

Facultad de Ciencias Sociales

Lic. en Psicología

Trabajo Final de Integración

*Taller de habilidades sociales en niños con
síndrome de Asperger*

Profesor tutor actuante: Dr. Manuel Rotman

Autor: Julieta García Díaz de Vivar –

Fecha de entrega: 20 de septiembre de 2011

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	4
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
Esquizofrenia, Autismo y Síndrome de Asperger	5
La aparición del concepto de esquizofrenia	5
Autismo infantil temprano	6
Los conceptos de Hans Asperger y el Síndrome de Asperger	6
Diferencias entre Esquizofrenia, trastorno autista y síndrome de Asperger a partir de las definiciones actuales de dichas patologías según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).	7
Características básicas del autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo	9
Criterios Diagnósticos específicos del síndrome de Asperger	9
Diferencia entre autismo de alto rendimiento y síndrome de Asperger	12
Comorbilidades	13
Teoría de la mente	14
Áreas de dificultad en relación con el síndrome de Asperger	16
Dificultades directamente relacionadas con la disfunción social del paciente con síndrome de Asperger	22
Los talleres de habilidades sociales como herramienta terapéutica	25
El Programa Específico de Entrenamiento en Habilidades Sociales de Painter 2006	25
<i>Metodología</i>	26
<i>Desarrollo</i>	27
El grupo terapéutico de habilidades sociales para niños varones diagnosticados con síndrome de Asperger: cuál es su dinámica y cómo se trabaja según el modelo cognitivo-conductual. ..	27
Descripción del taller de entrenamiento en habilidades sociales	28
Descripción de las intervenciones realizadas durante los encuentros	30
Sesión N°1 y N°2: tono de voz	30
Sesión N°3: iniciando conversaciones	32
Sesiones N°4, N°5 y N°6: mantener y finalizar conversaciones	34
Sesiones N°7, N°8 y N°9: responder ante las emociones del otro	35
Sesiones N°10, N°11 y N°12: cómo unirse a un grupo	37
Sesión N°13: ser un buen jugador	38
Sesión N°14: ser un buen jugador	40
Sesión N°15: ser un buen jugador	41

Evaluación del impacto que tiene en los niños el entrenamiento específico de la habilidad de ser un buen jugador	41
<i>Conclusiones</i>	43
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>.....	50
<i>ANEXO</i>	55

INTRODUCCIÓN

La Práctica y Habilitación Profesional se realiza en una institución de enfoque cognitivo especializada en el abordaje clínico de problemáticas en niños y adolescentes, dedicándose a su vez a la docencia y supervisión.

La práctica consta de 320 horas totales, distribuidas en 20 horas semanales realizando tareas dentro de la institución así como también en los consultorios particulares de los terapeutas que conforman el equipo.

Se realizan actividades como la asistencia al grupo de entrenamiento para padres con niños oposicionistas-desafiantes, observación de grupos de habilidades sociales para pacientes con síndrome de Asperger, observación de sesiones de terapia a padres con niños que presentan diversas patologías y un curso de formación en terapia cognitiva con niños y adolescentes que presentan trastornos externalizadores.

A su vez se presencian numerosos encuentros de índole informativa y de actualización en la disciplina .

El tema del presente Trabajo final Integrador surge a partir de la continua asistencia a los cursos de habilidades sociales para niños con síndrome de Asperger.

OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es:

- conocer cuál es la dinámica y cómo se trabaja en un grupo terapéutico de habilidades sociales para niños varones que han sido diagnosticados con síndrome de Asperger, según el modelo cognitivo-conductual.

Los objetivos específicos son:

- describir el taller de entrenamiento en habilidades sociales;
- describir las intervenciones realizadas durante los encuentros; y evaluar de acuerdo a la opinión de los padres si se producen cambios en las conductas de los niños a partir del entrenamiento específico de la habilidad de ser un buen jugador.

MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia, Autismo y Síndrome de Asperger

La aparición del concepto de esquizofrenia

Según Remschmidt (2001) para analizar históricamente el concepto de esquizofrenia, es necesario basarse en un contexto más amplio de la investigación acerca de las psicosis funcionales en su conjunto. Esta se ve complicada por los cambios muy frecuentes en la terminología.

Siguiendo al mismo autor, en 1860 Morel plantea el caso de un niño de 14 años con demencia prematura. A partir del comienzo de esta década, la locura en la infancia aparece regularmente en las publicaciones psiquiátricas, con referencias a condiciones similares a la psicosis; en ese entonces se aceptaba el concepto de que todas aquellas enfermedades que se presentaban en los adultos podían también aparecer en niños. Además de lo propuesto por Morel, a finales del siglo XIX aparecieron monografías respecto de la locura mental en niños y fueron descriptos otros síndromes psicóticos (como la hebefrenia y la catatonía en adolescentes, esta última produciendo deterioro terminal).

Según Remschmidt (2001), en 1919 Kraepelin agrupó estos síndromes psicóticos dentro del diagnóstico de demencia precoz; según este último, esta patología tenía una raíz orgánica cerebral y su curso llevaba al deterioro mental; también realizó una clasificación en subtipos: catatónica, hebefrénica, paranoide y simple, haciendo referencia, además, a su posible aparición precoz en la adolescencia.

Según Remschmidt (2001), Bleuler propone un concepto de esquizofrenia en 1911 que está centrado en un grupo de déficits psicológicos: trastornos del pensamiento, aislamiento social y aplanamiento afectivo; afirma, a su vez, que la esquizofrenia no es una psicosis de la pubertad, aunque en general se manifiesta poco después de esta última. Además agrega que aquellos pacientes diagnosticados con esta enfermedad presentan las mismas características que los adultos. Bleuler no creía que la enfermedad llevara inevitablemente a un deterioro.

Autismo infantil temprano

Según Remschmidt (2001) surgieron muchos problemas respecto del diagnóstico diferencial entre autismo y esquizofrenia a partir de la introducción del término *autismo infantil temprano* que realizó Kanner en 1943; él utilizaba esta descripción para hablar de ciertos síntomas considerados como psicosis, que ocurrían a los dos años de edad: la soledad extrema, los problemas de comunicación, la insistencia obsesiva y la fascinación por determinados objetos.

Mesibov, Shea y Adams (2002) exponen las tres características que Kanner identificó en los pacientes: uso de un lenguaje peculiar, aislamiento social y actividades restringidas y estereotipadas; planteó, además, que los niños tenían una inteligencia normal o superior, y no notó alteraciones neurológicas en los mismos. Él identificó como principal síntoma el déficit en las

actividades sociales.

Siguiendo a Remschmidt (2001), el inconveniente mayor apareció cuando Kanner especificó que la forma en que se manifestaba esta patología estaba tan relacionada con la esquizofrenia infantil que ambas se hacían casi indistinguibles entre sí.

Los conceptos de Hans Asperger y el Síndrome de Asperger

Attwood (2002) refiere que en 1944, un pediatra vienés llamado Hans Asperger identificó un patrón consistente en falta de empatía, escasa capacidad para entablar amistades, conversaciones unilaterales, concentración intensa en un interés particular y movimientos torpes, presentándose éste predominantemente en varones. Él utilizó la expresión *psicopatía autista* para definir lo que consideraba un trastorno de personalidad.

Según Mesibov et al. (2002), H. Asperger nunca aclaró si consideraba que el problema principal en estos pacientes era su déficit en las relaciones sociales. Detalló un particular problema que los niños presentaban en el uso del lenguaje que, junto con la singularidad de su mirada, componían para el pediatra una alteración en las expresiones necesarias para la interacción social.

Siguiendo a Mesibov et al. (2002), Asperger, al igual que Kanner, advirtió que los niños presentaban actividades e intereses estereotipados y repetitivos, tomándolos como una excusa de modo de evitar el contacto social con otras personas.

Gupta (2004) expresa que H. Asperger describe una condición similar a la anteriormente detallada por L. Kanner, haciendo mención sobre las particularidades del contenido y las formas del lenguaje de estos niños; además, realizó una descripción de la mirada de estos, remarcando su singularidad y la particularidad de que era dirigida al vacío y se centraba en los objetos o personas sólo fugazmente.

Gupta (2004) explica que en principio los profesionales confundían el término autismo con esquizofrenia; e incluso tomando en cuenta el hecho de que L. Kanner haya comentado acerca de las semejanzas entre el autismo y este trastorno, él siempre justificó la diferencia entre ambos en cuanto a la edad de aparición de ambos trastornos (mientras el síndrome de Asperger se encuentra presente desde el nacimiento, la esquizofrenia aparece luego de algunos años de desarrollo normal). Por otro lado, H. Asperger enfatizaba que más allá de que los niños que padecen ambos trastornos tienen una desconexión de las relaciones entre ellos mismos y el mundo exterior que los circunda, aquellos con esquizofrenia padecen de una desintegración progresiva, mientras los niños con síndrome de Asperger presentan el aislamiento social desde su nacimiento.

A partir de los planteos de Attwood (2002), en el año 1981 la Psiquiatra inglesa Lorna Wing fue la primera en utilizar el término síndrome de Asperger; ella describía en un artículo a un grupo de niños que presentaban las características que H. Asperger había definido en 1944 en su tesis doctoral.

Diferencias entre Esquizofrenia, trastorno autista y síndrome de Asperger a partir de las definiciones actuales de dichas patologías según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

La esquizofrenia se caracteriza por signos y síntomas positivos (se dan cuando existe una distorsión de las capacidades normales de una persona; incluyen ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento desorganizado o catatónico) y síntomas negativos (se produce una pérdida en las funciones normales del individuo; incluyen aplanamiento afectivo, falta de fluidez y productividad en el pensamiento y el lenguaje y problemas en cuanto a iniciar un comportamiento que persiga un objetivo).

Las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia.

Por otro lado, el niño con trastorno autista presenta un desarrollo marcadamente anormal de la interacción con otras personas y la comunicación con estas (esta característica se encuentra presente en forma continua en el tiempo), y un repertorio muy restringido de actividades e intereses. La alteración en la comunicación afecta tanto a lo verbal como a lo no verbal.

Comparando estas dos enfermedades puede decirse que, según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la esquizofrenia de inicio en la infancia aparece luego de meses años de desarrollo normal; la persona con trastorno autista, por el contrario, presenta características particulares desde su nacimiento. Por otro lado, únicamente si la persona diagnosticada con trastorno autista tiene alucinaciones o delirios durante por lo menos un mes, puede realizarse el diagnóstico adicional de esquizofrenia.

El síndrome de Asperger también se caracteriza por alteraciones graves y persistentes en la interacción social, y por el desarrollo en la persona de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y estereotipadas; la gran diferencia con el trastorno autista es que el niño con síndrome de Asperger no tiene retrasos en: el lenguaje, el desarrollo cognoscitivo, el desarrollo de las habilidades de autoayuda, el comportamiento adaptativo ni la curiosidad acerca del ambiente que sean significativos, tomando siempre en cuenta la edad de la persona.

Martin Borreguero (2004) asegura que a partir de algunos comportamientos que caracterizan al síndrome de Asperger como ser su estilo de comunicación, su juicio social deficiente y su idiosincrasia social, muchas veces hace que se confunda a este síndrome con el trastorno esquizofrénico.

Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial entre estas enfermedades y tener siempre en cuenta que si el paciente cumple los criterios para la esquizofrenia, no se lo diagnostica con síndrome de Asperger.

Características básicas del autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo

Actualmente en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se encuentran: trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger, y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Éstos se caracterizan por alteraciones en la interacción social, la comunicación y un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades.

Ochiai (2006) difiere del DSM IV, planteando que las personas diagnosticadas con alguno de los trastornos que se encuentra dentro de la categoría de TGD comparten cuatro características: poseen dificultades para establecer relaciones sociales con otras personas; encuentran obstáculos a la hora de utilizar o entender las formas de comunicación comúnmente utilizadas (como por ejemplo los gestos faciales); tienen inconvenientes en relación a actividades donde se requiera el uso de la imaginación; y poseen una fuerte tendencia a realizar actividades o mantener intereses restringidos.

Criterios Diagnósticos específicos del síndrome de Asperger

Según Molloy y Vasil (2004), el síndrome de Asperger fue incluido por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en el año 1994; el mismo se encuentra dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, [en el apartado](#) de Trastornos Generalizados del desarrollo.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) los criterios para poder diagnosticar a una persona con Síndrome de Asperger son los siguientes:

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

- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto

(3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)

(4) ausencia de reciprocidad social o emocional

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

- (1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
- (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o

movimientos complejos de todo el cuerpo)

(4) preocupación persistente por partes de objetos

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

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

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

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

Actualmente, en la [Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes CIE-10 \(2001\)](#), el síndrome de Asperger se encuentra dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo; éste se caracteriza por alteraciones en la interacción social, la comunicación y un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Según este manual, este diagnóstico debe descartarse si hay un retraso significativo en la adquisición del lenguaje o en el desarrollo cognoscitivo.

Según Gupta (2004) debido a que hay muchos tipos de autismo, que se encuentran determinados según cuál es el tipo de conducta predominante y qué tan grave es su manifestación, han propuesto el término *trastorno del espectro autista* como para poder incluir dentro de esta clasificación a toda la gama de síndromes, tanto leves como graves.

Este autor prefiere ese término al de *trastorno generalizado del desarrollo*, debido a que refleja mejor el déficit social que presentan estos pacientes.

Gallo (2010) hace énfasis en la importancia de mantener la atención, durante el proceso diagnóstico, en que la diferencia principal entre el síndrome de Asperger y el autismo es que el niño con síndrome de Asperger no puede presentar un retraso general clínicamente significativo en el desarrollo del lenguaje (esto correspondería al uso de palabras sueltas a la edad de dos años y de frases comunicativas a los tres años).

Gupta (2004) plantea el problema que presenta el DSM IV a la hora de realizar una correcta diferenciación entre el autismo y el síndrome de Asperger con el fin de realizar un diagnóstico acertado: según el autor, el manual ignora el uso anormal del lenguaje por parte de las personas que padecen de este último, además de no contemplar la heterogeneidad de la presentación y la respuesta al tratamiento.

Sansosti, Powell-Smith, y Cowan (2010) refieren que los pacientes usualmente presentan habilidades cognitivas promedio, y que muchas veces tienen competencias intelectuales superiores.

Siguiendo a los autores, estos niños suelen presentar una sintaxis y gramática normales, pero fallan en el uso de la pragmática (o sea, el uso del lenguaje con fines comunicacionales), siendo esta muchas veces inapropiada.

Un aspecto que hace que exista un retraso en el diagnóstico de este síndrome (la edad promedio en que se detecta es de siete años) es el expresado por Rausch, Johnson y Casanova (2008); estos autores sostienen que la presencia de síntomas comunes entre el síndrome Asperger y otros trastornos psiquiátricos, así como la posible existencia de otros trastornos en la persona (comorbilidad) puede conducir a un diagnóstico incorrecto o tardío.

Un problema que surge con respecto al diagnóstico temprano según Lawton (2007) es que, debido a que en el hogar hay menores efectos estresores, las características del síndrome de Asperger que presentan los niños son leves, de modo que puede suceder que los padres recién lleven a una consulta psicológica o psiquiátrica a su hijo por recomendación de la escuela (ambiente en que ellos no lo ven actuar) y que, al recibir el diagnóstico, quieran negarlo.

En cuanto al uso social del lenguaje, Patrick (2008) indica que las normas del mismo están implícitas, son complejas y se encuentran en un constante cambio. Incluyen, entre otras, a la proximidad entre los interlocutores, la comunicación no verbal, los saludos y despedidas, la conversación (incluyendo los papeles de hablante y oyente). Estas reglas se ven afectadas según el género, la edad y otros aspectos individuales de cada persona.

Siguiendo a la misma autora, es sencillo para las personas que no tienen síndrome de Asperger darse cuenta de estos errores, causando esto situaciones de confusión en la interpretación del discurso.

Es interesante el planteo realizado por Martinovich (2006) respecto del hecho de que el DSM IV no hace un listado exhaustivo respecto de muchas de las características del síndrome de Asperger, como pueden ser el pensamiento concreto y literal, y la dificultad de ver a través de la perspectiva de otra persona.

Más allá de los manuales diagnósticos y la especificidad de las características que ellos describen, se considera que los pacientes que presentan este síndrome tienen cada uno particularidades únicas que hacen que los tratamientos deban ser adecuados a sus necesidades concretas.

Diferencia entre autismo de alto rendimiento y síndrome de Asperger

Tomando los planteos de Sansosti et al. (2010), se puede afirmar que no existe hoy en día un criterio diagnóstico específico y diferenciado para lo que algunos profesionales proponen llamar autismo de alto rendimiento. Los autores sugieren que si un niño presenta los criterios diagnósticos para trastorno autista según el DSM IV, pero no presenta capacidades cognitivas por debajo de la media, se lo diagnostica convencionalmente con autismo de alto rendimiento.

Por otro lado, siguiendo a estos autores, los déficits que presentan las personas diagnosticadas con

síndrome de Asperger son similares a los del síndrome autista, pero con un grado menor de importancia.

Según Ghaziuddin (2005), aún existen controversias y debates acerca de la existencia del síndrome de Asperger, en especial ante la presencia de casos de niños diagnosticados con síndrome autista que presentan una inteligencia media; a estos últimos muchas veces se los incluye dentro de la categoría de autismo de alto rendimiento, no siendo esta aún parte de ningún manual diagnóstico.

Según Gibson (2004) el hecho de que los niños con este síndrome presenten una inteligencia promedio o por encima del promedio muchas veces hace que no puedan recibir el tratamiento adecuado debido a la dificultad de realizar un correcto diagnóstico de la patología.

Se considera que esto, además, produce que no se valoren en forma adecuada muchas de las dificultades y limitaciones con las que se topan los pacientes día a día., ocasionando que no puedan desarrollar una vida autónoma y satisfactoria.

Comorbilidades

Según Ghaziuddin (2005)., y a partir de las descripciones realizadas por Kanner y Asperger respecto de sus pacientes, puede determinarse que estos presentaban conductas externalizadoras como oposiciónismo, rabietas, problemas de agresión, conductas desafiantes, faltas recurrentes de respeto a la autoridad, dificultad para seguir instrucciones y comportamiento inquieto y nervioso.

Según Toth y King (2008) el diagnóstico comórbido más común en niños con síndrome de Asperger es la depresión (que ocurre en un 41% de los pacientes); otros trastornos o síntomas que fueron encontrados son la ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, intentos de suicidio, alucinaciones, manía, trastorno psicótico no especificado, trastorno esquizoide de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Un hecho en que estos autores hacen énfasis es el cuidado que debe tener el profesional a la hora de diagnosticar trastornos como la esquizofrenia o la psicosis; ocurre que muchas veces las preocupaciones o los intereses estereotipados e intensos que tienen estos pacientes pueden parecer delirios o alteraciones del pensamiento. Así, es sumamente importante llevar una historia clínica detallada, de modo de determinar si estos pensamientos ya se encontraban antes de que el profesional haya sospechado sobre este diagnóstico.

Se considera que la clave en estas situaciones, a la hora de realizar el diagnóstico de un síndrome comórbido al de Asperger, es basarse en la severidad en que se presentan estos síntomas.

A partir de lo planteado por Bromfield (2010) puede decirse que los trastornos que es posible que aparezcan junto al síndrome de Asperger son ansiedad social, fobias, ansiedad generalizada, irritabilidad, depresión e incluso pensamientos suicidas, problemas de atención, pensamiento obsesivo, y compulsiones.

Siguiendo a Rausch et al. (2008), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el que más se presenta comórbido al síndrome de Asperger. Otro que aparece recurrentemente es el trastorno de la Tourette (en el que paciente presenta tics motores y fónicos).

Otros trastornos que estos últimos autores sugieren que se presentan en menor nivel son: mutismo selectivo, desórdenes de la alimentación, desórdenes de la personalidad (aunque remarcan que no es beneficioso el hecho de realizar este último diagnóstico, debido a que no favorecería a ninguna persona que ya padece un trastorno del espectro autista).

Teoría de la mente

Un concepto altamente acordado por muchos profesionales de la Psicología y la Psiquiatría es el de la falta de teoría de la mente en los pacientes del espectro autista.

Según Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985), la teoría de la mente es el hecho de saber que una persona diferente a sí mismo sabe, quiere, siente, o cree cosas. La habilidad de realizar inferencias acerca de lo que otras personas creen, permite que el individuo pueda predecir cómo los otros van a actuar. Según los autores este es un elemento crucial dentro de las habilidades sociales, aquellas con las que los pacientes con síndrome de Asperger no cuentan.

Según Repacholi y Laughter (2003), el hecho de poseer una teoría de la mente le da a la persona la posibilidad de predecir y explicar el comportamiento de los demás individuos en referencia a sus estados mentales.

Siguiendo lo planteado de Beaumont y Sofronoff (2008) una de las investigaciones más fructíferas ha explorado la hipótesis de que los individuos que padecen algún trastorno del espectro autista tienen inconvenientes a la hora de atribuir estados mentales en otras personas (como ser creencias, intenciones y deseos). Esta teoría de la mente daría una explicación contundente acerca de los déficits sociales, comunicativos y de la imaginación que caracterizan a estos trastornos.

Los mismos autores aclaran que varias investigaciones revelaron que los pacientes con síndrome de Asperger o autismo de alto rendimiento tienen una teoría de la mente intacta respecto de su rendimiento en tareas poco complejas; aún así, aunque pueden tener cierta capacidad elemental de lectura de la mente, carecen de la capacidad metarrepresentacional, que es un elemento fundamental para la comunicación.

Por otro lado, Frith y Happé (1999) plantean que al testear la teoría de la mente en individuos con síndrome de Asperger a corta edad, los pacientes no mostraron buenos resultados. Aún así, estas personas pueden desarrollar una mejor comprensión social a medida que crecen, llegando a mostrar un cambio positivo en los resultados de estas pruebas.

De todas formas Frith y Happé (1999) hacen énfasis en el hecho de que hay ciertas razones para pensar que la comprensión de los estados mentales de otras personas que tienen estos pacientes, es

diferente a la de otros niños no diagnosticados con síndrome de Asperger: por un lado, los pacientes requieren una capacidad verbal mucho mayor tanto en edad escolar como en su adolescencia; por otro, en su adultez son propensos a cometer errores en la atribución de estados mentales; y, por último, su forma de aproximarse a otras personas para establecer un contacto o relación social adopta un estilo acartonado y parece previamente calculado.

Según Beaumont y Sofronoff (2008), más allá de que el déficit en la teoría de la mente pueda explicar de forma adecuada las alteraciones sociales, comunicativas y de la imaginación que caracterizan a los trastornos del espectro autista, no logra esclarecer la situación respecto de la inteligencia superior al promedio que muchas veces presentan los pacientes, así como tampoco los intereses estereotipados.

En otra investigación, Frith y Happé (1994) postulan que estos últimos aspectos podrían explicarse mejor a través de otra anomalía cognitiva. Según estos autores, muchos profesionales postulan que esta sería la *coherencia central débil*.

La coherencia central es la tendencia espontánea de las personas de integrar los estímulos en un todo coherente y significativo. Así, siguiendo a Firth y Happé (1994), mientras que la coherencia central débil les brinda importantes ventajas a los niños con síndrome de Asperger en las tareas que requieren una atención preferencial en las piezas individuales de ciertos objetos, esto a su vez les brinda desventajas en la interpretación de los estímulos particulares en cuanto al contexto en que están insertos y su significado.

Según estos últimos autores, esta hipótesis de la coherencia central débil tiene como objetivo explicar tanto las insuficiencias evidentes como las facultades de los niños con síndrome de Asperger, siendo estas resultado de presentar un procesamiento de la información diferente; esto, a su vez, predice los patrones de error que estos pacientes cometen.

Áreas de dificultad en relación con el síndrome de Asperger Son varias las áreas en las que los niños con síndrome de Asperger presentan dificultades o diferencias respecto de otras personas.

Siguiendo a Smith, Donlan y Smith (2008), los pacientes con síndrome de Asperger tienen pocas posibilidades de ver a través de la perspectiva del otro. Así, se caracterizan por cierta rigidez en su pensamiento.

Sansosti et al. (2010) plantean que debido a los déficits que estos niños tienen en su flexibilidad mental, es que muestran intereses restringidos, realizan conductas repetitivas y se resisten al cambio.

Según Smith et al. (2008), cualquier tipo de cambio en la vida de un niño con este síndrome, por más mínimo que sea, puede representar una situación sumamente difícil de afrontar. Un planteo interesante realizado por estos autores es que, en realidad, la rutina tiene mucho sentido en la vida de cualquier persona, pero a la hora de hablar de estos pacientes, este aspecto se vuelve mucho más

importante debido al grado en que se presenta la misma en sus vidas, pudiendo causar niveles muy elevados de angustia y estrés cuando ocurre un cambio.

Ochiai (2006) indica que los niños que padecen un trastorno del espectro autista muy frecuentemente tienen áreas de interés fijas y limitadas; esto, ayudado por su poca flexibilidad, genera tensiones en los momentos en que algo no sale como había sido planeado (cambios de horario o de lugar), o si las cosas no se hacen en la forma acostumbrada o como ellos prefieren.

Otra situación por la que pasan estos niños es la detallada por Sansosti et al. (2010): el niño, a raíz de su gran conocimiento acerca de su área de interés circunscrita, puede hacer que sus compañeros lo rechacen, contribuyendo esto a que los pacientes sostengan su actitud de permanecer aislados de los juegos grupales.

Es interesante el concepto propuesto por Turner (1999): los llamados *comportamientos repetitivos* hacen referencia a la repetición, la rigidez, la invariancia, y la inadecuación.

Según este autor, estos pueden ser separados en dos grupos distintos: comportamientos de nivel inferior y de nivel superior; los primeros se caracterizan por los movimientos motores estereotipados o acciones involuntarias (como el aleteo de manos); los segundos son más avanzados, requieren de la insistencia por parte del niño para realizar rutinas elaboradas y una concentración en los intereses limitados (por ejemplo, organizar los lápices por color).

La autora sugiere que más allá de que los niños con síndrome de Asperger puedan presentar comportamientos de nivel inferior, son más propensos a presentar aquellos de nivel superior.

Por otro lado, según Sansosti et al. (2010) los maestros en cuya clase tienen algún niño con síndrome de Asperger resaltan siempre sus deficiencias en el desarrollo de su motricidad gruesa, presentando falta de coordinación y equilibrio, y dificultades en el tiempo y la ejecución de tareas motoras.

Esto muchas veces les dificulta llevar a cabo con destreza los deportes practicados en el colegio (como fútbol o vóley).

Siguiendo a estos autores, estos problemas llevan a un mayor rechazo por parte de sus compañeros que, acompañado muchas veces de burlas, terminan produciendo que el niño se aisle socialmente.

En la escuela se espera que todos los alumnos estudien las mismas materias, siguiendo los mismos objetivos; pero según Ochiai (2006), esta instrucción estándar muchas veces no puede cubrir las necesidades especiales de algunos estudiantes que encuentran dificultades a la hora de aprender los contenidos.

Según Sansosti et al. (2010) la educación de los niños con síndrome de Asperger es un desafío tanto para sus padres como para los maestros, quienes deben actuar en conjunto. Es constante el debate en cuanto a qué métodos de enseñanza aplicar, qué habilidades necesitan aprender y en qué momento,

y los ajustes que deben ser llevados a cabo en el currículum educativo según sus necesidades.

Estos autores proponen utilizar el modelo ecológico; este se centra en los sistemas que influyen sobre el desarrollo del niño y la interrelación entre éstos. El modelo reconoce que los chicos operan dentro y a través de múltiples entornos que se relacionan entre ellos, produciéndose una adaptación progresiva.

Por otro lado, otro gran problema que se presenta tanto a padres como a profesores es el de los alumnos que padecen acoso escolar.

Según Betts, Betts y Gerber-Eckard (2007) es común que los niños con síndrome de Asperger se conviertan en blanco de burlas o chistes de mal gusto debido a sus diferencias con el resto de los alumnos. Los autores remarcan la importancia respecto a brindar psicoeducación, tanto a los profesores y directivos del colegio como a los compañeros de estos niños; esto llevaría a una disminución del acoso escolar.

Según Moyes (2002) los maestros suelen hacer mención acerca de los problemas de atención que tienen los niños con síndrome de Asperger, quienes no suelen mostrarse interesados en las actividades planteadas.

Sansosti et al. (2010) plantean que en clase estos niños parecen no prestar atención y que se distraen con suma facilidad durante las tareas escolares; los maestros suelen describirlos como personas que se encuentran gran parte del tiempo mirando al vacío, sin darse cuenta de lo que los rodea. Al proponérseles las tareas, pueden prestar una atención efímera, perdiendo rápidamente el foco.

Moyes (2002) sugiere que los problemas de atención de estos niños pueden deberse a sus diferencias en el procesamiento del lenguaje, a problemas de procesamiento sensorial; plantea como importante probar métodos alternativos para la presentación de las materias escolares.

Otra área que resulta importante para las cuestiones académicas de estos pacientes es la memoria. Con respecto a esto, Sansosti et al. (2010) plantean que los niños con síndrome de Asperger tienen una buena memoria retentiva; esto podría estar explicado por su habilidad para concentrarse en los detalles, así como también el hecho de enfocarse en las piezas individuales de un estímulo en vez de recibir el estímulo completo.

Por otro lado, estos autores indican que debido a esta tendencia los pacientes son incapaces de discriminar entre la información pertinente y aquella irrelevante. Además, debido a la coherencia central débil, la información que la persona retiene suele ser segmentada; por lo tanto sus conocimientos suelen ser de poca utilidad.

Al escuchar el conocimiento (muchas veces preciso y extenso) que tienen estos pacientes respecto de temas muy puntuales, la gente muchas veces piensa que están dotados de una inteligencia superior a la media; según Mesibov et al. (2002), esta competencia se basa en gran medida en la memoria retentiva que tienen, más allá de que la comprensión del significado de ese conocimiento

sea pobre.

Pueden detectarse también en estos pacientes algunas dificultades en su función ejecutiva.

Según Mesibov et al. (2002) se utiliza el término *función ejecutiva* para hacer referencia a las habilidades cognitivas de planeamiento, organización, monitoreo, mantenimiento de la concentración, control de los impulsos y evaluación de resultados.

Siguiendo lo planteado por Sansosti et al. (2010), todos los procesos que se encuentran integrados en la función ejecutiva son elementales a la hora de: controlar los comportamientos inadecuados y la impulsividad; poder mantener un enfoque de resolución flexible ante un problema; poder realizar un adecuado cambio entre varias actividades; y poder priorizar tareas.

Bogdashina (2003) plantea que los pacientes con síndrome de Asperger pueden tener dificultades para planificar y empezar una tarea, y es posible que, una vez comenzada, les resulte difícil finalizarla.

Según Turner (1999) el hecho de que una persona diagnosticada con uno de los trastornos generalizados del desarrollo presente conductas repetitivas, es una manifestación directa de la disfunción ejecutiva. Si la persona no tiene la capacidad de regular sus conductas de forma adecuada, toma muchas veces la opción de simplemente repetir el mismo comportamiento.

Por otro lado, Según Mesibov et al. (2002) muchos de los pacientes con síndrome de Asperger tienen sistemas sensoriales atípicos, mostrando una sensibilidad considerable, por ejemplo, a los sonidos o la estimulación táctil. Otros, por el contrario, pueden buscar experiencias sensoriales específicas.

Según Sansosti et al. (2010), la hipersensibilidad que resulta más común para estos pacientes es a los sonidos específicos, teniendo muchos de ellos una tendencia a asustarse en gran forma por los ruidos repentinos. Por otro lado, estos niños pueden aislarse de ciertos estímulos al sentir una sobrecarga de sus sentidos.

Siguiendo a los mismos autores, los niños no pueden comprender, por ejemplo, por qué razón el resto de sus compañeros de colegio no tienen la misma sensibilidad ante los mismos estímulos.

Además de los cinco sentidos que son comúnmente conocidos (el tacto, la visión, la audición, el gustativo y el olfativo), Gupta (2004) plantea que existen otros que son llamados sentidos ocultos; estos son el vestibular (relacionado con los cambios en la posición de la cabeza y del cuerpo) y el propioceptivo (indica cómo está posicionado el cuerpo y las partes del mismo).

Siguiendo al mismo autor, estos últimos sentidos son esenciales en el desarrollo de la percepción corporal del niño, su coordinación, la planificación motora, su nivel de actividad y de atención y su estabilidad emocional. Pero los niños que tienen algún trastorno del espectro autista presentan impedimentos a la hora de organizar la información sensorial, presentando muchas veces una muy

alta o muy baja reacción ante la misma.

Gupta (2004) plantea que los niños con síndrome de Asperger muestran déficits a la hora de modular la información que proviene de sus múltiples sentidos.

Siguiendo al mismo autor, otra característica que se observa en las personas diagnosticadas con un trastorno dentro del espectro autista es la falta de modulación sensorial (o sea, no pueden regular correctamente su excitación): estos niños no pueden controlar su estado ante la entrada y salida de las diversas estimulaciones sensoriales, y su propia reacción ante las exigencias de un ambiente cambiante y de constantes demandas.

Según Gupta (2004), hay cuatro problemas que pueden darse en la modulación sensorial de los niños: registro bajo (muestra poco interés en el ambiente y necesita un estímulo alto para ponerse en estado de alerta); insensibilidad (tiene una percepción reducida de su propio movimiento y de su interrelación con el medioambiente; presenta dificultades para llegar a un estado de alerta, mostrándose demasiado activo y desorganizado a la hora de recibir suficientes estímulos para responder al medioambiente); registro aumentado (el niño tiene pocas capacidades para seleccionar una forma de responder ante el estímulo; se muestra con una actitud defensiva ante la información sensorial que le llega desde su entorno); e hipersensibilidad (tienen una reacción exagerada; son niños que se muestran temerosos o cautelosos, pudiendo parecer enojados).

El mismo autor resalta el hecho de que estos problemas en su procesamiento y modulación sensorial, junto a sus problemas de comunicación, generan grandes inconvenientes, presentándose las rutinas de la vida cotidiana como un desafío constante, tanto para los padres como para el acompañante terapéutico.

Dado este panorama, las familias juegan un rol protagónico en la vida de cualquier niño; sin embargo, su papel en la vida de un niño con síndrome de Asperger es fundamental.

Según Gupta (2004), existe relación entre el desarrollo de las habilidades comunicacionales del niño y la capacidad de sus padres para poder sincronizar de modo correcto entre el nivel de interacción respecto de la atención del niño y la actividad realizada. Por otro lado el autor resalta el hecho de que cuando las habilidades comunicativas de los niños son mayores, se observa mayor compromiso de los padres respecto al tiempo de juego compartido y un mayor feedback positivo.

Epstein, Saltzman-Benaiah, O'Hare, Goll y Tuck (2008) realizaron un estudio en Escocia cuyos participantes fueron los padres de 39 pacientes con síndrome de Asperger; el fin de este estudio fue determinar si el estrés de estos es mayor a los de padres de niños sin patologías.

El estudio demostró que tanto las madres como los padres tenían niveles de estrés mayores al resto de los padres evaluados. Otro dato interesante es que se encontró una correlación significativa entre el nivel de estrés de la madre y el nivel de deterioro del niño (respecto de la función ejecutiva y de sus dificultades sensoriales).

Esto demuestra que los padres, quienes se encuentran inevitablemente involucrados con la enfermedad su hijo desde una edad temprana (al empezar a notar las diferencias en la comunicación, entre otras cosas), se encuentran con grandes desafíos durante toda su vida respecto de su crianza.

Ellos cumplen un papel primordial en todo el proceso de tratamiento psicológico; a partir de su compromiso diario con las tareas sugeridas por el terapeuta, pueden ayudar a la evolución del niño respecto de sus falencias.

Dificultades directamente relacionadas con la disfunción social del paciente con síndrome de Asperger

La conducta social de los niños con síndrome de Asperger es deficiente. Más allá de que su aspecto pueda ser normal, ellos muchas veces pueden presentar comportamientos extravagantes.

Así, Volkmar (2007) remarca el hecho de que el conocimiento de los criterios diagnósticos de los TGD por parte de la población general ha crecido, y esto tuvo como consecuencia que las dificultades sociales que muchas personas presentan han sido equiparadas a aquellas que son características del autismo o síndrome de Asperger; así, se han desdibujado los límites entre las patologías mentales y las excentricidades que no salen de lo que se considera como normal.

Según Attwood (2002) son vistos como personas egocéntricas, que pueden encontrarse alejados de los juegos grupales de forma de evitar la interacción social. Este autor refiere que muchas veces estos niños deciden apartarse por no poder tener un control absoluto sobre la actividad que realizan. Siguiendo a Attwood (2002), en general no suelen sentirse parte de un determinado grupo, y prefieren concentrarse en sus intereses estereotipados antes que inquietarse por los de los demás (este estilo de actitudes pueden llevarlos a presentar dificultades a la hora de forjar nuevas amistades).

Smith et al. (2008) plantean que los niños con síndrome de Asperger a menudo sienten simpatía o empatía por alguien, pero no pueden demostrarlo porque no encuentran maneras de hacerlo. Aún así, muchas veces sucede que no pueden reconocer o nombrar lo que están sintiendo.

Más allá de que esto sea visto como un impedimento, Smith et al. (2008) revelan el lado positivo: los pacientes a menudo pueden ver los dos lados de una situación problemática, ya que no tienen una tendencia a responder desde su lado emocional. Así, esto puede darles una ventaja a la hora de presentarse una discusión.

Estos mismos autores resaltan la falta de conocimiento de las normas sociales y de la etiqueta que estos pacientes tienen, causando esto muchos problemas y malos entendidos con otras personas. Muchas veces este tipo de situaciones llevan a los demás a pensar que el niño tiene malos modales, llegando a acusar a sus padres de ejercer una mala paternidad.

Según Gupta (2004), los niños diagnosticados con síndrome de Asperger pueden desarrollar un lenguaje normal, sin diferencias aparentes en su gramática y su vocabulario; pero si se realiza un análisis más detallado, pueden descubrirse algunas diferencias: pueden hablar muy poco, o hablar mucho sobre un tema particular de su interés; pueden usar el lenguaje en forma repetitiva, en vez de hacerlo con el fin de comunicar una idea; tienen problemas, además, a la hora de pasar de un asunto a otro.

Smith et al. (2008) plantean que los problemas de comunicación y de lenguaje de los niños con síndrome de Asperger pueden ir desde una incorrecta interpretación del discurso de una persona, hasta no comprender las expresiones faciales o corporales de aquellos con quienes entabla una conversación.

Muchas veces resulta muy difícil comprender el tono emocional del discurso de los niños, puesto que este es en general monótono; esto sucede también a la inversa: las personas con síndrome de Asperger pueden tener dificultad para detectar lo que otras personas expresan a través de su tono de voz (como sarcasmos o ironías).

Siguiendo a Smith et al. (2008), otra condición por la que son rechazados a la hora de intentar generar una amistad o relación social es su forma de ser pedante. En general estas personas suelen ocuparse y preocuparse tanto por los detalles que terminan perdiendo el sentido de una conversación, corrigiendo la información o la gramática de lo expuesto.

Una característica que comparten los niños con síndrome de Asperger, según estos autores, es la literalidad en su discurso, pudiendo esto causarles confusiones a la hora de entender el significado de lo que se les dice. Por otro lado, a partir de sus intereses rígidos, suelen hablar de esos temas durante demasiado tiempo; y, al no poder reconocer las señales no verbales que el oyente les está dando, pueden terminar aburriendo al otro sin darse cuenta de que deben dejarlo hablar o cambiar el tema.

Además, los pacientes presentan una forma peculiar de hablar. Según Ochiai (2006), pueden hablarse en voz alta a sí mismos, repetir lo que les dicen (esto es llamado ecolalia), o con falta del acento regional.

Otras veces sucede que pueden hablar en segunda persona o con palabras poco utilizadas o lenguaje muy técnico.

Respecto del uso del lenguaje, Bogdashina (2003) plantea que estos niños siempre son vistos como extranjeros en su propio país, debido al uso poco típico del lenguaje. Esta autora realiza una propuesta interesante para aquellos quienes trabajen con personas que padezcan un trastorno del espectro autista: abandonar las ideas convencionales sobre el lenguaje y que el terapeuta pueda sentirse libre para que el paciente le enseñe acerca de sus sistemas de comunicación; el fin de esto es lograr construir una mejor alianza terapéutica.

Por otro lado, según Nieminen-von Wendt et al. (2005) existen varios reportes respecto de las dificultades en el reconocimiento de rostros que tienen los individuos con esta patología. Siguiendo a estos autores, esto puede jugar un rol importante en esta enfermedad, causando gran parte de la disfunción social que ellos presentan.

Otro problema que suelen tener estos pacientes es la prosopagnosia, o dificultad en el reconocimiento de los rostros de las personas. Bogdashina (2003) plantea que los efectos y la severidad de la prosopagnosia varían de persona a persona. Por otro lado, la autora menciona que en algunos estudios experimentales acerca de la capacidad para procesar los rostros de los pacientes con una patología del espectro autista, se propone que ellos utilizan estrategias de procesamiento anormales, presentando menores problemas cuando los rostros les son presentados al revés.

Siguiendo con esta misma autora, otro problema que tienen quienes padecen de prosopagnosia es la dificultad para comprender las emociones; si ellos no pueden reconocer rostros, les resulta difícil reconocer emociones en otras personas, así como también expresar las propias.

Es interesante lo planteado por los autores Pelphrey et al. (2002) respecto del procesamiento de rostros: estos se convierten en estímulos muy particulares para los seres humanos a la hora de su percepción, necesitando estos últimos de la configuración espacial de sus principales características (como los ojos, la boca y la nariz) a la hora de su identificación. Este estilo de procesamiento es completamente diferente al utilizado a la hora de identificar objetos sin rostro, basándose en la detección de sus características individuales (o sea, se procesa por segmentos), y no en su forma general.

Si se invirtiera el estímulo de un rostro humano, esto obligaría a la persona a adoptar un estilo de procesamiento por segmentos (igual al utilizado con los objetos); según estos autores, las personas con un trastorno del espectro autista utilizan esta última modalidad de percepción.

Por lo tanto podría concluirse que debido a lo planteado en los párrafos anteriores es esperable que estos pacientes muestren muy poco interés en los rostros humanos, dejando de prestar atención a los rasgos faciales que pueden transmitir emociones. Esta es otra dificultad a la hora de mantener o generar nuevas relaciones sociales.

Los talleres de habilidades sociales como herramienta terapéutica

Según Tse, Strulovitch, Tagalakis, Meng y Fombonne (2007) a partir de que los pacientes diagnosticados con síndrome de Asperger entran en la adolescencia, es normal que su interés por generar nuevas relaciones sociales aumente. Pero ocurre muchas veces que sus déficits en las habilidades sociales impidan que esto suceda.

Siguiendo a estos autores, estos pacientes se ven beneficiados a partir de asistir a talleres de habilidades sociales; este método terapéutico combina métodos experienciales con el fin de enseñar

las habilidades sociales, poniendo especial énfasis en el aprendizaje a través de juegos de rol.

Según Painter (2006) el taller de habilidades sociales es un recurso para asistir a los pacientes en un formato grupal.

El taller como herramienta terapéutica puede, a su vez, ser utilizado con múltiples fines, como por ejemplo: taller de habilidades para padres con niños opositoristas-desafiantes, taller de apoyo para personas con trastorno obsesivo-compulsivo, taller para niños con trastornos de ansiedad.

El Programa Específico de Entrenamiento en Habilidades Sociales de Painter 2006

El programa de Painter se encuentra focalizado en los ingredientes esenciales que deben estar presentes en cualquier programa para desarrollar las habilidades sociales en pacientes con síndrome de Asperger, que han sido identificados por Krasny, Williams, Provencal y Ozonoff (2003).

Estos son: hacer los conceptos abstractos más concretos; proveer al niño de estructura y actividades predecibles; proporcionarle andamiaje en el uso del lenguaje; facilitar múltiples y variadas oportunidades de aprendizaje; incluir actividades centradas en otros individuos; fomentar la conciencia de sí mismo y la autoestima; seleccionar metas importantes; realizar el programa de entrenamiento en forma secuencial y progresiva; y, sobre todas las cosas, darle la oportunidad al niño para que pueda practicar lo aprendido, de modo que puede terminar generalizándolo.

Las habilidades deben introducirse de forma tal que se basen en las habilidades básicas previamente aprendidas; aún así, estas últimas deben continuar aplicándose y practicándose.

Painter (2006) plantea que los primeros temas a tratar en los sucesivos encuentros son los siguientes: saludar y conocer al otro; identificar las emociones; identificar expresiones faciales; el continuo de las emociones; el tono de voz; cómo iniciar conversaciones; habilidades básicas de conversación; habilidades para responder en una conversación a partir de las emociones de los demás; mantener una conversación telefónica; y modales a la hora de la comida.

Por otro lado, se encuentran las sesiones suplementarias; siguiendo a la misma autora, son las que a continuación se detallan: las emociones de los compañeros; el tono de voz; cómo unirse a un grupo; cómo ser un buen jugador; el respeto por el espacio personal; las habilidades necesarias para generar y mantener una amistad; toma de perspectiva y empatía; flexibilidad; cortesía; y entendiendo el sarcasmo y las expresiones del habla.

Estas últimas sesiones fueron diseñadas con el objetivo de reforzar las iniciales y permitirle a los profesionales satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: el presente trabajo tiene una modalidad descriptiva, analizando los diferentes encuentros que se llevaron a cabo entre los niños y el terapeuta.

Participantes: dos pacientes de 8 y 9 años, de género masculino, ambos diagnosticados con síndrome de Asperger.

Instrumentos: registro de observaciones y encuesta a los padres. Se solicitó a estos últimos que realicen actividades lúdicas con sus hijos en las que haya un ganador y un perdedor, de modo de que puedan determinar su actitud en la encuesta brindada. A través de esta última se intenta determinar cuántas horas de juego comparten los padres con sus hijos, cuál es la actitud de los niños ante el hecho de ganar o perder en el juego y si realizan trampa en el mismo.

Procedimiento: se examinó la eficacia de la enseñanza de la habilidad de ser un buen jugador.

Para esto se entregó a los padres una encuesta para que completen dos semanas antes de la instrucción de esta habilidad social, y dos semanas después de haber sido completado el entrenamiento, de modo de determinar la aparición de cambios en el comportamiento de los pacientes respecto de su reacción ante una situación de ganar-perder en un juego.

Se explicarán en detalle tanto el desarrollo del taller como las intervenciones adoptadas, incluyendo una descripción del comportamiento de los pacientes ante el entrenamiento en ser un buen jugador.

DESARROLLO

El grupo terapéutico de habilidades sociales para niños varones diagnosticados con síndrome de Asperger: cuál es su dinámica y cómo se trabaja según el modelo cognitivo-conductual.

El taller de habilidades sociales se llevó a cabo en el consultorio del terapeuta una vez por semana, durante noventa minutos. Los grupos a los que se pudo asistir son dos: uno conformado por dos niños de ocho y nueve años, y otro por tres pre-adolescentes. Las actividades llevadas a cabo en cada uno de ellos son enfocadas de forma diferente debido a las necesidades según las edades.

Todas las habilidades y las técnicas que forman parte del manual de habilidades sociales para niños con síndrome de Asperger de la autora K. Painter se utilizan durante toda la duración del taller, que es de diez meses.

Muchas veces sucede que a partir de las sugerencias de los mismos pacientes, de sus padres o de los maestros, deben trabajarse aspectos específicos que atañen a determinada problemática particular. En estos casos es el terapeuta quien decide qué tema va a tratarse primero durante la consulta, sin dejar ninguno de ellos sin atender.

Además de las técnicas detalladas en el manual, se utilizan estrategias de tipo cognitivoconductual de modo de guiar a los pacientes en el tratamiento.

Se trabaja con las atribuciones de sentido que dan los pacientes a lo que les ocurre día a día: estos tienden a ser rígidos o sesgados, convirtiéndose en algo desadaptativo. Así, el objetivo de la terapia es flexibilizar estos modos de pensamiento, para generar un cambio en los pacientes.

Otra forma de pensamiento disfuncional sobre la que se trabaja en la terapia son los pensamientos automáticos; estos son más situacionales y aparecen de forma muy rápida para la persona, de modo que muchas veces son casi imperceptibles.

Según Gomar, Mandil y Bunge (2011), el abordaje de niños y adolescentes consta de reestructuraciones cognitivas (de modo de lograr que el paciente cambie los esquemas de pensamiento a través de los cuales almacena su conocimiento y sus experiencias anteriores, y adopte una visión más realista de sí mismo y su entorno), así como también de estrategias conductuales para la resolución de problemas.

Descripción del taller de entrenamiento en habilidades sociales

Los pacientes que formaron parte de este estudio son dos niños varones de ocho y nueve años.

Los padres del paciente de ocho años (desde ahora L), informan que realizaron una consulta con un psicólogo cuando L era más pequeño porque notaban que su hijo se comportaba muchas veces de forma extraña y que utilizaba un vocabulario extraño para hablar (ellos informaron que usaba palabras como las que escuchaba en los dibujos animados de la televisión).

Algunos años más tarde, tras una nueva consulta con los profesionales, se informó a sus padres que el diagnóstico presuntivo es síndrome de Asperger. Tras realizar dos sesiones de psicoeducación con los mismos, el niño ingresó al taller de habilidades sociales.

L es un niño muy cordial y que muestra ganas de generar nuevas relaciones sociales, aunque no cuenta con las habilidades que se necesitan para entablarlas; así, se siente frustrado muchas veces luego de intentar generar una amistad y no ver sus frutos.

Él presenta una característica relacionada con el síndrome de Asperger (aunque se ve mayormente en niños autistas), que es el aleteo; el paciente comienza a aletear cada vez que su ansiedad se eleva por cualquier situación (por ejemplo, ante una pregunta que él puede contestar, no puede esperar a que se le permita hablar; entonces comienza con el aleteo).

A L le encanta leer libros, y a cada sesión trae uno nuevo para hablar de los contenidos del mismo. Presenta un patrón estereotipado de gusto por aquellos que tratan temas de la historia de la humanidad, así como también por los que tratan de mitología.

Es un chico que se interesa mucho por los deportes, tanto por aquellos realizados en el colegio como por los que comparte con su padre (como fútbol o tenis).

El paciente de nueve años (desde ahora paciente A) también tiene un diagnóstico presuntivo de síndrome de Asperger. Este niño tiene certificado de discapacidad.

Sus gustos son muy diferentes a los de L: a él le apasiona dibujar. Le encanta entrar al consultorio, pedir lápices y marcadores de colores y dejar volar su imaginación. Sus personajes preferidos son los de Club Penguin, un juego de la compañía Disney.

También le gusta mirar los personajes que el actor Diego Capusotto hace en televisión.

Como los términos utilizados en estos programas no son para un chico de nueve años, el terapeuta les ha recomendado a sus padres que eviten que A vea estos videos, sin obtener muchas respuestas por parte de los mismos.

El terapeuta informó que en el colegio A no insulta, pero al llegar a terapia comienza a hacerlo como para descargar esa energía acumulada.

Este niño suele tener rabietas durante las sesiones, y muestra también comportamientos oposicionistas-desafiantes. También presenta un estado de ánimo constantemente irritable.

A ambos niños les gusta mirar videos en internet, de modo que esta es una de las actividades que muchas veces comparten en el taller; otras veces, al sugerirles otras tareas, es común que A se queje y se niegue a hacerlo, buscando muchas veces hacer un trato con el terapeuta de modo que si hace lo indicado por el mismo, luego pueda jugar a algo que él elija. En general el terapeuta accede.

Otras actividades realizadas en el taller fueron los festejos de distintas fechas, como la fiesta de Halloween, Navidad y fin de año. Durante esos días se llevaron a cabo juegos y entretenimientos con el fin de evaluar lo aprendido en sesiones anteriores (por ejemplo, para conseguir golosinas los pacientes deben contestar preguntas respecto de la habilidad de ser un buen jugador).

La razón por la cual se decidió conjuntamente con el terapeuta el tomar la habilidad suplementaria de ser un buen jugador para realizar este trabajo, es que ambos pacientes muestran diferentes niveles de dificultad respecto de esa habilidad: L es un niño que no puede tolerar perder ningún juego; A en cambio, muestra indiferencia hacia el hecho de compartir alguna actividad lúdica con compañeros, y cuando lo hace se muestra egoísta y muchas veces desinteresado tras algunos minutos de haber comenzado el juego.

Descripción de las intervenciones realizadas durante los encuentros

En total se pudo asistir a 15 encuentros; en muchos de ellos se han enseñado nuevas habilidades sociales, y en otras se continúa trabajando sobre habilidades ya vistas de modo de afianzarlas y que se sostengan en el tiempo.

Sesión N°1 y N°2: tono de voz

Esta sesión fue diseñada por Painter (2006) con el objetivo de que los niños tomen conciencia de la importancia que tiene el tono de voz de otras personas para poder comprender tanto sus estados de ánimo como el significado de lo que ellas dicen.

A partir del estudio realizado por Lindner y Rosén (2006), se determinó que los niños con síndrome de Asperger tienen mayores dificultades para identificar las emociones a través de la prosodia (pronunciación y acentuación del discurso), que niños con un desarrollo normal.

La importancia de realizar esta actividad radica en que, siguiendo lo planteado por Volkmar (2007),

es común que los pacientes con síndrome de Asperger no entiendan chistes o sarcasmos, tomando las palabras en forma literal; por otro lado también presentan problemas a la hora de expresar su estado de ánimo. Otra característica que puede aparecer es la falta de control sobre el volumen de su voz (presentando ecolalia y fluctuaciones en el mismo). Así, es significativo para estos niños tener la posibilidad de aprender desde el modelado.

Se realizó un role playing conjuntamente con el terapeuta intentando modelar la conducta de los niños; así, se les mostraron diferentes estados de ánimo con frases congruentes e incongruentes con estos (por ejemplo, el terapeuta adopta un rostro y tono de voz que denotan tristeza, y a la vez comenta lo feliz que está).

L mostró muchas ganas de realizar la actividad sugerida, manteniendo su nivel de energía e interés durante toda la sesión.

A, en cambio, expresa su desacuerdo respecto de la actividad; el terapeuta debe convencerlo de realizarla, y el niño decide proponerle al terapeuta hacer un trato: una vez terminada, podría mirar videos en internet. El terapeuta acepta. Sin embargo, A comienza a escuchar el role playing y repite incesantemente que él ya lo sabe, y no tiene nada que aprender de lo que se le está mostrando.

Luego se les propone a ambos que recreen entre ellos diálogos con diferentes estados emocionales: enojo, alegría, tristeza, ansiedad. Se les explica que deben prestar suma atención tanto a su propio tono de voz como al de la otra persona. También se hace énfasis en las expresiones faciales que les demuestran las propias emociones.

L está bien predispuesto y con ganas de realizar lo propuesto; A expresa disgusto con lo sugerido, y dice que va a hacerlo únicamente porque después podrá ver videos.

Durante la actividad a A le cuesta discernir los estados de ánimo que L propone; este último, en cambio, tiene mayor facilidad para realizar la tarea.

A raíz de las limitaciones que tienen los pacientes que forman parte de este estudio con respecto a su dificultad para comprender estados de ánimo a partir del tono de voz de su interlocutor, es interesante citar la investigación realizada por Koning y Magill-Evans (2001) para poder ver que los pacientes que forman parte de la misma presentan idéntica limitación.

En ella se analizaron dos grupos de veintiún adolescentes cada uno (un grupo diagnosticado con síndrome de Asperger y un grupo control) en cuanto a su percepción social, habilidades sociales, cantidad de amigos y la frecuencia del contacto con ellos, y su lenguaje expresivo y receptivo.

Aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos en todos los puntos descriptos anteriormente, sobre todo en lo que respecta al lenguaje receptivo.

A partir de estos resultados Mazefsky y Oswald (2006) proponen que los niños con síndrome de Asperger ignoran en gran medida el tono de voz cuando se trata de descifrar las emociones en los demás. Es por esto que en el tratamiento se pone énfasis en esta habilidad.

Como actividad para la semana se les propone a ambos pacientes que mantengan conversaciones con sus allegados y amigos, de modo de poder ejercitar la habilidad que fue enseñada durante la sesión.

Sesión N°3: iniciando conversaciones

El objetivo de esta sesión es enseñar a los pacientes cómo pueden iniciar una conversación, y de qué temas pueden hablar durante la misma.

Painter (2008) indica que las reglas implícitas del uso social del lenguaje no forman parte del repertorio de aprendizajes de los pacientes con síndrome de Asperger; es por eso que es importante enseñarlas para que estos niños puedan desarrollar relaciones sociales de la forma más natural posible.

Retomando lo planteado por Beaumont y Sofronoff (2008), estos pacientes no cuentan con la teoría de la mente; esto no les permite atribuir estados mentales en otras personas, causando una desconexión a la hora de empezar o incluirse dentro de una charla.

Debido a esto es primordial que los pacientes tengan este entrenamiento dentro del tratamiento, a fin de que puedan llevar a cabo conversaciones de la forma más natural posible a partir de sus limitaciones.

Esta sesión se inicia recordándoles a los pacientes lo aprendido durante el encuentro anterior. Se les pregunta cómo les resultó la actividad que se les había propuesto: ambos indican haber practicado la habilidad. L comenta que pudo prestar mucha atención a lo sugerido por el terapeuta, logrando darse cuenta de los estados de ánimo de sus interlocutores. A, sin embargo, plantea que sólo lo intentó con miembros de su familia y que le pareció sumamente aburrido; el terapeuta indaga si había logrado percatarse del humor de alguno de ellos, pero él decide no contestar, arguyendo que no le interesa hablar de ese tema en ese momento.

Luego se abre una discusión para que ambos pacientes puedan dar su opinión respecto de porqué es importante saber iniciar una conversación; A contesta en seguida, planteando que es importante para poder conseguir amigos. L coincide con él.

Más allá de ser conscientes de esto, ninguno de los dos pacientes se muestra predispuesto a iniciar la tarea. Así, se llega a un acuerdo con el terapeuta: primero podrían merendar y luego realizarían la actividad.

L se muestra más animado luego de comer; Agustín, sin embargo, intenta disuadir al terapeuta para que le permita jugar. Este último le recuerda que habían llegado a un acuerdo, y que ellos deben cumplir su parte.

Se les indica a ambos que propongan temas para iniciar una conversación con un compañero de colegio. A propone hablar de Club Penguin y de algún dibujo animado; se lo felicita por lo sugerido. L, en cambio, dice que un tema muy interesante para hablar es la mitología; se le indica que en

realidad es bueno hablar de temas o actividades que compartan los niños de su edad, tales como deportes (partidos de fútbol), dibujos animados, programas de televisión o películas actuales.

Es importante resaltar lo planteado por Scandar y Paterno (2010): estos pacientes tienen áreas de interés restrictivas, siendo difícil redirigir su atención hacia otros temas (por ejemplo, en una conversación no tienen la flexibilidad suficiente como para repentinamente cambiar de tema). Es por eso que estos autores insisten en la idea de generar en el colegio un círculo de amigos que puedan comprender que el niño con síndrome de Asperger puede necesitar ayuda, sin juzgarlo ni discriminarlo.

A continuación se propone que hagan un role playing entre ellos, hablando de los temas propuestos por el terapeuta (el juego Club Penguin, el partido de fútbol del domingo). Ambos participan, mostrándose activos y desempeñándose correctamente, aunque poco espontáneos en las conversaciones (se mantienen siempre dentro de lo sugerido por el terapeuta, sin poder desenvolverse en forma natural).

Como actividad para la semana se les propone que intenten encontrar en los recreos a algún compañero que esté solo y que inicien una conversación con él.

Sesiones N°4, N°5 y N°6: mantener y finalizar conversaciones

Según lo planteado por Paul, Miles Orlovski, Chuba Marcinko y Volkmar (2009), los pacientes con síndrome de Asperger suelen mostrar un vocabulario amplio, pero a la hora de conversar presentan un importante déficit en las áreas pragmática y de comunicación social.

Siguiendo a estos autores, aparecen problemas en las siguientes áreas específicas: no se dan cuenta de que en conversaciones recíprocas deben haber turnos para que hablen todos, tienen dificultades para tomar decisiones adecuadas sobre la cantidad información que deben aportar en una conversación, no pueden adoptar la perspectiva del otro (por lo tanto tampoco pueden ofrecer una respuesta pertinente ante lo planteado por su interlocutor), y tampoco pueden realizar preguntas acordes con los temas que propongan las otras personas presentes.

Durante estas sesiones se trataron las habilidades necesarias para mantener conversaciones y la forma correcta de finalizarlas, intentando generar un aprendizaje a partir de los problemas planteados en el párrafo anterior.

Al inicio de cada una de ellas se retomó lo aprendido en la sesión N°2 respecto de cómo iniciar conversaciones; nuevamente se nota la poca espontaneidad de ambos pacientes respecto de los temas que tocan en su charla; se nota que L tiene más interés en hablar que A; este último se muestra fastidiado y de mal humor.

Luego de una discusión con ambos pacientes respecto de porqué es relevante esta habilidad, se les explica que no sólo es importante poder iniciar las conversaciones sino que también es fundamental

poder mantenerlas para lograr iniciar una amistad, así como también ser capaces de finalizarlas de forma cortés. Se aclara, además, que es muy valioso poder saber acerca de los gustos del otro; esto les puede permitir comenzar una nueva conversación en cualquier otro momento. Ambos pacientes se muestran de acuerdo con estos conceptos.

Se les enseñó: la importancia de fijarse en los detalles incluidos durante el diálogo (estos deben estar equilibrados, de modo que el que escucha no se aburra y que pueda tener una idea completa de lo expuesto); cómo darse cuenta que aquel que escucha está interesado o aburrido; cuándo debe interrumpirse a quien está hablando para realizar una pregunta; cómo ser un buen escucha; cómo darse cuenta de que la conversación terminó y poder finalizarla y despedirse de forma correcta.

El terapeuta determinó que estas habilidades iban a practicarse durante tres sesiones, debido a que notaba que ambos pacientes mantenían su poca espontaneidad en sus temas de conversación, además de una actitud poco amistosa respecto de la actividad sugerida. Más allá de que ambos entendían que necesitaban adquirir experiencia, ninguno de ellos se veía convencido ni mostraba agrado para con lo sugerido.

Al inicio de cada encuentro se les pide a los pacientes que relaten sus experiencias respecto de la práctica de esta habilidad en la última semana.

En las tres sesiones se realizaron representaciones de diferentes conversaciones entre todos los presentes en el consultorio (el terapeuta, los pacientes y la pasante); se los alentó constantemente a iniciar espontáneamente diálogos entre ellos.

Sesiones N°7, N°8 y N°9: responder ante las emociones del otro

A partir de los planteos de Scattone (2008), uno de los rasgos más definitorios del síndrome de Asperger son las alteraciones que los pacientes presentan en sus interacciones sociales; la autora plantea la hipótesis de que esto puede deberse a las dificultades en la comprensión de las reglas tácitas que rigen el comportamiento social.

Painter (2008) realiza un constante hincapié en recordar las reglas básicas de las interacciones con otros, y hacer énfasis en la posibilidad de practicarlas durante esta sesión.

La autora remarca la importancia del papel del terapeuta al momento de iniciar una discusión con los pacientes presentes en la sesión respecto de cómo se puede determinar la emoción que otra persona está sintiendo.

El objetivo de estas sesiones fue enseñarles a los pacientes a responder ante las emociones de otras personas mientras están manteniendo una conversación. Debido a que no basta únicamente con saber determinar la emoción del interlocutor, durante estas sesiones se enseñó a los pacientes esta habilidad.

Se realiza un repaso de todas las habilidades ya aprendidas durante las sesiones anteriores, indicándoles que durante las próximas tres sesiones van a poder aplicarlas todas juntas.

Se les indica que muchas veces ellos pueden estar dialogando con alguien y que existe la posibilidad de tocar un tema que desencadene una reacción emocional en el otro; se les brindan ejemplos para que puedan entender el concepto que se les está enseñando.

A continuación se les pregunta cómo se imaginan que pueden darse cuenta de las emociones de otras personas; L cree que a través del tono de voz y por la posición y la forma de las cejas, y A dice que no le interesa responder porque no le importan las emociones de los otros. Ante esto el terapeuta trabaja varios minutos con él, repasando nuevamente las habilidades ya enseñadas y tratando de que el niño comprenda la importancia de esta habilidad.

Se les indica a ambos que a través de las expresiones faciales y del tono de voz de la otra persona pueden determinar lo que esta está sintiendo; también se les aclara que otra forma de inferir el estado emocional del otro es prestar atención al contenido de su discurso.

El terapeuta consideró sumamente necesario el modelado de la conducta de los niños a partir de la observación por parte de estos de las conductas llevadas a cabo en la interacción entre él mismo y la pasante; así, se desarrollaron muchas conversaciones diferentes entre estos últimos, planteando no sólo diferentes temas de conversación sino también distintas reacciones (de enfado, alegría, culpa, celos, vergüenza). El objetivo de esta intervención es que los pacientes puedan determinar cuál es la emoción dominante de la persona que se encuentra hablando de un tema puntual, y puedan, a su vez, explorar diferentes formas de reaccionar ante esa situación.

Muchas veces el terapeuta congela la conversación, y les pregunta a los pacientes si es correcto realizar una pregunta puntual o un comentario a partir del contenido del diálogo; L se muestra más interesado ante esta actividad, aunque de todas formas ambos pacientes contestan e interactúan entre sí en todo momento. En cada uno de los temas planteados ambos pacientes estuvieron de acuerdo con respecto a cuándo intervenir en la conversación y de qué forma hacerlo.

Luego el terapeuta cambió la actividad: él sugiere varios temas puntuales para que los niños hablen entre ellos, haciendo énfasis en el hecho de poder comprender los estados emocionales de su interlocutor. Además se les recuerda que deben finalizar de forma cordial cada una de esas conversaciones. Ambos realizan lo propuesto sin mucho entusiasmo, aunque sin oponerse.

A partir de las sesiones descritas resulta interesante el planteo de Mazefsky y Oswald (2006): una respuesta adaptativa ante una situación social está dada a partir de incorporar la perspectiva del otro y de poseer un correcto significado respecto de la situación que se está llevando a cabo; para que esto suceda hay un elemento clave, que es una adecuada percepción correcta de las emociones del interlocutor.

Debido a lo anteriormente descrito, estas sesiones son extremadamente importantes para que los pacientes puedan adaptarse lo mejor posible al medio que los rodea.

Luego de finalizar cada uno de estos encuentros específicos se fomenta que los pacientes pongan en práctica estas habilidades en diferentes situaciones de su vida cotidiana (como en el colegio, con su familia o en el club).

Sesiones N°10, N°11 y N°12: cómo unirse a un grupo

Durante estas sesiones se enseñó la habilidad necesaria para unirse a un grupo de niños que ya se encuentran participando en una actividad (hablando, jugando), pudiendo reconocer señales en los otros que puedan ayudarlos.

A partir de los planteos realizados por Scandar y Paterno (2010), puede determinarse el nivel de importancia que tiene el desarrollar esta habilidad: en líneas generales los niños con síndrome de Asperger tienen intenciones de socializar con sus compañeros, pero si se sienten rechazados por estos pueden dejar de intentarlo, apareciendo un sentimiento de frustración que hace difícil que vuelvan a intentarlo. Así, resulta primordial que los pacientes adopten esta habilidad.

Por otro lado, según Painter (2008) esta habilidad requiere del entrenamiento previo de aptitudes como la capacidad para leer señas que transmite el otro a través del lenguaje corporal y otras señas no verbales; también requiere de buenas habilidades para conversar. Estas fueron descritas anteriormente en el desarrollo de las sesiones previas. Se repasaron previamente todas las habilidades ya vistas, y se les preguntó a ambos pacientes si les parecían útiles para lograr unirse a un grupo de niños que ya estén conversando en el patio del colegio; ambos respondieron que las consideraban muy importantes.

Durante las tres sesiones ambos pacientes se mostraron más abiertos a las actividades sugeridas por el terapeuta. Se les enseñó la importancia de buscar a alguien dentro del grupo que conozcan bien y realizar contacto ocular con él, buscar un lugar físico abierto dentro del grupo, e intentar encontrar pautas no verbales de invitación al mismo (como ser contacto visual o alguien sonriendo o moviendo la mano a modo de llamado).

En el encuentro N°9 A plantea el conflicto que siempre se le da ante uno de sus compañeros, quien sistemáticamente quiere pelear y discutir con él; el terapeuta le aconseja que intente buscar otros compañeros con quienes charlar.

L, en cambio, indica que siempre lo cargan cuando trata de insertarse a un grupo; cuando el terapeuta le pregunta por qué cree que esto sucede, el niño indica que le preguntan si va a salir volando por los movimientos que hace con sus manos y brazos (el niño los realiza mientras explica la situación). El terapeuta le pregunta por qué razón los hace, y él dice que solo los realiza cuando se siente nervioso.

Así, el terapeuta comienza junto con la pasante una actividad de modelado: representan entre ambos las escenas que los pacientes relataron, primero planteando la situación como se produce siempre y luego con las reacciones que en realidad deben darse. A continuación se les propone a ambos pacientes que realicen un role playing a modo de demostrar lo aprendido. Ambos lo realizan en forma correcta.

En los encuentros restantes se vuelve a realizar un repaso de las nociones previamente aprendidas, y se les pregunta si pudieron poner en práctica lo visto durante la sesión anterior. Leandro responde afirmativamente, e indica que todavía no logra controlar los movimientos de sus manos; Agustín dice que no pudo probar la habilidad porque estuvo enfermo y no fue al colegio.

Nuevamente se realizan role playing y se intenta modelar la conducta de ambos pacientes.

Sesión N°13: ser un buen jugador

A partir de lo planteado por Painter (2008), se ve que muchos investigadores utilizan los juegos u otro tipo de actividades recreativas con el fin de enseñar habilidades sociales a los pacientes con síndrome de Asperger.

Siguiendo a esta autora, es importante que los niños aprendan a ser buenos jugadores en orden de poder participar en juegos o actividades grupales; esta habilidad pasa a ser vital en el momento en que las reglas de esos juegos sean muy rígidas.

Desde esta sesión hasta la N°15 se les enseña a ambos pacientes la habilidad de ser un buen jugador. Al comenzar la sesión N°13 se les preguntó a los pacientes qué es ser un buen jugador: ambos estuvieron de acuerdo en que para serlo es necesario no hacer trampa. L, además, planteó que hay que respetar a los contrincantes; ante esta frase A sugirió que si los otros son malos jugadores (si pegan o hacen trampa), se puede utilizar la violencia física con ellos. L estuvo en pleno desacuerdo con él, y tras una discusión entre ellos el terapeuta aprovechó el momento para repasar otras habilidades sociales como la de cómo responder ante las emociones del interlocutor y cómo terminar cordialmente una conversación.

Los pacientes llegaron a la conclusión de que solo es importante no hacer trampa.

El terapeuta realizó un role playing con la pasante con el fin de que ambos niños delimitaran entre todas las actitudes propuestas, aquellas que hacen a un buen jugador.

Ellos lograron definir correctamente las conductas positivas y negativas. A continuación el terapeuta expuso que es importante ser un buen jugador para establecer y mantener amistades, ya que nadie quiere ser amigo ni tener de integrante en un equipo a una persona que no es buen jugador; indicó, además, que es importante estimular a los compañeros de equipo, felicitar al ganador, alentar al equipo que perdió, mantenerse calmo si el propio equipo perdió, no irritar al perdedor, y poder aceptar las correcciones del referí.

Luego se les plantearon a los pacientes diferentes situaciones que debían representar entre ellos; el

objetivo era que pudieran entender y aprender las actitudes positivas requeridas para permanecer en un equipo.

Ambos pacientes pudieron llevar a cabo la actividad sugerida de forma correcta, llegando a comprender y poner en práctica las actitudes planteadas por el terapeuta.

Luego se les dio a elegir entre dos juegos de mesa (ludo y oca) y ambos eligieron jugar al ludo. Antes de comenzar el juego se les recordó que la habilidad enseñada no es solamente para practicar un deporte en grupo, sino que es importante para cualquier tipo de actividad lúdica. Ambos niños se desempeñan en forma correcta, mostrando respeto por el resto de los jugadores; al finalizar ninguno de ellos felicitó al ganador, así que se les recordó que esa actitud es de buen jugador.

Al terminar la sesión se les indicó que durante la semana debían poner en práctica tanto esta habilidad como la de integrarse a un grupo. También se propuso que invitaran a miembros de su familia a jugar algo que les divirtiera para que pudieran entrenar esta capacidad.

Sesión N°14: ser un buen jugador

Al comenzar este encuentro se les pregunta a ambos pacientes si pudieron llevar a cabo actividades lúdicas con otras personas durante la semana; ambos pacientes responden en forma positiva. A indicó que pudo jugar con su hermana y su madre a un juego de mesa; L dijo que tuvo varios partidos de fútbol durante la semana.

A ambos pacientes les agradó que el terapeuta volviera a invitarlos a jugar un juego de mesa; eligieron nuevamente el ludo. Antes de comenzar se repasaron las habilidades necesarias para ser un buen jugador; ambos las repasaron junto al terapeuta (no las recordaban todas).

Mientras se llevaba a cabo el juego ambos pacientes fueron comentando cómo realizaron las diferentes actividades lúdicas con su familia o amigos; L comentó que más allá de saber que debe ser un buen perdedor, le cuesta mucho perder y ponerle buena cara al equipo contrincante. El terapeuta le indica que no es fácil para nadie saludar de buena forma al otro equipo, pero que sólo se consigue esa conducta practicándola muchas veces hasta que se vuelve una costumbre.

A menciona que él no tuvo problemas en aplicar la habilidad porque no pudo ingresar en ningún equipo de juego. El terapeuta vuelve a remarcarle a ambos la trascendencia de practicar las habilidades hasta manejarlas correctamente.

Al respecto, Scandar y Paterno (2010) sugieren que debe respetarse la necesidad de aislamiento que muchas veces presentan estos niños, aunque el objetivo final de un espacio terapéutico sea lograr que los pacientes puedan integrarse a grupos de juego o de trabajo en una forma más natural.

Al terminar la sesión, luego de merendar, se le indicó a A que intente integrarse a cualquier grupo durante el recreo, y a L que continúe jugando al fútbol con sus compañeros y que intente controlar

su bronca cuando pierde.

Sesión N°15: ser un buen jugador

Al comenzar la sesión volvieron a repasarse los conceptos de todas las habilidades aprendidas desde el comienzo. Ambos pacientes tienen en claro las estrategias y actitudes que deben utilizar para poner en práctica cada competencia.

Durante esta sesión ninguno de los dos pacientes tuvo ganas de jugar a un juego de mesa, de modo que el terapeuta les propuso que compartieran algún juego online; los niños tardaron en ponerse de acuerdo. A quería jugar a Club Penguin y L le decía que ese juego solo podía jugarse de a uno, y por lo tanto no podían practicar la habilidad de ser un buen jugador; A, sin embargo, le dijo que como es un juego online él iba a jugar con otras personas.

El terapeuta le indicó a A que L tenía razón, y que debían jugar a algo que pudiesen compartir. Finalmente pudieron tomar una decisión conjunta.

Durante la sesión se remarcó constantemente la importancia de compartir con otros para poder generar nuevas amistades, cómo ser un buen perdedor, cómo expresarle al otro de forma correcta alguna disconformidad respecto de la forma del juego o las reglas del mismo.

Ambos niños pudieron jugar conjuntamente durante una hora, sorteando discusiones y malos entendidos.

Evaluación del impacto que tiene en los niños el entrenamiento específico de la habilidad de ser un buen jugador

A partir de los datos que brindaron los padres de ambos pacientes en las encuestas que se les entregaron dos semanas antes de realizar el entrenamiento en ser un buen jugador, y dos semanas después de haberlo finalizado, puede llegarse a la conclusión de que han habido cambios pero que los mismos no son demasiado significativos.

Respecto a A, en la primera encuesta entregada los padres manifestaron que no juegan muy seguido en la semana con el niño. Indican, además, que cuando este gana lo expresa pero sin hacer burlas dirigidas al contrincante; y, si pierde, se muestra disconforme pero no realiza malos comentarios, por lo que no se comporta como un muy mal perdedor más allá de no felicitar al ganador.

Es un niño que tiende a hacer trampa en las actividades lúdicas, aunque no disfruta mucho de los juegos grupales sino que presenta una tendencia al gusto por los momentos en soledad. Esto se ve también en la respuesta negativa de los padres ante la pregunta de si, al perder, el niño quiere volver a jugar. De todas formas, si el adversario pide una revancha, el niño aceptaría la petición.

Los cambios que se presentan en la segunda encuesta son los siguientes: luego de las tres semanas de entrenamiento A no intenta hacer trampa en los juegos, se muestra con actitud para volver a iniciar una nueva partida más allá de que el contrincante no la solicite, aunque también presenta un

incremento en los berrinches cuando pierde.

Los padres de L expresan en la primera encuesta que el niño disfruta realizando actividades lúdicas con la familia. Al ganar, expresa abiertamente su victoria pero no se burla del resto de los jugadores. Al perder, sin embargo, se muestra disconforme y realiza malos comentarios e insultos a su contrincante; también suelen agarrarle berrinches con frecuencia. Los padres indican que el niño tiene un nivel máximo de tendencia hacia estas actitudes, además de hacer trampa reiteradamente. Ante la situación de haber perdido, Leandro quiere volver a jugar tanto por iniciativa propia como a partir del pedido de su contrincante.

A partir de haber formado parte del taller de habilidades sociales L tiene bastantes cambios, entre ellos: al ganar se comporta como un buen jugador, felicitando a los demás por la partida. Si pierde demuestra su disconformidad, pero presenta un menor nivel de reacciones como decir malos comentarios e insultar a los demás jugadores.

CONCLUSIONES

Se considera que se arribó a los objetivos planteados a partir de de la asistencia a los talleres de habilidades sociales para niños diagnosticados con síndrome de Asperger, pudiendo observar la dinámica y la metodología del trabajo clínico llevados a cabo en el mismo.

Pudo realizarse una completa descripción del taller y las intervenciones realizadas.

La aplicación del programa de Painter durante las sesiones ha logrado producir en A y L pequeños cambios en la habilidad de ser un buen jugador.

Las encuestas muestran que más allá de haberse generado modificaciones positivas en cuanto a la tendencia a querer hacer trampa, se mantiene en ambos pacientes casi el mismo nivel de disconformidad ante la situación de perder en el juego; en el caso de A, hay un incremento en la cantidad de veces que presenta berrinches.

Gráfico 1: Resultados de primera y segunda encuesta del paciente A. Fuente: elaboración propia.

Esta última situación planteada puede ser la causa por la cual los padres no dedican mucho tiempo a jugar con A; él mismo siempre plantea que prefiere más los momentos en los que está en soledad. También se puede sugerir que el aumento en su actitud positiva hacia iniciar una partida de revancha se presente más elevada por haber recibido más invitaciones de parte de los padres para compartir momentos juntos.

Esto demuestra que es muy significativo todo el tiempo de calidad que los padres puedan dedicarle a un hijo que presente esta patología; estos deben intentar el aprendizaje de habilidades en sus hijos a partir del moldeado y modelado de las conductas del mismo.

Gráfico 2: Resultados de primera y segunda encuesta del paciente L. Fuente: elaboración propia.

El caso de L es completamente diferente: al ser un niño que siempre disfruta de llevar a cabo juegos con pares o familiares, puede darse que compartir juegos muchas más veces por semana sea clave al momento de encontrar esta disparidad con respecto a A.

Sin embargo en ambos pacientes aparece una de las características clave de este síndrome, que es la abundante presencia de berrinches.

En cuanto al aspecto vincular, se considera que el paciente que tiene claras y mayores posibilidades de generar nuevos vínculos es L. Más allá de que los cambios que aparecen en este paciente a raíz de haber analizado las encuestas surgidas de entrenamiento no sean significativos, se entiende que es un niño que no presenta graves dificultades a la hora de relacionarse con pares; el problema radica más en cuestiones de acoso escolar (este es el motivo por el cual él se siente muchas veces decepcionado en el colegio).

A, sin embargo, no sólo no muestra deseos de generar nuevas relaciones, sino que muestra una menor flexibilidad para probar las técnicas sugeridas por el terapeuta; esto tiene como consecuencia que durante las sesiones se queje de todo lo que se le presenta como una posibilidad de cambio, estando siempre a la defensiva.

Hay varios puntos que deben resaltarse en cuanto a las limitaciones de este trabajo.

Se considera vital poder determinar a partir de diferentes estudios la efectividad de los tratamientos existentes para pacientes con síndrome de Asperger. Más allá de que en este trabajo se haya demostrado que se han producido pequeños cambios en ambos niños, debería medirse su eficacia a partir de estudios con un mayor número de personas.

En la investigación realizada por Crooke, Hendrix y Rachman (2008), los autores plantean la diferencia entre dos tratamientos: uno de ellos se encuentra basado en la enseñanza de habilidades sociales (que se realiza a partir de técnicas conductuales, centradas en competencias discretas); el segundo tratamiento está basado en instruir a los niños respecto de cómo deben pensar socialmente las situaciones. Este último se basa en que ellos comprendan la razón por la cual es importante la socialización con otros individuos, independientemente de cada habilidad social específica que los pacientes necesitan aprender.

Se considera que el tratamiento que estos pacientes han llevado a cabo en el Equipo de Terapia Cognitiva Infantojuvenil (Fundación ETCI) ha sido de competencias específicas, realizando hincapié en la razón de la importancia de este aprendizaje pero basándose siempre en las habilidades que fueron planteadas por Painter en su programa (que como se ha visto son diez sesiones principales, diez suplementarias y tres específicas para adolescentes).

Viendo los resultados positivos que el equipo de investigación de Crooke, Hendrix y Rachman han obtenido en el tratamiento basado en el pensamiento social de situaciones, sería interesante poder plantear la opción de tomar dos grupos de pacientes con síndrome de Asperger, aplicar ambos

tratamientos y poder comparar los resultados entre ellos.

Otro punto que es importante resaltar es la posibilidad de que los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a partir del presente trabajo se presenten en esta forma debido a la cercanía en que fueron tomadas con respecto al entrenamiento; hubiese sido interesante poder llevar a cabo un estudio de corte longitudinal con estos pacientes, de modo de poder demostrar la efectividad que el tratamiento podría tener a lo largo del tiempo.

Es preciso señalar la necesidad de que no sólo los padres contesten las encuestas, sino que también lo hagan los maestros de cada paciente y otras personas significativas de los diferentes ámbitos donde el niño se inserta socialmente (como por ejemplo un club). Se considera que en este tipo de investigación son necesarios estos datos para poder probar la generalización de los resultados visibles en el ambiente terapéutico.

Con respecto a este último punto planteado, esto llevaría a que puedan implementar lo aprendido no sólo en los ámbitos en que ellos se desenvuelven en la actualidad. La realidad es que en diferentes momentos de su desarrollo ellos se verán obligados a insertarse en diferentes ámbitos, y el objetivo es lograr que lo aprendido en el taller les sirva para poder hacerlo de la mejor forma posible.

Otra herramienta posible sería presentar en el consultorio a personas desconocidas para los pacientes, de forma que ellos puedan practicar no sólo en los ámbitos donde normalmente acuden (y en los que todos conocen al paciente y sus particularidades). Se considera que esto podría darle a cada niño más confianza en sus habilidades, así como más posibilidades de extender lo aprendido en el taller.

Por otra parte, una gran limitación es la falta de representatividad de la población respecto de la elección de los pacientes que formaron parte de este trabajo. Esta muestra no fue elegida al azar; debido a esta condición, y a la cantidad de sujetos que formaron parte, no es posible extrapolar sus resultados al resto de la población de niños con síndrome de Asperger.

Otro inconveniente que se presentó fue la falta de un instrumento de medición acorde al trabajo en cuestión, y que estuviese validado en la Argentina. Debido a esto, y más allá de contar con la buena predisposición de los padres de los pacientes para completar las encuestas, fue realmente difícil determinar en forma autónoma las preguntas que iban a realizarse en las mismas para luego tener la supervisión del tutor de la pasantía.

Se considera que hay muchos datos cualitativos que, dado el formato de la encuesta, han quedado por fuera de la evaluación de la eficacia del tratamiento. Sería importante poder dar a los padres la posibilidad de contar con un espacio para poder tomar las opiniones personales respecto al mismo.

También hubiese sido interesante y fructífero poder recabar datos acerca de la percepción subjetiva de los pacientes respecto de la eficacia del entrenamiento de la habilidad de ser un buen jugador.

Es preciso aclarar la importancia que tienen los encuentros que el terapeuta realiza con los padres de

los pacientes que presentan este síndrome. Se entiende que este trabajo hubiese sido más provechoso si se hubiese tenido la posibilidad de asistir a estas sesiones, pudiendo recabar mayor información a partir de las vivencias de los padres de ambos pacientes con respecto a las limitaciones que encuentran en la crianza de sus hijos.

Por otro lado, más allá de que resulta vital contar con una buena comunicación con la institución educativa a la que asisten los pacientes con síndrome de Asperger (de parte de los padres y el equipo interdisciplinario que atiende a cada paciente), el hecho de que los maestros cuenten con información precisa sobre cómo poder ayudar a estos niños dentro del ámbito escolar resultaría importante.

Rao, Beidel, y Murray (2008) plantean que es importante que no sólo los terapeutas tengan acceso a los manuales de tratamiento, sino que los docentes y padres de estos pacientes necesitan tener acceso a estos manuales, y a su vez tener un mínimo entrenamiento para conocer conceptos y técnicas básicas de la terapia cognitivo-conductual.

Esto ayudaría en su tratamiento, pudiendo generar una estrategia eficaz para su correcta inserción.

Es preciso resaltar los aspectos positivos que presentaron las condiciones de realización de este trabajo.

Es posible pensar que las expectativas positivas de los padres con respecto al alcance y correcto funcionamiento del tratamiento llevado a cabo con estos niños puedan sesgar en forma importante los datos brindados por ellos para el presente trabajo. Dado esto, ha sido más que provechoso el hecho de haber podido presenciar este tratamiento, asistiendo a cada sesión llevada a cabo en el consultorio; así se han podido ver los cambios que los padres han podido representar a través de las encuestas que han contestado.

Es preciso señalar el beneficio que presenta la aplicación de este tratamiento en cuanto al costo del mismo. Debido a las condiciones en que puede llevarse a cabo, no es necesario que la familia deba destinar una gran cantidad de dinero para que un paciente con síndrome de Asperger pueda tener acceso al mismo; de todas formas sería interesante poder determinar si en los hospitales públicos existen estas mismas posibilidades para aquellas familias que no puedan tener acceso a realizar un tratamiento en un consultorio privado. Respecto de la bibliografía consultada para realizar el presente trabajo, puede decirse que es muy importante poder realizar no sólo un correcto diagnóstico diferencial, sino también poder distinguir las características particulares que se dan en cada individuo: cómo la patología, que puede estar definida en términos generales en los manuales diagnósticos, toma formas peculiares en cada uno.

A su vez puede notarse que la falta de las habilidades que se han expuesto durante el presente trabajo, no afectan a todos los individuos por igual.

Muchos de ellos pueden únicamente pararse sobre su condición patológica y no aprovechar las habilidades que presentan para poder sacar provecho de las mismas; otros, por el contrario, tienen la posibilidad de encontrar en sus capacidades e intereses las herramientas necesarias para un desarrollo personal fértil.

También es relevante no perder nunca de vista que la persona que se tiene en frente es un niño o un adolescente que no solo tiene una patología: también necesita que sean abarcados en el marco terapéutico los cambios normales que aparecen según su edad.

Se considera importante destacar que más allá de que no haya datos precisos acerca de la prevalencia del síndrome de Asperger en nuestra población, es primordial dar a conocer la información acerca de esta patología para poder contar con una mayor cantidad de profesionales que posean conocimiento acerca de la misma, pudiendo realizar diagnósticos correctos para que los niños o adolescentes puedan recibir un tratamiento adecuado a sus necesidades.

Es primordial que aquellos Psicólogos que tienen experiencia en este tema puedan realizar supervisiones grupales para terapeutas que recién se inician; así el rico contenido de los casos planteados puede servir también para generar nuevas ideas acerca de herramientas diagnósticas y posibles nuevos tratamientos.

Debe destacarse la vital importancia de una mirada interdisciplinaria del tema, pudiendo trascender los límites inherentes a cada disciplina individual de modo de poder tratar esta particular patología, con la posibilidad de generar nuevas prácticas y saberes.

BIBLIOGRAFÍA

- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4ª edición)*. Barcelona: Masson.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Beaumont, R. & Sofronoff, K. (2008) A New Computerised Advanced Theory of Mind Measure for Children with Asperger Syndrome: The ATOMIC. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 249–260.
- Betts, S., Betts, D., & Gerber-Eckard, L. (2007). *Asperger Syndrome in the Inclusive Classroom. Advice and Strategies for Teachers*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Bogdashina, O. (2003). *Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome. Different Sensory Experiences. Different Perceptual Worlds*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Bromfield, R. (2010). *Doing Therapy with Children and Adolescents with Asperger Syndrome*. Nueva Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Crooke, P., Hendrix, R. & Rachman, J. (2008). Brief Report: Measuring the Effectiveness of Teaching Social Thinking to Children with Asperger Syndrome (AS) and High Functioning Autism (HFA). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:581–591.
- Epstein, T., Saltzman-Benaiah, J., O'Hare, A., Goll, J. & Tuck, S. (2008). Associated features of Asperger Syndrome and their relationship to parenting stress. *Child: Care, Health and Development*, 34(4), 503-511.
- Frith, U. & Happé, F. (1994). Autism: beyond "theory of mind". *Cognition*, 50, 115-132.
- Frith, U. & Happé, F. (1999). Theory of mind and self-consciousness: what is it like to be autistic? *Mind and Language*, 14, 1-22.
- Gallo, D. (2010). *Diagnosing autism: a lifespan perspective*. Nueva Delhi: Wiley-Blackwell.
- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Gibson, J. (2004). *Understanding autistic spectrum disorders*. Londres: Mind.
- Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

- Gupta, V. (2004). *Autistic Spectrum Disorders in Children (Pediatric Habilitation)*. Nueva York: Marcel Dekker.
- Krasny, L., Williams, B., Provencal, S. & Ozonoff, S. (2003). Social Skills Interventions for the Autism Spectrum: Essential Ingredients and a Model Curriculum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 107–22.
- Koning, C. & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism*, (1):23-36.
- Lawton, S. (2007). *Asperger syndrome : natural steps toward a better life*. Connecticut: Praeger Publishers.
- Lindner, J. & Rosén, L. (2006). Decoding of Emotion Through Facial Expression, Prosody and Verbal Content in Children and Adolescents with Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(6):769-77.
- Martin Borreguero, P. (2004). *El síndrome de Asperger: ¿excentricidad o discapacidad social?* Madrid: Alianza Editorial.
- Martinovich, J. (2006). *Creative Expressing Activities and Asperger's Syndrome*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Mazefsky, C. & Oswald, D. (2006). Emotion Perception in Asperger's Syndrome and High-functioning Autism: The Importance of Diagnostic Criteria and Cue Intensity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37:1086–1095.
- Mesibov, G. Shea, V. & Adams, L. (2002). *Understanding Asperger Syndrome and High Functioning Autism*. Nueva York: Kluwer Academic Publishers.
- Molloy, H. & Vasil, L. (2004). *Asperger Syndrome, adolescence and Identity*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Moyes, R. (2002). *Addressing the Challenging Behavior of Children with High-Functioning Autism/Asperger Syndrome in the Classroom*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Nieminen-von Wendt, T., Paavonen, J., Ylisaukko-Oja, T., Sarenius, S., Källman, T., Järvelä, I. et al. (2005). Subjective face recognition difficulties, aberrant sensibility, sleeping disturbances and aberrant eating habits in families with Asperger syndrome. *BMC Psychiatry*, 5:20.
- Ochiai, M. (2006). *Different Croaks for Different Folks. All About Children With Special Learning Needs*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Painter, K. (2006). *Social Skills Groups for Children and Adolescents with Asperger's*

- Syndrome. A Step-by-Step Program*. Londres: Jessica Kingsley Publishers
- Patrick, N. (2008). *Social Skills for Teenagers and Adults with Asperger Syndrome*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Paul, R., Miles Orlovski, S., Chuba Marcinko, H. & Volkmar, F. (2009). Conversational Behaviors in Youth with High-functioning ASD and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39:115–125.
- Pelphrey, K., Sasson, N., Reznick, S., Paul, G., Goldman, B., & Piven, J. (2002). Visual Scanning of Faces in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32:4, 249-261.
- Rao, P., Beidel, D. & Murray, M. (2008). Social Skills Interventions for Children with Asperger's Syndrome or High-Functioning Autism: A Review and Recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:353–361.
- Rausch, J., Johnson, M. & Casanova, M. (2008). *Asperger's Disorder*. Nueva York: Informa Healthcare USA.
- Remschmidt, H. (2001). *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Repacholi, B. & Laughter, V. (2003). *Individual Differences in Theory of Mind*. Nueva York: Psychology Press.
- Sansosti, F., Powell-Smith, K. & Cowan, R. (2010). *High-Functioning Autism/Asperger Syndrome in Schools. Assessment and Intervention*. Nueva York: The Guilford Press
- Scandar, R. & Paterno, R. (2010). *Dificultad de Aprender. Cómo atender discapacidades y trastornos de aprendizaje*. Buenos Aires: Ediba Europa Eon.
- Scattone, D. (2008). Enhancing the Conversation Skills of a Boy with Asperger's Disorder through Social Stories and Video Modeling. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:395–400.
- Smith, J., Donlan, J. & Smith, B. (2008). *Create a Reward Plan for your Child with Asperger Syndrome*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Toth, K. & King, B. (2008). Asperger's Syndrome: Diagnosis and Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 165:8, 958-963.
- Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L. & Fombonne, E. (2007). Social Skills Training for Adolescents with Asperger Syndrome and High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v37, n10, 1960-1968.
- Turner, M. (1999). Annotation: Repetitive Behaviour in Autism: A Review of Psychological Research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 839-

Volkmar, F. (2007). *Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Nueva York: Cambridge University Press.

ANEXO

1. ¿Cuántas veces por semana comparte actividades recreativas con su hijo que implican que exista un ganador y un perdedor?

Ninguna - 1 a 3 - 4 a 7 - 8 a 10 - más de 10

2. Si su hijo gana en el juego, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen ganador felicitando al contrincante por la partida

Se notó que le gustó ganar, pero no felicitó al contrincante

Expresó abiertamente su victoria, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó abiertamente su victoria, y además hizo burlas y/o malos comentarios

3. Si su hijo pierde, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen perdedor felicitando al contrincante por la partida

Se notó que no le gustó perder, pero no hizo malos comentarios ni burlas

Expresó abiertamente disconformidad por haber perdido, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó disconformidad por perder y se burló de su contrincante o realizó malos comentarios (insultos, etc.).

4. Si su hijo perdiera, ¿en qué medida usted considera que se comportaría como un mal perdedor (con berrinches, insultos, descalificando al contrincante, etc.)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

56

5. Su hijo intentó realizar o realizó trampa durante algún juego?

SÍ NO

6. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, lo hizo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

7. ¿En qué grado considera usted que su hijo disfruta llevando a cabo juegos en familia o con amigos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

8. En el caso de que pierda, ¿su hijo quiere volver a jugar?

SÍ NO

9. En el caso de que pierda, ¿suelen agarrarle berrinches?

SÍ NO

10. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, ¿cuán seguido suelen agarrarle berrinches al perder?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

57

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

11. Si su hijo gana, ¿le da una oportunidad a su adversario de tener una revancha?

SÍ NO

58

1. ¿Cuántas veces por semana comparte actividades recreativas con su hijo que implican que exista un ganador y un perdedor?

Ninguna - 1 a 3 - 4 a 7 - 8 a 10 - más de 10

2. Si su hijo gana en el juego, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen ganador felicitando al contrincante por la partida

Se notó que le gustó ganar, pero no felicitó al contrincante

Expresó abiertamente su victoria, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó abiertamente su victoria, y además hizo burlas y/o malos comentarios

3. Si su hijo pierde, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen perdedor felicitando al contrincante por la partida

Se notó que no le gustó perder, pero no hizo malos comentarios ni burlas

Expresó abiertamente disconformidad por haber perdido, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó disconformidad por perder y se burló de su contrincante o realizó malos comentarios (insultos, etc.).

4. Si su hijo perdiera, ¿en qué medida usted considera que se comportaría como un mal perdedor (con berrinches, insultos, descalificando al contrincante, etc.)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

59

5. Su hijo intentó realizar o realizó trampa durante algún juego?

SÍ NO

6. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, lo hizo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

7. ¿En qué grado considera usted que su hijo disfruta llevando a cabo juegos en familia o con amigos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

8. En el caso de que pierda, ¿su hijo quiere volver a jugar?

SÍ NO

9. En el caso de que pierda, ¿suelen agarrarle berrinches?

SÍ NO

10. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, ¿cuán seguido suelen agarrarle berrinches al perder?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

60

11. Si su hijo gana, ¿le da una oportunidad a su adversario de tener una revancha?

SÍ NO

61

1. ¿Cuántas veces por semana comparte actividades recreativas con su hijo que implican que exista un ganador y un perdedor?

Ninguna - 1 a 3 - 4 a 7 - 8 a 10 - más de 10

2. Si su hijo gana en el juego, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen ganador felicitando al contrincante por la partida

Se notó que le gustó ganar, pero no felicitó al contrincante

Expresó abiertamente su victoria, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó abiertamente su victoria, y además hizo burlas y/o malos comentarios

3. Si su hijo pierde, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen perdedor felicitando al contrincante por la partida

Se notó que no le gustó perder, pero no hizo malos comentarios ni burlas

Expresó abiertamente disconformidad por haber perdido, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó disconformidad por perder y se burló de su contrincante o realizó malos comentarios (insultos, etc.).

4. Si su hijo perdiera, ¿en qué medida usted considera que se comportaría como un mal perdedor (con berrinches, insultos, descalificando al contrincante, etc.)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

62

5. Su hijo intentó realizar o realizó trampa durante algún juego?

SÍ NO

6. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, lo hizo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

7. ¿En qué grado considera usted que su hijo disfruta llevando a cabo juegos en familia o con amigos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

8. En el caso de que pierda, ¿su hijo quiere volver a jugar?

SÍ NO

9. En el caso de que pierda, ¿suelen agarrarle berrinches?

SÍ NO

10. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, ¿cuán seguido suelen agarrarle berrinches al perder?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

11. Si su hijo gana, ¿le da una oportunidad a su adversario de tener una revancha?

SÍ NO

1. ¿Cuántas veces por semana comparte actividades recreativas con su hijo que implican que exista un ganador y un perdedor?

Ninguna - 1 a 3 - 4 a 7 - 8 a 10 - más de 10

2. Si su hijo gana en el juego, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen ganador felicitando al contrincante por la partida

Se notó que le gustó ganar, pero no felicitó al contrincante

Expresó abiertamente su victoria, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó abiertamente su victoria, y además hizo burlas y/o malos comentarios

3. Si su hijo pierde, diría que su conducta es...

Se comportó como un buen perdedor felicitando al contrincante por la partida

Se notó que no le gustó perder, pero no hizo malos comentarios ni burlas

Expresó abiertamente disconformidad por haber perdido, pero no hizo burlas ni malos comentarios

Expresó disconformidad por perder y se burló de su contrincante o realizó malos comentarios (insultos, etc.).

4. Si su hijo perdiera, ¿en qué medida usted considera que se comportaría como un mal perdedor (con berrinches, insultos, descalificando al contrincante, etc.)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

5. Su hijo intentó realizar o realizó trampa durante algún juego?

SÍ NO

6. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, lo hizo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

7. ¿En qué grado considera usted que su hijo disfruta llevando a cabo juegos en familia o con amigos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Bastante Mucho

8. En el caso de que pierda, ¿su hijo quiere volver a jugar?

SÍ NO

9. En el caso de que pierda, ¿suelen agarrarle berrinches?

SÍ NO

10. Si respondió SÍ a la pregunta anterior, ¿cuán seguido suelen agarrarle berrinches al perder?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pocas Bastantes Muchas

Veces Veces Veces

11. Si su hijo gana, ¿le da una oportunidad a su adversario de tener una revancha?

SÍ NO

