención a su interlocutor. Durante la interacción, demostró cortesía, y aunque haya temas de conversación que pueden llegar a irritarlo, tiene la capacidad de controlarse ante esos sentimientos no deseados.

También se considera un desarrollo positivo en cuanto a las habilidades conversacionales. A partir de lo aprendido en las sesiones terapéuticas, Esteban puede iniciar una conversación, mantenerla y terminarla, al igual que puede adecuarse a las charlas ya iniciadas de los demás, lo que indicaría interacciones efectivas. No obstante, en algunas ocasiones no es capaz de respetar los turnos de conversación cuando la misma trata temas de su interés. Esto obstaculiza el diálogo, ya que Esteban busca dominarlo, por lo tanto requiere de una orientación más concreta en esas conductas específicas, para que las interacciones sean realmente efectivas.

Algo similar se observa en las habilidades de juego, que si bien no pudieron observarse en interacción con niños de su edad, se observó a lo largo del tratamiento. Esteban no puede tomar la iniciativa para invitar a alguien a jugar, demuestra poca tolerancia a la frustración y una actitud competitiva que dificulta situaciones lúdicas y de intercambio satisfactorias. No obstante, cuando se trata de juegos de su interés, puede compartirlos, característica que señala Tallis (2008) en pacientes con SA.

A lo descrito anteriormente, hay que agregar su déficit en las habilidades relacionadas con las emociones, en las cuales no se logró una evolución. Si bien puede reconocer sus sentimientos propios, no puede expresarlos ni responder de modo empático ante los sentimientos

o problemas de los demás, así como tampoco puede mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados, lo que provoca que responda de modo inadecuado a las burlas.

Lo mismo ocurrió con las habilidades de negociación y resolución de problemas y conflictos, en los que puede advertirse un déficit en la función ejecutiva, no siendo capaz de reconocer los problemas interpersonales y, consecuentemente, considerar las alternativas de solución (Patrick, 2008). Por lo tanto, no logra disponer de la información almacenada proveniente de situaciones similares, y utilizarla de modo significativo, característica que deriva de su inflexibilidad de pensamiento y dificultad para la generalización.

En la dimensión física de calidad de vida, se considera que Esteban tiene una percepción subjetiva positiva de su estado de salud general. Su postura es distendida y no se observan movimientos extraños al caminar.

En la dimensión psicológica, Esteban manifiesta una estima personal positiva, que puede ser considerada algo elevada en la caracterización que hace de sí mismo a nivel anímico “superior al resto, importante”, lo que seguramente conlleva dificultades a nivel social. Esteban es independiente en las acciones e inclusive es capaz de reconocer cuando es necesario pedir ayuda.

En la última dimensión de calidad de vida, la social, debido a las habilidades básicas de interacciones aprendidas y desarrolladas, Esteban pudo lograr un buen desenvolvimiento social al momento de presentarse con una persona desconocida. No ocurre lo mismo cuando debe mostrar su competencia social en una conversación, tanto con pares como con adultos, de modo que el indicador de entablar diálogo con los demás es negativo. Aunque participa de actividades lúdicas y de ocio, Esteban tiene un rol más pasivo y centrado en el desarrollo de la actividad y no en el establecimiento de una relación. Como se ha destacado anteriormente, presenta inflexibilidad de pensamiento y dificultad para expresar sus sentimientos, lo que obstaculiza la reciprocidad emocional, implicando directamente la capacidad para respetar las opiniones propias y ajenas, porque no considera ni comprende la existencia de distintas alternativas para una misma situación, tal como ha destacado Patrick (2008).

Lo analizado a partir de las observaciones en los indicadores de establecimiento de relaciones estables y de entablar diálogo con los demás coincide con lo aportado en la encuesta por la terapeuta. En los indicadores de respeto por las opiniones ajenas y participación en actividades lúdicas, sistematizándose como positivo y negativo respectivamente, Esteban ha desarrollado favorablemente sus habilidades básicas para la interacción. Dentro de su repertorio conductual se encuentran saludar apropiadamente y darse a conocer a sí mismo y a sus compañeros de grupo, con datos claros, adecuados y precisos. Acompaña el intercambio con una sonrisa para demostrar aceptación y disfrute, hace contacto ocular para indicar interés, y utiliza

palabras de cortesía. Estas habilidades le permiten iniciar una conversación o responder a la iniciativa de otra persona, unirse a conversaciones ya iniciadas y terminar el diálogo en forma amistosa. Como ya se ha señalado, comprende la comunicación no verbal y utiliza algunas expresiones faciales, aunque su lenguaje corporal sea escaso, que se refleja también en la encuesta a los padres, consignada bajo la dimensión social de la calidad de vida.

En cuanto a la capacidad para resolver problemas, Esteban no presenta dificultades para resolver situaciones problemáticas en las que no se ve involucrado, pero sucede lo contrario en los conflictos interpersonales, ya que no es capaz de manejarlos adecuadamente. Por medio del diálogo y la comprensión empática, la terapeuta reafirma en la encuesta que el niño “no siempre comprende el conflicto. No se pone en el lugar del otro”, como dos conductas que considera inapropiadas. Esta incapacidad provoca inconvenientes en la interacción social, como ha advertido Tallis (2008). Esteban reconoce e identifica con las expresiones faciales correspondientes las emociones de felicidad y enojo, y distingue qué pensamiento las puede provocar, pero no logra hacerlo con el resto de los sentimientos.

El último indicador de esta dimensión, la independencia en las acciones, se analiza como positiva, ya que las respuestas de Esteban y de sus papás son congruentes, y se destaca la autonomía del niño para la realización de actividades diarias y la capacidad de solicitar ayuda cuando es necesario.

6. CONCLUSIONES

El objetivo del Trabajo de Integración Final fue describir el entrenamiento en habilidades sociales de un niño de 10 años diagnosticado con SA bajo el lineamiento de intervenciones en TCC. Las intervenciones fueron realizadas específicamente sobre las habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones básicas de interacción social y conversacional. Estas se encuentran interrelacionadas y se presentan dentro de las tres principales características de los niños con SA.

La confirmación del diagnóstico de SA dio inicio a un arduo camino para el niño y la familia, en donde la terapeuta se transformó en una “guía”, por un lado, para que la familia aceptara el diagnóstico y, por el otro, al determinar los pasos a seguir en el tratamiento. Eso resulta central dado que, como ha señalado Attwood (2000), conocer las características y las implicaciones psicológicas del SA constituye un punto de partida obligatorio para que la intervención sea eficaz en el ámbito educativo, sanitario y psicosocial.

Como se ha visto, una de las principales dificultades en el diagnóstico del SA es que no existe ningún marcador biológico válido, por lo que el diagnóstico se establece en base a una

observación de la conducta. Esto tampoco resulta simple, dado que existe un abanico de manifestaciones entre las distintas personas afectadas y, además, los síntomas tienen diversas evoluciones temporales (Vargas, 2005). Esteban inició su recorrido por los distintos especialistas (fonoaudióloga, psicóloga y neurólogo) a causa de ciertas conductas que fueron interpretadas como “anormales” por los docentes de la escuela a la que asiste: tono de voz peculiar y lenguaje neutro, fallas de denominación, problemas de atención y dificultades de socialización, características de pacientes con SA (Attwood, 2000).

El diagnóstico de SA no fue automático, por el contrario, requirió de una observación minuciosa de la terapeuta que finalmente determinó que el niño presentaba características que coincidían con los criterios A, B y D de SA establecidos en DSM IV. Las características más significativas observadas en Esteban refieren a sus escasos recursos para interpretar señas sociales y lenguaje no verbal, lo que a su vez, deriva en fallas en su lenguaje pragmático; carencia de interpretación de emociones; problemas conversacionales; excesiva literalidad; lábil atención; interés absorbente por los juegos de computadora; rituales estrictos; alteraciones en la psicomotricidad; problemas para establecer relaciones sociales y un CI dentro de los parámetros normales.

Como las personas con SA poseen déficit de la interacción y competencia social, las intervenciones terapéuticas apuntan a que paulatinamente comiencen a desarrollar sus habilidades sociales. Las mismas son relevantes dado que, como ha destacado Valdez (2007), constituyen herramientas básicas para las relaciones de cualquier individuo. Por tal motivo, las personas con SA deben iniciar ese aprendizaje lo antes posible para optimizar su calidad de vida y también, como han señalado Ballestar y Gil Llario (2002) para mejorar su actuación social.

Las estrategias de intervención psicológica y educativa deben adaptarse a las particularidades del individuo ya que, como se ha indicado, el SA se expresa distinto dependiendo de cada persona. En el caso de Esteban, la terapeuta puso en marcha una serie de estrategias para el entrenamiento de las habilidades sociales del niño, tras evaluar cuidadosamente sus necesidades específicas y con el fin de otorgarle el tratamiento más adecuado. Cabe destacar la utilidad de las intervenciones en el caso de estudio presentado. Esto es muy importante, dado que el trastorno nuclear del SA se centra en un déficit de la interacción social que dificulta que la persona con esta patología pueda empatizar con el profesional. La terapeuta logró desarrollar un vínculo de confianza y empatía con Esteban, consiguiendo que este se sintiera tranquilo y colaborara durante el tratamiento, lo que en consecuencia trajo aparejados cambios significativos en él.

Se considera que las estrategias empleadas por la terapeuta fueron pertinentes. Estas comenzaron por el aprendizaje de habilidades básicas (saludar al llegar a un lugar, sonreír ante la sonrisa de los demás, presentarse a sí mismo, hacer favores, entre otras normas de cortesía y amabilidad) hasta llegar a otras más complejas (como el entrenamiento en habilidades conversacionales). La intención de esta última fue enseñarle a Esteban a mantener un diálogo sobre un tema determinado, a dominar habilidades para el inicio, mantenimiento y finalización de una conversación, aprender a unirse a una conversación en curso, conversar en grupo y respetar los turnos. Esto resulta relevante, dado que los pacientes con SA presentan una inadecuación en la competencia pragmática y les resulta difícil establecer una comunicación de manera apropiada (Tallis, 2008).

Lamentablemente Esteban no asistió a las sesiones enfocadas en trabajar en el entrenamiento en habilidades de juego para establecer relaciones sociales con sus pares, lo que hubiera sido revelador para observar el trabajo terapéutico y la adaptación del niño a nuevas pautas.

En referencia a la generalización de las conductas aprendidas, si bien los cambios llevan mayor tiempo para que el paciente pueda generalizar las conductas trabajadas en las sesiones de entrenamiento y pueda aplicarlas en situaciones sociales de manera espontánea, se observó en Esteban un desarrollo positivo en las habilidades sociales básicas de interacción social, principalmente en saludar y mirar a los ojos. No obstante, es un camino al que aún le falta mucho recorrido. Por su parte, las habilidades de conversación se mantuvieron, aunque se observaron cambios en la resolución de problemas interpersonales, principalmente en las elecciones de soluciones adecuadas y su realización en diferentes contextos.

En síntesis, se considera positivo su desarrollo en cuanto a las habilidades conversacionales y de juego (por ejemplo, después de algunas sesiones logró saludar a la tésista sin que la terapeuta se lo indicara y participó en juegos con ella). Por el contrario, no se logró una evolución en las habilidades relacionadas con las emociones, ni en las habilidades de negociación y resolución de problemas y conflictos.

Durante las diferentes sesiones presenciadas pudo apreciarse el contraste con las estrategias terapéuticas convencionales y, en paralelo, pudo observarse la actuación profesional de la psicóloga desde distintos lugares terapéuticos: como observadora de conductas y como entrenadora de nuevas habilidades sociales y de comunicación. Pero, principalmente, como intérprete de la conducta del niño, lo que le permitió analizarla y diseñar las herramientas más adecuadas con el fin de enseñárselas para que lograra una mejor adaptación al medio social. En este sentido, resultó ser de gran interés detectar que, si bien las personas con SA presentan

características típicas dentro de su cuadro sintomático, el trabajar con las características y la individualidad de la persona, y el centrarse no solamente en el síndrome sino también en ella, produce resultados satisfactorios para el paciente.

A lo largo de la práctica también pudo observarse la complejidad de trabajar en el campo de la discapacidad en salud mental, y fundamentalmente con personas que están dentro del TGD, debido a la dificultad que presentan en el plano social y cognitivo. El relacionarse con personas que presentan TGD es muy diferente a las relaciones que se presentan con personas sin patologías. En cada sesión se confronta la tolerancia a la frustración personal y la aceptación de que cada paciente requiere de un tiempo de adaptación y de aceptación de cambios, como es la participación de un coterapeuta.

Entre las principales limitaciones del trabajo puede mencionarse la ausencia de Esteban a las tres sesiones de juego en grupo señaladas con anterioridad, que hubieran sido enriquecedoras para observar la totalidad del entrenamiento.

Otra complicación fue el cambio de DSM IV a DSM 5. Si bien el diagnóstico de Esteban y su tratamiento fue realizado en función de SA, actualmente es tratado por Trastorno de Comunicación Social, que no se encuentra dentro de trastornos de neurodesarrollo como autismo, sino que se encuentra en trastornos de lenguaje. La tríada de alteraciones complica la comunicación con personas que sufren estos trastornos, experimentándose muchas dificultades para recibir un *feedback* por parte de ellos. Por tal motivo, se considera que los terapeutas que se dediquen a esta problemática deberán ser profesionales especializados y con una gran capacidad de creatividad para llevar adelante el tratamiento más adecuado. Abordar este trabajo ha supuesto un gran esfuerzo tanto personal como profesional, en parte debido a la escasa información existente sobre el cambio de DSM IV a DSM 5. En efecto, se había comenzado considerando la equivalencia con TEA, sin embargo, al realizar la consulta con la terapeuta su explicación detallada de los motivos por los cuales se considera Trastorno de Comunicación Social motivó la modificación del enfoque del trabajo.

La realidad de las personas con SA hace necesario plantear una intervención específica que cubra sus singulares necesidades. También resulta central la necesidad de formación específica de psicólogos clínicos y escolares, y médicos que facilitarían el tratamiento de esta patología. Asimismo, desde el ámbito estatal, es importante seguir formulando políticas públicas que faciliten los medios económicos y asistenciales para las familias, como crear viviendas de apoyo y trabajos con contención a futuro. Esto brindaría la posibilidad de apuntar a una verdadera autonomía funcional de las personas con TGD, ya que se requiere del apoyo de los demás contextos en los que las personas se desempeñan a diario para que la generalización de

habilidades sociales sea efectiva y el entrenamiento sea exitoso.

Por otro lado, se considera que continuar ampliando los espacios terapéuticos de interacción con personas que se encuentran dentro de los parámetros de la “normalidad” (adolescentes, adultos, niños) sería de gran ayuda cognitiva y emocional para las personas con TGD. Para ello resulta fundamental la creación de un sistema o una red de contención para que los adolescentes y adultos con SA tengan una organización que pueda insertarlos en el campo laboral y social y, de este modo, brindarles la contención necesaria tanto a ellos como a sus familias.

En el caso de Esteban, se considera que una visita de la terapeuta a la institución escolar a la que asiste el niño podría haber sido un gran aporte para el tratamiento, ya que si bien la maestra incorporó las pautas establecidas por la psicóloga a lo largo de la intervención terapéutica, parecía no terminar de entender la patología de Esteban. Esta aparente falta de comprensión del SA, a la larga podría constituir un problema que obturaría un mejor desarrollo de las habilidades del niño en el ámbito escolar y en el plano de la sociabilidad.

Como aporte personal, la práctica contribuyó a eliminar prejuicios sobre la sensibilidad que podría ocasionar trabajar en clínica con pacientes que sufren diversas patologías, especialmente con personas con discapacidad. Las distintas teorías adquiridas a lo largo de la carrera constituyeron un aporte fundamental al momento de la práctica, ya que me permitieron contar con sólidas herramientas para brindarle lo mejor a esta experiencia.

Para finalizar, la realización de este trabajo ha supuesto un reto personal y profesional, dado que la reflexión y el pensamiento creativo han estado presentes en todo momento. De igual modo, la práctica ha aportado un entrenamiento de carácter formativo que contribuyó a una mejora como profesional encargada de dar respuesta a las necesidades terapéuticas que presenten futuros pacientes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, Estados Unidos: APA.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª Ed.)* Arlington, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.

Artigas, J. (2005). Aspectos neurobiológicos del Síndrome de Asperger. En E. García Vargas & R. Jorreto Lloves (Eds.) Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas I Jornada Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger. (pp. 8-24). Sevilla, España: Asociación Asperger Andalucía.

Asociación Española de Psiquiatría del niño y del Adolescente (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Attwood, T. (1998). *Asperger's syndrome: A guide for parents and professionals*. Londres, Inglaterra: Jessica Kingsley Publishers.

Attwood, T. (2002). *Síndrome de Asperger: Una guía para padres*. Barcelona, España: Paidós.

Ballester, R. & Gil Llario Maria, D. (2002). *Habilidades Sociales*. Madrid, España: Síntesis.

Barnhill, G. P. (2002). *Right address... wrong planet. Children with Asperger Syndrome becoming adults*. Shawnee Mission, Kansas, Estados Unidos: Autism Asperger Publishing. ISBN: 1931282021.

Borreguero, P. (2004). *El Síndrome de Asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?* Madrid, España: Alianza Editorial.

Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (6ª Edición)*. Madrid, España: Siglo XXI.

Caballero, R. (2005). Comorbilidad y diagnóstico diferencial en el Síndrome de Asperger. En E. García Vargas & R. Jorreto Lloves (Eds.) Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas I Jornada Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger. (pp. 8-24). Sevilla, España: Asociación Asperger Andalucía

Canal, R. (1995). Deficiencias sociales severas. Autismo y otros trastornos profundos del desarrollo. En M. A. Verdugo (Dir.). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid, España: Siglo XXI.

Caputto, I. (2001). *Mis amigos y yo*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.

- 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. Barcelona, España: AAPC Publishing.
- Holguín, J. A. (2003). El autismo de etiología desconocida. *Revista de neurología*, 37(3), 259-266.
- Iglesias, M., y Olivar, J. S. (2008). Intervención socio-comunitaria en los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. *Revista de patología y psicopatología clínica*, 13(1), 1-19.
- Lord, C., & Jones, R. M. (2012). Annual Research Review: Re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 490-509. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02547.x
- Monjas Casares, M. (1993). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS). Madrid, España: CEPE.
- Monjas Casares, M. & González, B. (2000). Las habilidades sociales en el currículo (Serie Colección de Investigación, N° 146). Madrid, España: Secretaría General Técnica, Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- Monjas Casares, M. (2004). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid, España: CEPE.
- Patrick, N. J. (2008). Social skills for teenagers and adults with Asperger syndrome: a practical guide to day-to-day life. Londres, Inglaterra: Jessica Kingsley Publishers.
- Pérez, I. P. (2000). Habilidades sociales, educar hacia la autorregulación: conceptualización, evaluación e intervención. Barcelona, España: Horsori
- Rivière, A. (1996). Actividad y Sentido en Autismo. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Ruggieri, V. & Arberas, C. (2007). Trastornos generalizados del desarrollo: Aspectos clínicos y genéticos. *Medicina Buenos Aires*, 67(6.1), 569-585.
- Tallis, J. (2008). Síndrome de Asperger ¿Variación de la normalidad o discapacidad?. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Valdéz, D. (2005). Evaluación de competencias mentalistas y comunicativas sutiles en adolescentes y adultos con síndrome de asperger. En E. García Vargas & R. Jorroto Lloves (Eds.) Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas I Jornada Científico-Sanitaria sobre Síndrome de Asperger. (pp. 8-24). Sevilla, España: Asociación Asperger Andalucía. Valdez D. (2007). Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo. Barcelona, España: Aique.

Valdivia M. (2002). Manual de Psiquiatría Infantil. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Vargas, E. G. & Jorroto Lloves (Eds.) (2005). Síndrome de Asperger: un enfoque multidisciplinar. Actas I Jornada científico-sanitaria sobre Síndrome de Asperger. Sevilla, España: Asociación Asperger Andalucía. Winner, M. (2007). Pensando en ti, pensando en mí. *Journal Piense Publishing Social*, 34(120), 545-557. doi 10.4521/S0511-57351012000400008

Winner, M. (2008). Una mirada políticamente incorrecta en prácticas basadas en la evidencia y la enseñanza de habilidades sociales. *Revista Piense Publishing Social*, 35(110), 204-225. doi 10.3581/S0271-57451012600500004