

UNIVERSIDAD DE PALERMO.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

PRACTICA Y HABILITACIÓN PROFESIONAL

TFI: "Síndrome de Asperger en la adolescencia. Descripción de caso"

Autor: Silvia Delia Stocchetti

Prof. tutor: Lic. Gabriela Ramos Mejía

INDICE

1 INTRODUCCION	3
2 OBJETIVOS	4
2.1 General	4
2.2 Específicos	4
2.2.1 Describir las características del Síndrome de Asperger en un adolescente de 16 años.	4
2.2.2 Describir las intervenciones y técnicas aplicadas en el taller de habilidades sociales.	4
2.2.3 Describir el desempeño del adolescente en el taller de habilidades sociales y los logros obtenidos.	4
3 MARCO TEORICO	4
3.1 Características generales del Síndrome	4
3.1.1 Etiología	6
3.1.2 Diagnóstico	7
3.1.3 Comorbilidad.....	9
3.1.4 Tratamiento	9
3.2 Particularidades del síndrome en el período adolescente	11
3.3 Habilidades Sociales	14
4 METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Participantes	20
4.3 Instrumentos	20
4.4 Desarrollo	20
4.4.1 Objetivo 1	20
4.4.2 Objetivo 2	23
4.4.3 Objetivo 3	26
5 CONCLUSION	48
6 BIBLIOGRAFIA	56

1 INTRODUCCION

El tema del presente trabajo fue producto de la integración teórico-práctica de la pasantía, que se llevó a cabo tiene como interés, el desarrollo y la difusión del conocimiento científico de la Terapia Cognitiva, en el trabajo específico con niños y adolescentes.

La institución elegida ofrece asistencia terapéutica, llevada a cabo por profesionales especialistas en trastornos del Estado de Animo, Ansiedad, Conducta, Conducta Alimentaria; y Trastorno General del Desarrollo. Más allá de esta labor; se promueve una propuesta académica; que incluye tanto la formación presencial, como la que se lleva a cabo a distancia.

También cuentan con un departamento de Neuropsicología, que realiza evaluaciones psicológicas en caso de ser necesario y solicitadas por los profesionales que allí trabajan o por derivaciones; como el fin de obtener un diagnóstico más preciso.

Asimismo, considerando que es fundamental dar apoyo a los profesionales ya en ejercicio; existen espacios en los que se realizan supervisiones. El propósito de ellas, es permitir hacer correctas conceptualizaciones de cada caso, teniendo en cuenta la complejidad de las problemáticas que presentan los mismos en la actualidad.

Luego de un recorrido por las distintas áreas de la Institución; fue elección de la pasante, desarrollar el caso de un adolescente diagnosticado con Síndrome de Asperger; quien asiste a un taller de habilidades sociales. Este caso atrajo su especial atención, debido a las características del síndrome; que deja entrever un delgado límite entre lo normal y lo que no lo es; lo cual fue motivo para ahondar en el tema.

2 OBJETIVOS

2.1 General

Analizar el caso de un adolescente, con diagnóstico de Asperger en un taller de habilidades sociales.

2.2 Específicos

2.2.1 Describir las características del Síndrome de Asperger en un adolescente de 16 años.

2.2.2 Describir las intervenciones y técnicas aplicadas en el taller de habilidades sociales.

2.2.3 Describir el desempeño del adolescente en el taller de habilidades sociales y los resultados obtenidos.

3 MARCO TEORICO

3.1 Características generales del Síndrome

El Síndrome de Asperger, de acuerdo a lo expuesto por Borreguero (2004); fue detectado por primera vez, por el pediatra Hans Asperger, quien en el año 1944, observó comportamientos anómalos en un niño que asistió al Hospital Universitario Infantil de Viena; al tiempo que observó otros síntomas que ya habían sido identificados en cuadros de otros niños que acudían al mismo hospital.

Considerado por Asperger como un trastorno de naturaleza heterogénea, con variada manifestación sintomática; se mencionan a continuación los síntomas principales por él detectados: desarrollo lingüístico adecuado y en algunos casos avanzado, deficiencias graves en el uso social del lenguaje, incapacidad para la reciprocidad social y emocional, trastorno en la comunicación no-verbal, desarrollo de comportamientos repetitivos e intereses obsesivos; con pronóstico positivo que incluye la posibilidad de alta integración social. Todos ellos manifestados a partir de los tres años de vida (Borreguero, 2004).

Si bien Asperger, definió a este síndrome como “psicopatía autista”; fue Lorna Wing, psiquiatra británica, quien en 1981, sustituyó el término por “Síndrome de Asperger”; al tiempo que marcaba algunas diferencias, tales como que los primeros síntomas se observaban bastante antes, en el primer año de vida; que las estrategias de razonamiento del niño se caracterizan por ser repetitivas y rígidas, que el niño utiliza su elevada capacidad de memoria, con el fin de acumular cantidades ilimitadas de información sobre un tema que le interesa y no para facilitar el aprendizaje de habilidades adaptativas y que no había que ser tan optimista con respecto al pronóstico (como se cita en Borreguero, 2004).

Por su parte, Attwood (2009), incluye dentro de las características típicas del trastorno, el deterioro en el control de las emociones, escasa empatía, hiper e hipo sensibilidad a las experiencias sensitivas específicas y coordinación inmadura; todas consideradas previamente por Asperger. Al mismo tiempo que resume el significado del trastorno diciendo que el mismo, describe a alguien que percibe y piensa el mundo, de manera diferente a como lo hace el resto de la gente.

Considerando hasta lo aquí expuesto, las diferencias que surgieron de los distintos profesionales, generó inconsistencia al momento de diagnosticar el síndrome. Por lo tanto se decidió resolver la mencionada ambigüedad empíricamente, a través de la revisión de los trabajos de investigación publicados hasta la década del '90, los cuales fueron llevados a cabo por Dr. Fred Volkmar y equipo; cuyos resultados permitieron incluir el síndrome en los manuales DSM IV y CIE-10 (Borreguero, 2004).

Se cree importante mencionar también, el surgimiento posterior del término Autismo de Alto Funcionamiento, en 1981, de la mano de DeMyer, Hingtgen y Jackson; término utilizado anteriormente para describir el trastorno de niños con signos clásicos del autismo en la primera infancia, pero que a medida que pasaba el tiempo, demostraban más capacidad intelectual, mejores aptitudes en el comportamiento adaptativo y social y mayores destrezas comunicativas de lo que es habitual en chicos autistas (Attwood, 2009).

A pesar de lo explicado en el párrafo anterior, Attwood (2009), agrega que si bien no existen criterios explícitos para diagnosticar un autismo de alto funcionamiento; en la práctica clínica pueden usarse ambos términos indistintamente, reflejando perfiles sociales y conductuales similares, y un tratamiento idéntico.

Tampoco se puede dejar de mencionar, que tanto el trastorno autista, como el de Asperger y el trastorno autista no especificado, están incluidos dentro de los llamados Trastornos del Espectro Autista (TEA), por ser considerados por algunos autores como diferentes presentaciones y grados de una misma condición patológica y donde el trastorno autista, es el cuadro más severo de este espectro y el más estudiado debido fundamentalmente a un importante incremento de la prevalencia, ocurrido en las últimas décadas (Severgnini, 2006).

La Asociación de Psiquiatría Americana (1998), estipuló por su parte, los criterios incluidos en el manual, DSM IV; los que permiten comprobar que continúan involucrados tres núcleos de trastornos: cualitativo de la interacción social, alteraciones de las habilidades pragmáticas del lenguaje y la comunicación social; y trastorno de la flexibilidad comportamental y mental.

3.1.1 Etiología

Para hacer referencia a la etiología del síndrome, se menciona que en la actualidad, aunque aún se desconoce la misma; estudios familiares sugieren una supuesta relación con el trastorno autista; encontrándose por lo tanto factores genéticos, metabólicos, infecciosos y perinatales (Kaplan & Sadock, 2008).

Asimismo, Attwood (2009); destaca que el origen no está relacionado con una mala educación del niño, o como consecuencia de un trauma psicológico o traumatismo físico; sino que está ligado a una disfunción de las zonas del cerebro que corresponden al área social, tales como la corteza frontal y temporal; amígdala, ganglios basales y cerebelo. Por otra parte afirma que si bien se puede determinar la influencia genética, principalmente paterna; no se ha comprobado sistemáticamente, que el trastorno surja como producto de una complicación concreta durante el embarazo o parto.

Sin embargo, Cederlund y Gillberg, disienten; diciendo que el origen del síndrome, puede deberse tanto a complicaciones del embarazo, como a las que se presentan en períodos cercanos a él; pareciendo que se observa más en niños con desarrollo gestacional no normal y en mujeres de mayor edad cuando dan a luz (como se cita en Attwood, 2009).

Si se tiene en cuenta la variable hereditaria, casi el 50% de los familiares en primer grado de niños con síndrome de Asperger, presenta características similares, según Volkmar (como se cita en Attwood, 2009).

Desde el punto de vista genético, se pudo observar que existe entre un 30% y 60% de los casos, originados por esta causa, de acuerdo a lo manifestado por López y Munguía (2008).

3.1.2 Diagnóstico

Los trastornos generalizados del desarrollo, y especialmente el síndrome de Asperger, no son detectables mediante ningún marcador biológico que permita identificarlos. Sólo pueden ser diagnosticados a través del estudio de las pautas de comportamiento. Por esta razón a menudo el Asperger es detectado mucho más tarde de la edad en la que convendría hacerlo, o incluso a veces no se detecta (Cererols, 2009).

Pero sí se destaca la gran importancia de poder definirlo tempranamente, así como las ventajas que esto produce; lo que impediría dar explicaciones desacertadas ante determinados comportamientos del niño, las que afectarán su autoestima. Pero aún así y conociendo los beneficios del diagnóstico, en la práctica se sabe que muchos pacientes son diagnosticados tardíamente, en su ingreso a la adolescencia (Borreguero, 2004).

Al mismo tiempo se indica que existen variables que pueden explicar la demora en la realización del diagnóstico, entre ellas: ausencia de un marcador físico único, existencia de comorbilidad, dificultades de aplicación de los criterios diagnósticos y variables personales y ambientales, tales como: edad cronológica del paciente, capacidad intelectual, fase de desarrollo, personalidad, artificialidad de situaciones de evaluación clínica y el contexto social (Borreguero, 2004).

De la misma manera, los niños pequeños, ante la percepción que poseen de ser diferentes a los demás, desarrollan estrategias compensadoras que pueden confundir y desorientar a los adultos; las cuales dependerán de la personalidad, las experiencias y las circunstancias del niño. Entre ellas se mencionan la depresión reactiva, el huir con la imaginación, la negación y la petulancia y la imitación; según Attwood (2009).

En definitiva, tener un diagnóstico a tiempo, es beneficioso para que se le permita al sujeto, formar parte de un grupo de apoyo, el cual le dará la sensación de pertenecer a una cultura diferente y valorada y en donde podrá consultar con otros miembros en busca de experiencia. También los puede ayudar a tener relaciones de pareja satisfactorias y a experimentar optimismo, porque dejarán de ser señalados como deficientes o locos (Attwood, 2009).

Sin embargo no se puede dejar de lado los efectos negativos que produce convivir con este diagnóstico; tales como ser el blanco de burlas por parte de compañeros al saber que padecen un trastorno diagnosticado por un psiquiatra o psicólogo, o bien limitar las expectativas de los demás, quienes al no conocer las características del Síndrome, creen erróneamente que las personas no podrán obtener éxito en ninguna de las áreas de su vida (Attwood, 2009).

Para poder facilitar el proceso diagnóstico, se utilizan diferentes herramientas, de fácil aplicación, sobre todo para personal médico no especializado en trastornos del espectro autista; las que pueden ser incluidas en una visita rutinaria. Actúan como filtro, para indicar en qué casos se necesita un estudio más detenido a cargo de un especialista (Cererols, 2010).

La que más se utiliza en Argentina, es la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS), escala Likert compuesta por 24 ítems. La misma detecta comportamientos y habilidades que puedan ser indicativas del Síndrome, durante los primeros años de la escuela primaria; período en el que se hacen más llamativos los síntomas.

3.1.3 Comorbilidad

Se cree fundamental identificar la comorbilidad psiquiátrica, lo cual contribuiría a mejorar sustancialmente el funcionamiento psicosocial de las personas afectadas. Se menciona a la depresión como un trastorno frecuente en esta población, la cual se manifiesta por síntomas generales de tristeza y pérdida de interés en las actividades; falta de humor, pérdida o aumento de peso significativo, cambios del apetito, insomnio/hipersomnia, agitación; entre otra (Pérez & Martos-Pérez, 2009).

Según Rodríguez (2009), tanto el síndrome de Asperger como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); son dos alteraciones que difícilmente se manifiestan independientemente, sin asociarse a otros desórdenes.

Otro trastorno comórbido, aunque no tan común, es el Síndrome de Tourette; caracterizado por la presencia de tics múltiples motores, tanto simples como complejos; y vocales. Los síntomas que comparten son la ecolalia y palilalia, conductas obsesivo-compulsivas, conductas motoras anormales y estereotipias y en estudios en series amplias se ha encontrado una prevalencia mínima del 8.1% (Artigas, J, s/f).

3.1.4 Tratamiento

El mismo no apunta a la curación total; ya que las causas originales no se pueden eliminar; pero tiene como meta principal, que la persona con Asperger pueda alcanzar sus objetivos vitales sin verse limitada por ninguna de sus diferencias. Es decir, que pueda tener las relaciones sociales que desea, sin que se lo impida su sistema empático y de comunicación, que pueda convertir sus intereses en un trabajo satisfactorio para él y provechoso para la sociedad, y que disponga de los instrumentos para afrontar los cambios y organizar su vida. En resumen, que pueda ser él mismo (Cererols, 2009).

No existe una medicación específica para tratar este Síndrome, pero lo que sí se puede intentar, es mejorar algunos síntomas. Se recomienda considerar la administración de dosis bajas de fármacos, para luego ir ajustándola de acuerdo a las necesidades; y definitivamente no debe mantenerse el remedio, si no hay clara evidencia sobre su eficacia. Algunos de los síntomas que pueden tratarse son epilepsia, hiperactividad, trastornos de conducta, depresión, tics, trastornos del sueño y síntomas obsesivos, entre otros (Freire Prudencio et al., s/f).

Se agrega a todo lo anterior, el rol que cumplen las psicoterapias. Por un lado y según Attwood (2009); el psicoanálisis no es recomendable para interpretar estos casos, ya que podría llevar a las madres a desarrollar un gran sentimiento de culpa.

Sin embargo, ocurre lo opuesto con la Terapia Cognitiva Conductual; a través de la cual tanto los chicos como sus familias, podrán obtener beneficios, partiendo de un sólido nexo entre el paciente y su terapeuta. Este último deberá comprender el trastorno en detalle, conociendo el perfil lingüístico asociado, las dificultades de los aspectos pragmáticos del lenguaje, y la tendencia a la interpretación literal (Attwood, 2009).

Es esta terapia la que intenta que la persona pueda obtener logros, siguiendo objetivos progresivos que se plantean en las diferentes sesiones, de acuerdo a lo requerido por los sujetos afectados; para de esta forma cambiar las distorsiones de sus pensamientos. El aspecto conductual, les provee recursos específicos, destinados a mejorar las funcionalidades que presentan déficits, que en el caso del Asperger y como ya fue señalado, apuntarán fundamentalmente al área social, y de la comunicación (Cererols, 2009).

Tal como indica Cererols (2009); los programas que se aplican con más frecuencia son el ABA (Análisis del Comportamiento Aplicado) y el TEEACH (Tratamiento y Educación de Niños Autistas y con Problemas de Comunicación Relacionados).

Por otro lado, y de acuerdo a lo expuesto por Kaplan y Sadock (2008), la evolución y pronóstico de este Síndrome son diversos; mostrando una evolución favorable aquellos casos donde el coeficiente intelectual es normal y el nivel de habilidades sociales también es elevado.

En cuanto a los datos epidemiológicos; arrojan cifras, de cuyo resultado se observa una tendencia de crecimiento de la población que padece este síndrome. Se calcula que alrededor de un millón de personas en la Unión Europea presentan un trastorno del espectro autista, con dificultades en la comunicación, la sociabilidad y las respuestas emocionales (Alonso, J.R. et al., 2005).

Asimismo y de forma llamativa, los cálculos de la prevalencia del TEA varían considerablemente dependiendo del país. La proporción que existe entre los sexos para el trastorno de Asperger es de 15 niños/1 niña. Los estudios más recientes indican una prevalencia de 10 a 40 niños cada 10.000 que presentan alguna discapacidad del TEA, mientras que en los Estados Unidos los números son más reducidos: de 1 a 5 niños cada 10.000. Este aumento puede deberse a los cambios producidos en el proceso de diagnóstico, donde se obtiene una mejor identificación, así como una mayor concientización de la sociedad; ya que hasta hace poco tiempo, muchos casos pasaban desapercibidos o más bien eran mal diagnosticados (Alonso, J.R. et al., 2005).

3.2 Particularidades del síndrome en el período adolescente

Relacionando el Síndrome de Asperger con el período adolescente, requiere tener en cuenta algunas consideraciones particulares, considerando que las expectativas apuntan a que el joven sea más independiente y seguro de sí mismo. Entre ellas, el mundo social y académico es más complicado; se presentan dificultades a la hora de organizar y planificar; disminuye la influencia de los padres en la vida de los jóvenes; y surgen problemas de inclusión. Todas estas nuevas exigencias, se basan en un razonamiento más abstracto que fáctico; y presentan un gran desafío para este grupo etario (Attwood, 2009).

También es posible que disminuya el rendimiento escolar, no porque su capacidad intelectual esté deteriorada; sino porque los maestros cambiaron los métodos de evaluación. Puede notarse lentitud al tomar apuntes, escasa adaptación al cambio de profesores y horarios, desmotivación hacia algunas materias, dificultad para captar la idea principal de un texto. Como consecuencia de esto, obtienen malas notas, las que junto al estrés que produce la situación, se convierten en motivos para que queden más expuestas las características del síndrome (Attwood, 2009).

Según Attwood (2009), la adolescencia es una etapa en la que se valora lo que uno es y desea ser. La disminución de la influencia de los padres, da lugar al aumento de la influencia por parte de otros jóvenes, con quienes quiere identificarse.

Borreguero (2004) señala la importancia para los adolescentes, de lograr un cierto grado de libertad que les permita ser dueños de su tiempo y dedicarse a los temas que les interesen. Para esto, exigen que sus padres les den esa libertad, al igual que a sus pares; no queriendo entender que no son totalmente autosuficientes y que sus capacidades adaptativas no estén totalmente desarrolladas.

Por su parte, no es menos importante considerar los cambios físicos, los que se producen a la misma edad que en el resto de los adolescentes. Aunque no ocurre lo mismo con los cambios emocionales, los que suelen presentarse con un cierto retraso (Freire Prudencio et al., s/f).

No es un tema menor, el desarrollo de la sexualidad y las relaciones íntimas, según lo manifiesta Borreguero (2004). Para esto, es esencial que reciban educación, de forma explícita y neutral; la cual debe incluir una clara explicación de las consecuencias que derivan de las relaciones sexuales; así como ayudarlos a adquirir estrategias para rechazar aquellos acercamientos que no deseen.

Por consiguiente, es fundamental que los adolescentes puedan llegar a conocer y a aceptar lo que significa el Síndrome, que puedan diferenciar lo bueno y lo malo en ellos mismos, que puedan desarrollar estrategias de autocontrol y adquirir un autoconcepto positivo, entre otros objetivos que los ayudarán a mejorar su calidad de vida (Freire Prudencio et al., s/f).

Como resultado de lo expuesto; Borreguero (2004), manifiesta que las relaciones de amistad adquieren una importancia vital para estos jóvenes; para quienes la lealtad, la reciprocidad emocional, la camaradería, el apoyo y el intercambio de experiencias privadas, son algunos de los procesos sociales claves en su formación y desarrollo.

Es común, que en muchos casos, los adolescentes prefieran la soledad, la que para ellos presenta muchas ventajas. Entre ellas, no quedar expuestos por las particularidades del habla y del lenguaje, poder dedicarse libremente a lo que les interese sin que nadie los juzgue como “anormales”, les puede facilitar el aprendizaje, y ayuda a disminuir la hipersensibilidad ante algunas experiencias (Attwood, 2009).

Pero, por otra parte, el retraso en el procesamiento social, implica que no estarán a la altura de la conversación, quedando al margen de la misma o absteniéndose de hablar; pudiendo inferirse que el grado de estrés es directamente proporcional al número de personas que intervienen en ella (Attwood, 2009).

Asimismo, se entiende que es fundamental conocer el papel que juega la Teoría de la Mente en este Síndrome (Jacobsen, 2005).

La misma se explica como la capacidad humana de formarse una representación interna de los estados mentales de las otras personas, lo que permite intuir las creencias, los deseos y las intenciones de los demás. Por lo tanto, un déficit de esta teoría, implica que las personas no pueden ponerse en el lugar de otros y así intuir su mundo mental (Freire Prudencio et al., s/f).

Una de las consecuencias que se manifiestan por el deterioro de la teoría de la mente, es la tendencia a interpretar literalmente lo que les dicen, lo cual es un obstáculo para comprender ciertas consignas. No interpretan la ironía y en general son blancos de burlas, por mostrarse demasiado inocentes (Attwood, 2009).

Por lo que antecede, y siguiendo al mismo autor, Attwood (2009) manifiesta que las personas con Asperger, si bien muchas veces son objeto de burlas, lo que afecta la baja autoestima; otras tantas apelan a su capacidad intelectual reconocida como uno de los puntos fuertes, que pueden utilizarla como forma de compensación constructiva.

Mientras que lo recientemente expuesto, hace referencia a una falta de capacidad; hay otras teorías que buscan la explicación en la manera como las diversas capacidades existentes se integran entre sí. Entre ellas se incluyen la coherencia central débil, la disfunción del control ejecutivo y la insuficiente conectividad entre las distintas áreas del cerebro, según Cererols (2009).

Pero igualmente es necesario destacar que cualquiera de las teorías tiene puntos débiles que la descartan como explicación única (Cererols, 2009).

3.3 Habilidades Sociales

Como resultado de lo expuesto, se puede afirmar que una de las principales dificultades que encuentran las personas con Asperger es la falta o deterioro de las habilidades sociales. Patrick (2008), las define como las capacidades que se espera que utilicen las personas, para interactuar con otros en una sociedad.

Por su parte, Pérez, considera que no hay una definición consensuada entre los distintos autores, y atribuye este hecho, a que las habilidades sociales no son un rasgo unitario, ni generalizado y están determinadas situacionalmente, por lo que debe considerárselas dentro de un marco cultural, el cual engloba factores como la edad, sexo, clase social, educación y patrones de comunicación (como se cita en Siboldi, 2011).

El trabajo realizado para ayudar a adquirir habilidades sociales, incluye varios objetivos a alcanzar; tales como el reforzamiento de reglas sociales y de estrategias de flexibilidad, el potenciamiento de la competencia de la comunicación, de capacidades positivas, de interrelación e intercambio de experiencias; así como incidir en la autorregulación de situaciones estresantes, en la autoestima y la motivación hacia el aprendizaje, y favorecer la toma de decisiones, según lo expuesto por Caballero de la Cruz y Benavente (2005).

Si bien se pueden realizar intervenciones individuales, que contribuyan a la adquisición de estas habilidades; la modalidad grupal es la más acertada para ayudar a las personas a poder formar parte de un grupo social con el que pueda identificarse y a través del cual obtenga protección social. Sumado a esto, la importancia de la amistad; es otro aspecto vital para los jóvenes. La lealtad, la reciprocidad y el apoyo emocional, la camaradería y el intercambio de experiencias privadas, son fundamentales para su formación y protección social (Borreguero, 2004).

Es a través de estas habilidades, que la persona con el síndrome se crea una especie de biblioteca social con sus experiencias y normas sociales, siguiendo un proceso similar al que se aplica para

aprender una lengua extranjera. De esta manera, adquiriendo esta comprensión, quedará menos excluidos del grupo y comenzará a tener amigos (Attwood, 2009).

Por lo tanto, es particularmente en la adolescencia, donde los jóvenes pueden tener un grupo de amigos más íntimos, lo que les da una sensación de identidad personal. Es en este período, donde ellos pueden definir a la amistad de una forma más abstracta, siendo ésta menos posesiva y exclusiva; y donde los jóvenes pueden resolver los conflictos que se les presentan, a través de la negociación, el compromiso y la reflexión personal (Attwood, 2009).

Pero por otra parte, pueden también sentirse inferiores y pensar que los demás son mejores que ellos, viéndolos más talentosos y exitosos. Y si bien les gustaría parecerse a ellos, saben y se dicen a ellos mismos que no podrán lograrlo. Es aquí cuando los inunda un sentimiento de desigualdad, envidia y anhelo; pensando que los demás los ven como débiles, poco atractivos y despreciables (Rowe, 2004).

Por lo tanto, se considera que el formato grupal, ofrece ventajas que impactan positivamente en el área motivacional, permite practicar situaciones interpersonales, les posibilita recibir el feedback de otros miembros del grupo; y facilita la generalización, teniendo en cuenta que el grupo es una situación natural (Monjas Casares, 1993).

Siguiendo los conceptos de Patrick (2008); la conciencia social y la competencia, aumentarán desde la adolescencia hasta la adultez, siempre y cuando, las personas consideren los pasos que se mencionan a continuación: una observación experta y hábil, la autoevaluación, la implementación de estrategias personales dirigidas a necesidades individuales y la continua evaluación.

Attwood (2009) agrega, que como no existen tests estandarizados para examinar la interacción y el razonamiento social; la interpretación de las habilidades sociales y de la comprensión social, se basan en un juicio subjetivo. Es por esto que es muy valorada la experiencia de los médicos en desarrollo social, la cual les permitirá realizar la comparación precisa con los sujetos normales.

Asimismo, el profesional debe conocer y estar al tanto de las limitaciones de los distintos programas, para de esta forma, definir objetivos realistas alcanzables a largo plazo (Borreguero, 2004).

Es por esto que los médicos deben socializar con los adolescentes, evaluando las habilidades de interacción a través de una conversación sobre temas relacionados con la amistad, las experiencias y aptitudes sociales; ayudado por preguntas extraídas de los instrumentos utilizados para detectar el Síndrome, que les permitan obtener más información sobre la madurez social, la experiencia y la habilidad social (Attwood, 2009).

Se han creado varios programas de intervención, que permiten adquirir las habilidades sociales, que involucran a diversos autores; así como hay una amplia gama de técnicas que se utilizan. Entre ellas se mencionan las cognitivo- conductuales, que incluyen tanto la instrucción verbal, como el modelado; la imitación o representación de papeles, la retroalimentación, y el reforzamiento positivo (Perez, 2000).

Por su parte, Kiker Painter (2006), implementó una intervención, empíricamente validada; que cuenta con diez factores esenciales, descritos por Krasny y colaboradores; considerados como ingredientes esenciales para el desarrollo de las habilidades, los que se mencionan a continuación:

1. Llevar lo abstracto a un campo concreto: las conductas a enseñar, tienen que estar claramente definidas, al punto de que puedan ser reconocidas y además diferenciadas de otras conductas. Se deben expresar en términos de “ Si..., entonces...”, al mismo tiempo que se debe ofrecer por lo menos tres alternativas de conducta para una situación social específica. También se incluirá la ayuda visual, que apoyen las intervenciones.

Algunas de ellas son: saludo y contacto visual, estrés y manejo del enojo, conciencia y expresión de las emociones, interpretar situaciones sociales diversas, resolución de problemas, comprensión y uso del lenguaje no verbal, trabajo en equipo, compartir un tema de interés y descubrir intereses de otros, comprender distintos tonos de voz y lenguaje corporal, dar y recibir elogios, disfrutar de interacciones sociales y aplicar las habilidades sociales en un ambiente recreativo.

2. El grupo debe ser estructurado y predecible. Es decir que las sesiones deben respetar una secuencia de actividades: bienvenida y saludo inicial, actividades propiamente dichas, y cierre. Se las puede escribir en un pizarrón, que ayudará a seguirlas.

3. Las transiciones deben ser estructuradas de tal modo que una actividad lleve naturalmente a la siguiente, con una disonancia mínima. De esta forma el grupo se concentrará en las actividades y no en la transición en sí.

4. Considerar las habilidades cognitivas y lingüísticas de cada miembro del grupo, ya que algunos integrantes podrán necesitar más soporte visual o consignas más simples que otros.

5. Adecuar las estrategias de entrenamiento a los distintos estilos de aprendizaje de los niños. Estas podrán ser juegos, role playing, tareas escritas, de lectura, motoras o artísticas.

6. Las actividades deben realizarse en pares o en grupos para promover y cultivar el interés por los otros. Se estimula la interacción entre los miembros del grupo, que puede verse reflejada al momento de la presentación, donde tendrán que introducir a otros, o en el momento del snack, donde servirán a otros en lugar de hacerlo a ellos mismos.

7. Tener en cuenta que generalmente estos niños tienen baja autoestima, por lo tanto, entrenarlos para felicitarse y alentarse mutuamente. También puede ser que se puedan realizar actividades que ayuden a los miembros del grupo a reconocer lo que tienen en común con otros.

8. Los objetivos del grupo y de cada sesión deben ser relevantes para niños del espectro autista. De esta forma el aprendizaje será más efectivo por estar relacionado con una actividad que comprendan y que les resulte aplicable.

9. Cada habilidad que se enseña debe edificarse sobre la anterior, y si son muy complejas, tienen que dividirse en distintos componentes. Además las habilidades aprendidas tienen que retomarse en sesiones sucesivas.

10. Para promover la generalización de las habilidades aprendidas, es aconsejable trabajar con padres y maestros en la replicación de dichas actividades realizadas en el grupo. Esto se debe a que a las personas con Asperger, no les resulta fácil replicar lo aprendido en el grupo, en un contexto diferente. Con este fin, se les entrega a los padres un resumen de lo realizado en el taller, para que ellos puedan reproducirlo en su ámbito.

Con respecto al colegio, pueden ayudar a los chicos a determinar las situaciones que requieren de saludos formales o informales, tales como el recreo, el almuerzo y cuando se encuentren con la directora/or o alguna otra autoridad del colegio, o bien una nueva maestra/o.

Kiker Painter (2006) también hace referencia a la variable “duración”, aplicada a las sesiones y el tratamiento en su totalidad. De acuerdo a investigaciones realizadas, se recomienda que la duración de las mismas sea de una hora, y que se lleven a cabo una vez por semana. Si bien no hay evidencia probada de la relación existente entre el total de sesiones a implementarse y la efectividad del tratamiento; se sabe que en la práctica, los mismos se extienden desde ocho semanas, hasta cuatro años.

Asimismo, se afirma que la cantidad de participantes del grupo, variará de acuerdo al total de profesionales que se hagan cargo del mismo; siendo lo recomendado, un profesional cada tres niños o adolescentes, lo que facilitará el intercambio y la utilización del role playing (Kiker Painter, 2006).

Además se aclara, que si bien el programa está habilitado para ser usado con las características mencionadas; siempre hay que considerar las necesidades particulares de cada individuo. Se tiene en cuenta que las personas con déficits en las habilidades sociales, están más propensas a adquirir alguna otra enfermedad mental; motivo por el cual, los profesionales tienen que estar atentos al surgimiento de alguna comorbilidad.

Para terminar, y en razón de lo hasta aquí expuesto; se puede detectar que en todos los aspectos que abarca este síndrome, no hay una conclusión única y unánime. Es en esta línea, que se incluye lo afirmado por Baron-Cohen, quien es un referente y experto contemporáneo en este tema. Refiriéndose a las características de comportamiento de las personas con Asperger, este autor invita a reflexionar sobre la delgada línea que separa los términos “diferencia” y “discapacidad”. Es aquí donde el rol de la sociedad y de las instituciones es clave, para comenzar a considerar a este síndrome como un “estado de salud”, más que una condición patológica (como se cita en Molloy y Vasil, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo. Se describe un caso único.

4.2 Participantes

Adolescente de 16 años, diagnosticado con Síndrome de Asperger. Cursando actualmente 3er Año. Sus padres están separados; vive con su madre y un hermano mayor, de 21 años. Hace 1 año que concurre al taller de habilidades sociales, semanalmente y en forma consistente.

4.3 Instrumentos

Se realizó una entrevista semiestructurada, al profesional a cargo del taller de habilidades sociales; para conocer detalles de la historia del adolescente; así como su evolución y desempeño desde su ingreso al mismo. En la misma se cubrieron las áreas de interacción social, comunicación, y la relacionada con sentimientos, emociones y conducta.

También se incluye una guía observacional, completada en cada sesión del taller de habilidades sociales. (Ver Anexo I).

4.4 Desarrollo

4.4.1 Objetivo 1

Siguiendo lo extraído de la entrevista semiestructurada realizada al profesional, se obtiene una introducción al caso de M, para luego profundizar en las características del Síndrome, que padece el adolescente.

M fue diagnosticado con Autismo desde muy pequeño, cuando tenía 4 años. En ese momento presentaba los criterios suficientes que lo encuadraban dentro del trastorno mencionado, siguiendo los criterios expuestos en Kaplan y Sadock (2009).

A partir de allí comenzó un largo camino, que incluyó tratamientos varios; siempre contando tanto con la contención de profesionales, como de su entorno familiar y escolar. Como ya se mencionó, sus padres están separados; pero a pesar de esto; ambos lo acompañan permanentemente y siguen muy de cerca su evolución, respetando sus tiempos y sin invadirlo; condiciones que fueron claves para ayudarlo a adquirir la independencia con la que actualmente se maneja.

A través de los años, su evolución fue muy buena. Considerando que no tiene retraso mental, y ayudado por un adecuado seguimiento profesional; se pudo revertir el diagnóstico de autismo a Síndrome de Asperger; trastorno con el que llegó al taller de habilidades sociales.

M tiene cabello castaño, es alto, muy delgado y dueño de unos ojos verdes intensos. Estas características, junto con su excelente apariencia y cuidado personal, hacen que no pase desapercibido entre las chicas de su edad, tal lo expresado por el psicólogo.

Llegó al consultorio llevado por su madre, después de haber recorrido tratamientos, terapia, y actividades que lo estimularon a lo largo de su crecimiento.

Cuando se incorporó al taller, su lenguaje era excesivamente formal, con anomalías en la inflexión de su voz. Si bien participaba poco en las conversaciones, en ocasiones producía monólogos sobre algún tema que le interesaba. Su tono de voz era muy fuerte, al igual que su risa; no importando la situación en que se daba. Todas características reflejadas por Attwood (2009).

Tampoco podía mantener una conversación, aunque sea sencilla. O quedaba bloqueado en alguna pregunta, o hablaba continuamente, siendo muy difícil el poder interrumpirlo. En otros momentos, cuando quería incorporarse a una conversación, solía interrumpir abruptamente, con algún tema diferente al que estaban tratando (Borreguero, 2004).

Asimismo, y coincidiendo con una de las características expuestas por Attwood (2009); expresaba lo que pensaba sin medir las consecuencias, es decir que no podía discernir cuál era el límite para hablar con sinceridad, ni con quién.

Se agrega que no podía manifestar con claridad sus sentimientos, y se mostraba afectivamente parco, inexpresivo y en general, se lo veía con una sonrisa; usándola más como un gesto incorporado, que aplicándola al sentido del contexto. Reflejaba desconcierto y confusión ante gestos expresados por sus pares que no comprendía; produciéndole situaciones como esta, un gran cansancio; que lo llevaba a quedarse en silencio, ó encerrado en su casa jugando con la computadora (Borreguero, 2004).

M se manejó siempre con absoluta independencia, desplazándose sin problemas de un lugar a otro. Ejemplo de esto, es que viaja solo, desde su casa, hasta el consultorio; y así lo hace desde que comenzó a asistir al taller. De la misma manera se moviliza para ir al colegio, o para ir a X, cuando visita a su padre. Característica también manifestada por Attwood (2009).

Aun así, deja entrever su inflexibilidad hasta en los detalles (Cererols, 2009). Como no querer cambiar de medio de transporte, y preferir tomar siempre el mismo colectivo, a tener que viajar en subte como medio más rápido.

El colegio al que M asiste desde segundo grado, también jugó un papel fundamental en su desarrollo. Su rendimiento se define como bueno; y hasta ahora, en los tres años de secundario, nunca se llevó materias. Este año le está costando particularmente inglés, aunque se muestra positivo con respecto al resultado final de esta asignatura.

Desde el ingreso, autoridades y docentes se mostraron abiertos y dispuestos para darle soporte al joven, aún en momentos en los que se presentaron situaciones críticas, originadas por actitudes de M hacia sus compañeros.

Al mismo tiempo permitieron que el profesional pudiera dar charlas, tanto a ellos como a los alumnos; explicando las características del síndrome; hecho que contribuyó a que pudieran comprender muchas de sus reacciones y actitudes.

Al momento de hablar de los resultados, el profesional cuenta el importante avance que realizó el adolescente; aunque también reconoce que hace unos meses, presenta altos y bajos. Aún así, nunca decayó, al punto de volver al nivel en el que comenzó. Actualmente se encuentra en una meseta, estable, sin cambios significativos; y mantiene, sostiene y aplica lo incorporado en el taller.

Destaca el compromiso de M con esta actividad y con el grupo. Quedó demostrado por su estricta puntualidad, y consistencia en su asistencia. Esta adherencia a la rutina, fue señalada por Cererols (2009).

4.4.2 Objetivo 2

4.4.2.1 Conformación del taller de Habilidades Sociales

Al taller asisten cuatro adolescentes, todos ellos diagnosticados con Asperger; y uno, además presenta comorbilidad con el Déficit de Atención con hiperactividad. El grupo se constituyó hace un año, y todos concurren con regularidad, excepto alguna causa excepcional.

Se cree importante señalar la heterogeneidad del grupo, si se apunta a los distintos contextos en los que viven. Maschwitz, Almagro, Morón y Recoleta son los barrios a los que pertenecen. Lo mismo ocurre con la modalidad de las escuelas a las que asisten, encontrándose la de jornada simple, doble jornada, escuela de educación especial y colegio bilingüe.

Estas diferencias, desde el comienzo, generaron un gran interrogante tanto en el profesional como posteriormente en la pasante. Este se basaba en la creencia de que si la dificultad principal de estos jóvenes se focaliza en el área social; todas estas condiciones, tan distintas, podrían obstaculizar aún más el desarrollo del trabajo.

4.4.2.2 Técnica e intervenciones implementadas en el taller

En lo que respecta a la línea teórica que sigue el trabajo que se realiza en el taller, y a la que adhiere el psicólogo a cargo de este proceso; corresponde a la propuesta de la Dra. Kim Kiker Painter (2006); a través de la cual se implementan intervenciones empíricamente validadas, de acuerdo a lo ya indicado en el marco teórico.

Se considera el trabajo en el taller, realizado por la pasante; donde se pudo observar claramente los distintos factores o ingredientes esenciales que menciona Kiker Painter (2006); descriptos anteriormente, y los que se volverán a mencionar debajo. Los mismos fueron puestos en juego con el objetivo de desarrollar y afianzar las distintas habilidades sociales; tal como se refleja a continuación; explicándolo de manera general, y considerando todos los integrantes:

1- Llevar lo abstracto a lo complejo: las consignas y conductas se daban claramente, y el profesional reforzaba la comprensión de las mismas a través de preguntas a los chicos. Una estructura que usaba con frecuencia, era “si...entonces...”; la cual permitía que los chicos, ante una situación dada, puedan manejarse con varias opciones para resolverla.

Se realizaron diferentes intervenciones, poniendo especial énfasis en las relacionadas con el manejo del enojo, resolución de problemas, dar y recibir elogios y comprensión y uso del lenguaje no verbal.

2- El grupo debe ser estructurado y predecible: los cuatro integrantes, sabían que se encontraban todos los viernes, y conocían la dinámica a la perfección, no siendo necesario recordarles las etapas a llevarse a cabo; así como tampoco tenerlas por escrito tanto en papel, o en un pizarrón.

El saludo marcaba el inicio, explicando por qué hay que hacerlo, cómo, en qué ocasiones, ante quien; y si hubo olvido, interrogar por qué ocurrió; repitiéndose esta pregunta tantas veces como era necesario. Los chicos lo ponían en práctica, entre ellos o con alguna persona que estuviera presente en cada ocasión.

La asistencia al taller de otras personas, ajenas al mismo; implicaba un desafío para ellos; al tener que implementar la consigna con otros.

3- Las transiciones deben ser estructuradas y relacionadas unas con otras. Por lo tanto, la agenda que se seguía en el taller, fluía naturalmente, y no era necesario que el profesional introduzca la actividad que seguía. Sabían que luego del saludo, cada uno exponía algún tema de su interés o que les preocupaba particularmente ese día; luego tenían un snack o momento de esparcimiento y finalmente un tiempo de recreación; en el que utilizaban una computadora, la cual compartían. En caso de que alguno de estos pasos se demoraba unos minutos, lo hacían saber y preguntaban el por qué de esa tardanza; hecho que hacía que desvíen su atención de lo que estaban haciendo, comenzando a inquietarse.

4- Considerar las habilidades cognitivas y lingüísticas de cada miembro del grupo. Se tuvo en cuenta el tiempo y la forma que cada uno de los jóvenes necesitaba para comprender las consignas. Y una vez dadas, se repetían individualmente. Así el psicólogo se aseguraba de que todos las comprendían, respetando el tiempo que cada uno necesitaba para asimilarla.

5- Adecuar las estrategias de entrenamiento a los distintos estilos de aprendizaje. Si bien los cuatro integrantes tenían edades similares; así como compartían el diagnóstico; tenían diferentes formas de incorporar la información recibida. Por lo tanto, fue fundamental respetarlas; para lograr un resultado satisfactorio.

De allí, es que se aplicaban estrategias varias, tales como la interpretación de situaciones, resolución de problemas, trabajo en equipo, comprensión de distintos tonos de voz y lenguaje corporal, aplicar las habilidades aprendidas en un ambiente recreativo; entre otras. Al mismo tiempo se señala, que no se utilizaban tareas escritas, ni de lectura.

6- Las actividades deben realizarse en pares o en grupos, para promover y cultivar el interés por los otros. El snack era un momento importante para compartir. Chequeaban primero que estén los elementos que necesitaban. Si así era, se turnaban para servir la bebida. El responsable de hacerlo preguntaba a cada uno qué quería tomar y ofrecía papas fritas, que era lo que generalmente comían. Si no, salían juntos a comprar lo que faltaba, en un supermercado ubicado al lado del consultorio y acompañados por el coordinador.

7- Entrenarlos para felicitarse y alentarse mutuamente. Llevaban al taller, situaciones vividas mayormente en el colegio y con el grupo de pares, tema que más les preocupaba. En general, se sentían separados del resto, y en algunas ocasiones, burlados. Los demás tenían que intentar comprender esa situación, hacerles preguntas o darles sugerencias de cómo actuar en momentos similares.

8- Los objetivos del grupo y de cada sesión deben ser relevantes para ellos. Se exponían y se trataban los temas que ellos traían como importantes y que les preocupaban, ocurridos durante la semana en la que no se vieron. Generalmente se repetían; siendo los comunes, los relacionados con salidas, deporte y páginas de interés en Internet.

9- Cada habilidad enseñada, debe edificarse sobre la anterior. Al comenzar un nuevo encuentro, el psicólogo retomaba con cada uno, la última situación tratada. Hacía preguntas sobre eso, y si estaba todo claro, continuaba; dando un paso más, en las actividades propuestas.

10- Se recomienda trabajar con padres y maestros, para replicar las habilidades aprendidas. Al retirarse, el profesional mantenía un diálogo con el adulto que venía a buscarlos; excepto con la mamá de M, a la que llamaba por teléfono. Así los ponía al tanto de lo realizado y les daba lineamientos que les permitieran seguir reforzando en sus casas, lo visto y tratado en el taller.

4.4.3 Objetivo 3

Por su parte; la pasante, durante su asistencia al taller; se dedicó especialmente a realizar la observación de M.

Para la misma, se utilizó una guía, incluida en el anexo I; la cual se completó durante 12 encuentros, de una hora y media de duración cada uno.

Al mismo tiempo, se aclara que el diseño de la mencionada guía, se efectuó tomando en cuenta cuatro variables generales, basadas en criterios claves que definen al Síndrome de Asperger; las que incluyen otras, que las complementan; de acuerdo a lo explicado por Attwood (2009).

Se hará una explicación y descripción de cada una de ellas, separadamente; y la evaluación de las mismas, se realizará considerando las referencias indicadas debajo:

1- Nunca 2- Rara vez 3- Algunas veces 4- Casi siempre 5- Siempre

Asimismo, se adjuntará seguidamente de la mencionada descripción, un gráfico que refleje los resultados obtenidos; los cuales harán referencia al desempeño, tanto positivo como negativo; ocurrido a lo largo de la observación.

Además se aclara que las actividades que se mencionarán a lo largo del trabajo, fueron grupales, siguiendo a Borreguero (2004). Fueron llevadas a cabo por los cuatro integrantes del grupo; pero siguiendo el objetivo propuesto; se pondrá particular énfasis en el desempeño que M tuvo en las mismas.

1) Interacción Social

Como es sabido; el ser humano es un ser social, que desde siempre ha vivido en diversos núcleos; en los cuales el aislamiento era considerado como un evento excepcional y fuera de lo común. Los sujetos están dotados de herramientas que les permiten comunicarse, expresarse y compartir con los otros; las que se ponen en juego a través de habilidades. Son esas herramientas de las que carecen las personas que padecen el síndrome de Asperger (Attwood, 2009).

Los déficits de los sujetos diagnosticados con este síndrome, en esta área; son más fáciles de manejar en la infancia. Ya que manifestados en la adolescencia; llevan a aumentar el sentimiento de soledad, que los hace sentir incomprendidos y se convierten en obstáculos en el momento de incorporarse a un grupo (Attwood, 2009).

Esto produce el aumento del riesgo de comorbilidades; haciendo que sean más vulnerables a trastornos de ansiedad, depresión, así como a un aumento de obsesiones y rituales (Pérez & Martos-Pérez, 2009).

Dentro de las habilidades más sencillas de interacción social; encontramos el saludo y la charla informal; ambas se presentan como inconvenientes para los sujetos con Asperger, tanto desde lo verbal como desde lo gestual (Borreguero, 2004).

Asimismo se recuerda, que las personas con este síndrome; cuentan con una especial adhesión a las tareas rutinarias, así como a rituales no funcionales; los que le brindan seguridad. Cuando la realización de una actividad, siguió pasos, repetidos en varias oportunidades; la persona cree que es la única forma de realizarla y no soporta ningún cambio, ni desviación. Si se tienen que enfrentar a esos cambios; prefieren la evasión (Attwood, 2009).

Se mencionan a continuación, cuatro conductas observables en el taller, relacionadas con esta variable (Ver Figura 1):

Figura 1 - Interacción Social

- ☑ Saluda y se presenta a sí mismo.
- ☑ Se maneja adecuadamente en situaciones no estructuradas.
- ☑ Inicia, mantiene y termina conversaciones.
- ☑ Evita situaciones que se presentan en el taller.

M llegaba al taller puntualmente, sentándose siempre en la misma silla, la que había elegido desde el inicio. Saludaba, simplemente con un “hola”, sin prestar atención a las personas que allí se encontraban, interpretado como uno de los déficits que cita Attwood (2009).

El primer día que se incorporó la pasante, él no la tomó en cuenta, hasta que el profesional hizo especial mención, con varias preguntas, a saber: “Si ves a las personas de siempre, entonces qué tenés que hacer?”, o “Si no conocés a una persona nueva, qué tenés que hacer?”, preguntas como las que sugiere realizar Kiker Painter (2006).

Si bien, luego de lo mencionado por el coordinador, pudo realizar el saludo; no fue posible que continúe con una conversación informal, carencia también mencionada por Attwood (2009).

A lo largo del taller se incluyeron actividades que tenían como objetivo, que los adolescentes puedan adquirir el hábito del saludo, reforzarlo si ya lo tenían y también incorporar la costumbre de presentarse ante alguien desconocido, en caso de ser necesario. Esto se hacía considerando las distintas situaciones, formales y no formales; teniendo en cuenta detalles; tales como mantener la distancia adecuada, o sonreír a la otra persona (Kiker Painter, 2006).

Una tarea típica fue la que incluía al coordinador, quien adoptaba distintos roles y donde M tenía que realizar los saludos correspondientes, considerando las características particulares de cada personaje representado; actividad sugerida por Kiker Painter (2006). Se remarca asimismo, que poder llevar adelante una conversación informal, era un objetivo clave que se trabajaba a lo largo del taller.

Se menciona la dificultad de M, para poder mantener una charla corta; fundamentalmente observada en los primeros encuentros. Como ya había recibido claves para poder realizarla, trató de aplicarlas con la pasante. El resultado fue que realizaba preguntas, sin conexión unas con otras; dichas como si repitiera de memoria, característica justificada por Attwood (2009).

Se superponía permanentemente, ignorando a su interlocutora. Si ella le hacía preguntas, le respondía brevemente; para luego volver a su mundo, tratándose de acordar qué pregunta era la siguiente; respondiendo a la dificultad en mantener conversaciones, citada por Attwood (2009). Lo mismo le pasaba con sus compañeros de grupo, a quienes no tenía paciencia para esperar que le respondan; tiempo que utilizaba para continuar con su monólogo.

Para el caso arriba expuesto, una de las actividades que se implementaron para mejorar el objetivo; consistía en que se ubique con un compañero, formando un equipo. Tanto él como su compañero, tenía que anotar temas que podían poner en práctica en una charla superficial; principalmente aquellos sobre los que pueda charlar con sus pares, de acuerdo a uno de los factores descriptos por Kiker Painter (2006).

Cada uno de los integrantes debía tener una copia del índice de temas que eligió para mantener esa charla; la cual tenía que llevarse a su casa para practicar. En la sesión siguiente, primero practicaba con su compañero, y luego lo hacía con un miembro del otro equipo. En todos los casos, podía tener la hoja como ayuda memorias. Se tomó esta actividad, de acuerdo al protocolo diseñado por Kiker Painter (2006). El psicólogo, actuaba como coordinador; y lo ayudaba tanto a confeccionar el índice, como a realizar el role playing.

Igualmente, se podía observar que oponía gran resistencia a cualquier cambio en la rutina; situación que más allá de perturbarlo, le producía miedo, actitudes señaladas como típicas por Attwood (2009). Por esto prefería lo ya conocido; observable tanto desde el simple hecho de elegir la misma silla; hasta ir siempre al mismo supermercado a comprar los elementos para el refrigerio. Ejemplo de lo expuesto; es que se fastidiaba cuando un compañero le ocupaba su lugar; cuando se extendía el momento de esparcimiento, o cuando llegaba alguien nuevo al taller.

Cuestionaba cada vez que surgían estas situaciones no estructuradas y dejaba de manifiesto que el orden lo hacía sentir cómodo; tanto que durante las primeras semanas, ni siquiera elegía

experimentar la mínima modificación, aún ante la posibilidad de que pudiera ser positiva. Inflexibilidad citada por Borreguero (2004).

Lo que el coordinador planteaba para esta ocasión, era que M pueda interpretar la nueva situación surgida, que pueda hacer las preguntas que necesite sobre ella, que exponga sus dudas y que finalmente pueda llevarla a cabo; no solamente en el taller, sino también en otro contexto. De esta manera, se trabajaba sobre la dificultad que posee en las funciones de ejecución (Attwood, 2009).

Por su parte, ante situaciones desconocidas; prefería evitarlas porque lo ponían incómodo y se mostraba molesto. Cuando esto ocurría, el psicólogo interrogaba acerca de la razón que justificara esa evasión. El motivo expresado como más importante, era el miedo a cometer errores. Mostraba coincidentemente, la misma reacción de miedo; que manifestaba ante las situaciones que lo sacaban de la rutina; reacciones que conciben con lo expresado por Attwood (2009).

Cuando esto pasaba; M pedía permiso para ir al baño; lugar donde pasaba un tiempo largo, hasta que se lo iba a buscar. Esa era la forma más común de evitación que utilizaba, siguiendo la explicación de evasión de Attwood (2009).

Otras veces, apoyaba su cabeza en el escritorio, simulando estar dormido y no escuchar.

El adolescente refiere a lo largo de los encuentros, su necesidad de mejorar los puntos incluidos en esta área. Expresa claramente, lo bien que le hace obtener logros, fundamentalmente porque lo ayudan a mejorar la interacción con sus compañeros de colegio, quienes a pesar de compartir con él muchos años, todavía, no pueden entenderlo totalmente; tal como lo expone Freire Prudencio (s/f).

En ocasiones, por no saludar, lo tildan de maleducado; y en otras, cuando saluda a cualquiera o los interrumpe en algún recreo, le dicen desubicado; situación que lo enojaba mucho, por no poder encontrar el punto medio; situaciones explicadas por Attwood (2009).

Cuenta que el año pasado, ocurrieron hechos como el arriba mencionado; y por eso le resultaba torturante ir al colegio. Tal es así que prefería quedarse en su casa; aislamiento definido por Borreguero (2004). Ahora, en cambio, prefiere estar con sus compañeros e intentar implementar lo que aprende en el taller; aunque no siempre pueda hacerlo.

Este déficit también lo vive en situaciones cotidianas, una de ellas, ya mencionada, como ir al supermercado, asistir a una fiesta organizada por sus pares, y por supuesto, relacionarse con el sexo opuesto; tema que casi lo obsesiona y lo presenta recurrentemente y con insistencia durante el proceso (Attwood, 2009).

Por otro lado, se deja en claro que la implementación de una habilidad y su resultado, dependerá del contexto donde la realice; ya que la misma acción puede tener éxito en un ámbito, pero no funcionar en otro (Patrick, 2008).

2) Comunicación

Las habilidades del lenguaje presentan un perfil particular, cuyas características impactan en la charla social; que se convierte en una situación absurda para los Asperger; y la que provoca en los afectados, gran desconcierto y marginación; por no poder comprenderla. Pero al mismo tiempo, ven que los demás pueden disfrutar de ese momento, con cosas que para ellos son carentes de sentido; hecho que los hace sentir cada vez peor (Borreguero, 2004).

Tan importante como el lenguaje oral, es el lenguaje gestual; que incluye miradas, posturas, modulaciones de palabras, silencios y por supuesto gestos. Todo esto se da dentro de un entorno de convenciones sociales, públicamente conocidas; que permiten la correcta interpretación de los mensajes. Este es un mundo al que no tienen acceso los que padecen el Síndrome; quienes no pueden procesar sonidos, acciones y gestos de esa forma; condiciones que los llevan al aislamiento, tal lo expresado por Attwood (2009).

Asimismo se destaca la importancia de los beneficios que aporta el contacto visual. A través de él, se transmiten sentimientos, deseos, e intimidad; asignando gran riqueza al diálogo. Esto no es registrado por los Asperger; quienes no solamente no pueden mantener el contacto visual personalmente; sino tampoco observando las situaciones que implican un intenso diálogo visual, como por ejemplo en una película (Attwood, 2009).

Se considera también que más allá de la privación que esto produce a los que lo padecen; existe el rechazo y desconfianza que genera en los interlocutores; quienes lo interpretan como falta de interés, siguiendo a Borreguero (2004).

Así como lo manifiesta Attwood (2009); presentan problemas relacionados con aptitudes del lenguaje receptivo, particularmente en la comprensión de metáforas, modismos, ironía o indirectas. Esto se debe a que no son conscientes de los significados implícitos y además porque carecen de pensamiento flexible que les posibilite ver un significado alternativo. Su pensamiento es más lógico que simbólico.

Según lo señala Borreguero (2004), la utilización del lenguaje formal, aplicando estructuras sintácticas extremadamente formales; los identifica. Llegan a parecer pedantes, poniendo énfasis en detalles sin importancia, o en la corrección de errores de lo dicho por su interlocutor. Su lenguaje está más cerca del utilizado por los adultos.

Cabe señalar que como no tienen incorporadas las normas de conversación convencionales; no son conscientes del efecto que provocan en su interlocutor. Parece que hablan sin escucharse, cayendo en monólogos largos y redundantes, siguiendo a Cererols (2009).

Considerando la variable descripta, las conductas observadas fueron las siguientes (Ver Figura 2):

Figura 2 - Comunicación

- Mantiene contacto ocular cuando se le habla.
- Comprende el lenguaje gestual.
- Realiza una comprensión literal de los mensajes.
- Se expresa de manera extremadamente formal.

☒ Tiene un discurso monótono y repetitivo.

M presentaba dificultades en la comprensión del lenguaje gestual. Cuando veía que los otros incluían gestos en el discurso, él los interrumpía y les pedía que le expliquen qué querían decir claramente. Si no, preguntaba el significado del gesto específico. Refería sentirse perdido, cuando los otros los utilizaban (Attwood, 2009).

En el taller, recurrían a videos o películas; para analizar gestos en distintos contextos; para luego poder interpretarlos, tal lo sugerido por Kiker Painter (2006).

El lenguaje no verbal está formado por varios elementos, destacándose entre los más importantes, el contacto ocular; el cual M no podía mantener durante los primeros encuentros. Tenía su vista fija, lejos del interlocutor, lo que no impedía que respondiese a las preguntas que se le hacían. Pero por este motivo, a sus compañeros de colegio, les costaba confiar en él, o lo veían como desinteresado de los temas que trataban (Attwood, 2009).

El psicólogo le recomendaba en estos casos, que mire puntos próximos a los ojos; como puede ser la nariz o la boca; o que mire fugazmente a los ojos para luego desviar la mirada a otro lugar; consejos que fueron muy útiles a M para mejorar este aspecto y permitirle ser más aceptado en la escuela (Kiker Painter, 2006).

Así como el lenguaje gestual era un obstáculo para M, también lo era el poder comprender ciertos mensajes o metáforas, ya que solo lo hacía de manera literal, siguiendo a Attwood (2009). En algunas ocasiones, y cuando se lo hacían notar, reaccionaba, riéndose. En otras, cuando su estado de ánimo no era tan bueno, lo enojaba y se molestaba. Esta forma de comprensión, literal, le ocasionaba incomodidad, ya que sus compañeros lo etiquetaban de “amargo”, por no comprender los chistes que ellos hacían o metáforas. Ejemplo de esto es que M no concebía que le dijeran: “Qué pesado que sos”, cuando él se reconocía como muy delgado.

Otra situación que se menciona a manera de ejemplo, ocurrida en las primeras semanas del taller; es cuando M ofrecía bebida al coordinador durante el break.

Este aceptaba, diciendo: “sí”; pero M no le servía. Quedaba fijado en la respuesta afirmativa, sin interpretar la acción que tenía que ejecutar seguidamente. Otro ejemplo que indica no comprender el mensaje gestual, característica considerada por Attwood (2009).

Por otro lado, recibía burlas por parte de sus compañeros (Attwood, 2009), por la forma en que trataba a las chicas de su edad. Le decían que hablaba como un diccionario, usando términos poco comunes. La peor reacción, provenía de los varones, ya que según M, las chicas no lo hacían sentir mal, porque por lo menos evitaban los comentarios burlones.

Si bien utilizaba frases que resultarían más frecuentes en un ámbito adulto, característica mencionada por Borreguero (2004); por otro lado presentaba cierta dificultad, no muy marcada, para hablar fluidamente, aunque no llegaba a trabarse.

En el taller, se intercambiaban términos usados por los adolescentes, explicando el sentido de los mismos, si no le resultaban claros. También se explicaba claramente el significado de frases que surgían allí; o en el ámbito escolar, dichas por sus compañeros o profesores (Kiker Painter, 2006).

Se trabajó con insistencia sobre la forma y el discurso a aplicar con los demás. No solamente, haciendo foco en las conversaciones que mantenía con sus pares; sino también considerando las que podía utilizar en otros contextos, debido a que el tono de su voz era muy elevado, pudiendo resultar poco apropiado en algunas situaciones. Actividad también sugerida por Kiker Painter (2006).

Las dificultades descritas, en un comienzo, lo llevaban a abstenerse de participar de charlas, lo cual lo dejaba al margen en repetidas oportunidades, produciendo un retraso en el procesamiento social, como lo indica Attwood (2009). Expresarse formalmente es algo que le costó mucho cambiar; y para lo cual se realizaron distintas actividades, como relatar historias, rescatando momentos, frases, emociones, opiniones e ideas.

Estas historias le eran útiles para obtener tips o claves para aprender a entender lo que otros piensan y experimentan; y también para poder ayudarlos (Kiker Painter, 2006).

Por otro lado, no registraba cuando los otros querían hacer algún comentario sobre lo que estaba diciendo, continuando con su relato; pudiendo relacionar esto como consecuencia del déficit en la Teoría de la Mente (Jacobsen, 2005); y pasaba de un tema a otro, sin pausa, aunque no tuvieran relación entre sí. Así como también interrumpía en una conversación ya iniciada, quedando como desubicado.

Continuando con otro ejemplo que muestra un mal funcionamiento de la Teoría de la Mente (Attwood, 2009), se manifiesta que a M le encantaba hablar de su deporte favorito, el taekwondo. En el taller, comenzaba hablando del tema con alguna anécdota, y no registraba los gestos que hacía el coordinador, mostrando su cansancio. Solamente tomaba conciencia de esto, cuando recibía algún comentario directo; que le marcaba su falencia.

Otro de los problemas que contaba en los encuentros, era que algunas personas se enojaban por sus comentarios, cuando su única intención era ser sincero. Esto lo llevaba a un extremo tal, que no podía discernir los límites sobre qué podía decir y qué tenía que callar; por esto muchas veces emitía opiniones que resultaban hirientes y fuera de lugar para los interlocutores; también consecuencia de su escasa empatía (Attwood, 2009).

Por otro lado, y de acuerdo a las sugerencias que recibía por parte del profesional; y mientras era el turno de hablar de sus compañeros; él pasaba el tiempo repitiendo los diálogos o conversaciones que podría llevar a cabo durante la semana, y que aplicaría en situaciones que le interesaban resolver (Kiker Painter, 2006).

De modo similar; otra de las cosas que preocupaba a M; era que no reconocía cuando la otra persona se cansaba de escucharlo; explicado por Cererols (2009) como imposibilidad de captar el grado de interés de su interlocutor. Para esto, el coordinador le indicó señales que podían ayudarlo, tales como observar si su interlocutor se movía mucho, si miraba para otro lado, si bostezaba o trataba de interrumpir.

Siempre, luego de escuchar las sugerencias; se realizaban role playing; durante los cuales se lo interrumpía para mostrarle los errores; y además se hacía participar al resto de los integrantes para ver si detectaban cuál era la corrección que había que hacer, siguiendo a Kiker Painter (2006).

3) Cognitiva y resolución de problemas

Explicar algunas de las funciones ejecutivas, sirve para dar marco a esta variable. Parte del deterioro que presentan los adolescentes con Síndrome de Asperger, se observa en la dificultad para planificar, organizar, y considerar estrategias alternativas de resolución de problemas, por no tener pensamiento flexible (Attwood, 2009).

Debido a lo expuesto, y tal como expresa Attwood (2009); se considera importante ejercitar ese tipo de pensamiento desde edad temprana; hecho que los ayudará a reaccionar rápidamente ante una situación diferente a la planeada y cambiar la estrategia original, cuando sea necesario.

El pensar que la respuesta que proponen para un problema es la única, y el comprobar posteriormente que esa respuesta no funciona; los frustra. Manifiestan un excesivo deseo por la perfección y tienen tendencia a prestar mucha atención a los errores de los demás, y a los propios. Esto explica el miedo que sienten al cometerlos, lo que los lleva a preferir abstenerse en la acción (Cererols, 2009).

Por lo tanto; se cree fundamental cambiar la percepción en cuanto a los errores y equivocaciones; haciéndoles notar que el cometerlos, permite aprender de ellos. Es decir, y siguiendo a Moloy y Vasil (2004); mostrar el error como oportunidad y no como catástrofe.

Se destaca además, que su perspectiva cognitiva es reducida; ya que invierten mucho tiempo focalizando en los detalles de una situación; perdiendo así, la perspectiva general de las mismas. Por lo tanto, el problema que poseen no está en la atención; sino en cómo concentrarla, no pudiendo discernir lo que es relevante, de lo que no lo es, tal lo explicado por Cererols (2009).

Las conductas que se observaron fueron las siguientes (Ver Figura 3):

Figura 3 – Cognitiva y Resolución de Problemas

Reconoce la existencia de un problema.

Busca soluciones al problema.

Prueba las soluciones buscadas.

A lo largo de los encuentros, M podía exponer las situaciones que entendía como problemáticas, mostrando un avance; ya que como indica Cererols (2009), presentan una dificultad al momento de focalizar lo problemático de una situación. En general, hablaba de las que eran más importantes para él, tales como abordar a las chicas en los recreos del colegio, unirse a las conversaciones de ellas, y contactarlas a través de la red social Facebook; así como en ocasiones, también contaba alguna situación que se le presentó fortuitamente y que no pudo resolver.

Ejemplo de esto último, fue cuando no encontró la tarjeta SUBE, que necesitaba para tomar el transporte público para llegar al consultorio. Por este motivo, se quedó en su casa; no pudiendo

registrar que podía haber utilizado monedas, prueba de la rigidez que sostenía, mencionada por Attwood (2009).

La relación con sus compañeras de colegio, era una de sus obsesiones (Borreguero, 2004). En los primeros encuentros, se mostró preocupado porque quería acercarse a las chicas de 5to año, es decir, un año mayor que él. Fundamentalmente a una de ellas, a quien había cruzado el verano en la playa.

Otra situación que traía al taller, era que quería entablar una relación con una de sus compañeras de curso, que le gustaba. Durante los cinco primeros encuentros, dijo no haberlo logrado; ya sea porque ella estaba con una amiga, o porque se había sentado en el piso para hablar con otras dos chicas, o porque no salió al recreo; ejemplos de la inflexibilidad señalada por Attwood (2009). Todos, pequeños cambios, que no había evaluado originalmente.

Se observa que si bien no siempre obtenía resultados en la práctica; esto había sido trabajado en el taller. Allí, inmediatamente después de contar el problema, él mismo ofrecía alternativas que podía implementar. Consultaba al profesional, en detalle, por cada una de las opciones que se le ocurrían, una y otra vez. Al finalizar, afirmaba haber comprendido cómo llevar adelante su plan durante la semana que seguía. Técnica desarrollada por Kiker Painter (2006).

Pero, en el encuentro posterior, dejaba ver su frustración, al no haber podido lograr implementarlo. Explicaba que en cada ocasión que se presentaba y en la que estaba dispuesto a avanzar, se incorporaba algún elemento, detalle, o persona nueva; que no había estado contemplada en el planteo inicial; lo que hacía que desistiera en su intento. En este caso queda manifestada la dificultad originada por el déficit en la Teoría de la Mente (Freire Prudencio, s/f).

Se menciona que si bien M trataba de anticipar las consecuencias de sus acciones; le costaba mucho llevar adelante lo planeado. Por lo tanto, la dificultad que presenta no está en el seguimiento de la secuencia de resolución del problema, sino en la habilidad de generalización de esos pasos concretos en situaciones nuevas, ya comentada por Cererols (2009).

En el taller se implementaron estrategias que lo ayuden a lograr esa generalización, siguiendo a Kiker Painter (2006). Entre ellas, que utilice habilidades que le dieron resultado anteriormente, aplicándolas en situaciones nuevas; retomar el aprendizaje de la secuencia de pasos utilizados para resolver un problema, con instrucciones explícitas, de forma estructurada; e intentar hacer una abstracción de dichos pasos para poder aplicarlos a situaciones novedosas.

Por otro lado, el coordinador ayudaba a que M se sienta más relajado, animándolo a tranquilizarse, ya que de esta manera sería más fácil que pudiera escuchar, concentrarse y pensar en otras alternativas; utilizando en estos casos, técnicas descriptas por Bunge, Gomar y Mandil (2011).

Lo incentivaba permanentemente a poner en práctica las soluciones que habían surgido en el taller, durante la semana. Era así que en el encuentro siguiente, se evaluaba el resultado. A partir del cual, si éste fue favorable; se lo reforzaba positivamente, a través del reconocimiento verbal, de un choque de manos, o de una palmada en la espalda. Y si el resultado no había sido bueno, se trabajaba sobre el error; viendo qué ventajas se podían obtener de él; todas acciones que apuntan a elevar la autoestima, según Borreguero (2004).

En referencia a este último punto, hay que tener en cuenta; que se obtendrán los mejores resultados de este aprendizaje, siempre que se consideren los intereses del adolescente, tal como lo expone Kiker Painter (2006).

4) Regulación emocional y conductual

Si bien la capacidad intelectual puede observarse en las personas que padecen el Síndrome de Asperger; no ocurre lo mismo, al momento de hablar de sus sentimientos; presentando dificultades para entender, regular y expresar las emociones, las que forman parte de un mundo, el cual son incapaces de explorar (Attwood, 2009).

Uno de los rasgos que definen a este Síndrome, es la falta de reciprocidad socio-emocional, que se expresa por una alteración de la respuesta a las emociones de otra persona y a una pobre integración de conductas sociales, emocionales y comunicativas. Lo que también se acompaña, por la inexpresividad del rostro, que se describe como rígido, poco natural o muy serio (Borreguero, 2004).

En general, y tal como lo afirma Rowe (2004); experimentan la sensación de “ser diferentes”, por diversas razones. Entre ellas porque se mantienen aislados, porque evitan situaciones donde tienen que interactuar, y que son para ellos desconocidas; porque no comprenden el sentido de las conversaciones que mantienen los otros, o porque no tienen recuerdo de experimentar emociones.

Se ha observado también, que la madurez emocional de estas personas, es inferior, comparada con la de la población que no padece el síndrome. Esto se debe a fallas en las funciones ejecutivas; que se manifiestan en la desinhibición, impulsividad y ausencia de discernimiento; reaccionando a las emociones, sin pensar, siguiendo a Cererols (2009).

Es por esto que suelen tener actitudes comparables con los berrinches de los niños pequeños; actitudes descritas como desmedidas e inadecuadas para una situación dada (Freire Prudencio et al. s/f).

Lo hasta aquí mencionado, los expone ante los demás y los hace más propensos al aislamiento, al estrés, y al agotamiento emocional. También suelen experimentar una gran frustración, que sumada a la baja autoestima; los hace más vulnerables a cuadros de depresión (Attwood, 2009).

También son considerados centro para recibir el rechazo de sus compañeros, lo que es percibido más claramente en la adolescencia; ciclo en el que se muestran más conscientes de su escaso éxito social y en el cual reconocen su condición de diferentes.

Por otra parte, tal lo afirmado por Attwood (2009); en muchas oportunidades son burlados, o considerados receptores de apelativos agresivos y despectivos. Esto les genera sufrimiento, y tiene un alto impacto en las personas con Asperger; particularmente porque valoran su capacidad intelectual, como forma de compensar su baja autoestima social.

Se mencionan a continuación, las conductas que se observaron en el taller, relacionadas con la variable explicada (Ver Figura 4):

Figura 4 – Regulación emocional y conductual

☒ Carece de empatía y comprensión de los sentimientos de los otros.

☒ Tiene conciencia de ser diferente.

☒ Tiene reacciones típicas de niños más chicos.

☒ Manifiesta vivir situaciones de fracaso y rechazo.

☒ Responde adecuadamente a las burlas.

Con respecto al registro de las situaciones de los otros integrantes del grupo, al comienzo, esto no ocurría, tal lo indicado como déficit en la Teoría de la Mente (Attwood, 2009); y menos aún si M llegaba perturbado por algún problema. Sin embargo fue muy positivo, que a lo largo del taller; el profesional pueda detectar cuáles eran las áreas de interés para cada uno, lo que le facilitaría el trabajo sobre este tema.

En el caso de M, disfrutaba mucho hablando de su deporte favorito, el taekwondo, demostrando uno de sus intereses obsesivos (Attwood, 2009). Le gustaba mirar videos de lucha, que bajaba de You Tube. Coincidentemente, dos de los adolescentes practicaban el mismo deporte; lo que permitió que pudieran entablar conversaciones en varias oportunidades; siendo este tema utilizado por el profesional como disparador.

Es así como M pudo contar con mucho detalle cómo lo realizaba, qué sentía al practicarlo, la pena que le producía perder en ese juego; preguntándoles lo mismo a los otros y mostrando sorpresa ante coincidencias en las respuestas, con las que él se identificaba. Demostrando de esta forma, que podía ser capaz de traducir sus emociones, sobreponiéndose al déficit que poseía al intentar hacerlo en el pasado (Attwood, 2009)

Otro momento característico del taller, era cuando cada uno tenía la posibilidad de contar un hecho importante que le había sucedido en la semana. En general, presentaban temas que les preocupaban y que los hacían sentir distintos; más que mencionar los logros obtenidos en alguna situación en particular. Siendo los temas reiterativos, otra característica del Síndrome (Attwood, 2009).

En los primeros encuentros; una vez que M exponía sus temas; dejaba de prestar atención a los del resto. Esto lo acompañaba con una postura corporal rígida y estereotipada, que consistía en tener su cabeza agachada, y puesta entre las rodillas, concepto desarrollado por Borreguero (2004). Le costaba mucho conectar con los relatos de los compañeros, y solamente levantaba la cabeza cuando el psicólogo se lo pedía.

Cuando se le preguntaba por qué adoptaba esa actitud; respondía que prefería estar así; antes que pasar por tonto por no comprender con claridad, las emociones que sus compañeros incluían en los relatos. Situaciones como éstas, probablemente lo lleven a buscar soledad (Attwood, 2009).

Pero, al mismo tiempo se destaca; que lo que permitió que M hiciera un cambio positivo en este aspecto; fue la psicoeducación de las emociones realizada por el coordinador; a través de la implementación de diversas técnicas y actividades, y aplicando lo propuesto por Kiker Painter (2006).

Una de ellas, también sugerida por Kiker Painter (2006), fue la identificación de expresiones faciales. El coordinador tomaba fotos a los chicos, expresando distintas emociones con sus rostros. Lo hacía utilizando una cámara, o el celular. Luego y respetando el turno correspondiente, tenían que decir a qué emoción correspondía cada foto.

Una vez que M nombraba la emoción; el coordinador le hacía preguntas sobre la misma. Si la había definido correctamente, lo interrogaba sobre aquellas cosas que lo ayudaron a identificarla. Si se había equivocado; le recordaba las características faciales correspondientes a esa emoción en particular y lo llevaba frente a un espejo, para que realice la cara que correspondía a ella, correctamente; solicitándole que la practique. Ejercicio propuesto por Kiker Painter (2006).

Siguiendo la misma autora (Kiker Painter, 2006), en otra ocasión; lo hacía escuchar diferentes diálogos, sin ver las imágenes; para que así pueda detectar las diferencias de tono de voz, asociados con estados de ánimo particulares. Le pedía a M, que hiciera el mismo análisis en la escuela, cuando hablaban sus compañeros, para que intentara detectar las diferencias.

Asimismo, aplicaba una escala que le permitía medir las emociones, a las que se les asignaba un valor numérico, a manera de termómetro, siguiendo a Bunge, Gomar y Mandil (2011). De esta forma, y al poder medirlas dentro del contexto de una situación; lo ayudaba a que M reconociera que el nivel de esa emoción experimentada; era excesivamente elevado con respecto a la situación en particular.

Si bien con el tiempo, logró mejorar la interpretación que realizaba de los gestos; varias veces ocurría que este esfuerzo hacía que se distrajera del contenido del mensaje que acompañaba a la emoción en cuestión, demostrando problemas en la focalización de una situación (Cererols, 2009).

Con respecto a esto, se trabajaban dos aspectos importantes en el taller. Por un lado, ayudar a M a identificar las emociones en los demás, y a repararlas; para lo cual, en general, se recurría a acciones prácticas, más que a frases verbales. El otro aspecto destacado, era que pudiera ganar confianza en él mismo, perdiendo el temor a equivocarse. Ambas características, señaladas como deficitarias por Attwood (2009).

Por otra parte y en la mayoría de las oportunidades, M mencionaba y registraba su condición de "diferente"; efecto positivo, tal lo explicado por Freire Prudencio (s/f). El se veía de esa forma entre sus pares, sobre todo después de situaciones como la mencionada en el párrafo anterior.

Lo que se trabajó en este aspecto; fue que pudiera encontrar un sentido positivo y constructivo, a esa condición que lo distinguía; que tuviera como objetivo, contribuir a elevar y fortalecer su autoestima; hecho que le facilitaría la inserción social (Attwood, 2009).

En ocasiones, M se mostraba claramente inquieto y fastidioso; desplegando conductas que correspondían a una edad menor, común en la manifestación del síndrome (Freire Prudencio, s/f). Cuando se comportaba de esta forma; pedía ir al baño y allí se quedaba un tiempo largo hasta que el profesional lo iba a buscar.

En varias ocasiones lo encontró dormido. Cuando regresaba, apoyaba la cabeza sobre el escritorio y contestaba de mal modo cuando sus compañeros le preguntaban qué le pasaba. Adoptaba la

actitud típica de los chicos cuando hacen berrinches, también comentado por Freire Prudencio (s/f).

En una de esas oportunidades, y cuando uno de sus compañeros lo fue a buscar; M reaccionó muy mal, empujándolo; generando una situación agresiva, exagerada para lo que había ocurrido. Así dejó de manifiesto su imposibilidad de controlar los impulsos en algunos momentos; hecho que ocurría cuando estaba demasiado inmerso en su mundo y particularmente cansado y con sueño. Siguiendo a Freire Prudencio (s/f), participar de un taller de habilidades sociales, contribuiría a que mejore ese control.

Otras veces, se enojaba cuando no había papas fritas para el snack. No quería comer otra cosa; pero tampoco se ofrecía para ir a comprarlas en el supermercado, ubicado al lado del consultorio, porque sabía que esto lo incomodaba aún más. Quedaba fijado en la protesta, sin intentar buscar solución alternativa. Otra muestra de rigidez y escasa capacidad para resolver problemas (Attwood, 2009).

Si bien cada vez que terminaba un encuentro; se lo veía positivo y optimista al llevarse soluciones u opciones diferentes, que lo ayuden a enfrentar situaciones críticas y nuevas para él, adhiriendo a uno de los objetivos planteado en los talleres (Patrick, 2008); era notoria la frustración que traía en la sesión siguiente, al no haberlo podido lograr.

En esas oportunidades lo hacía responsable al profesional, por no haberlo alertado de detalles que no consideró y que lo llevaron a fracasar en su intento. Pero lo que ocurre en realidad, es que son ellos los que se concentran al extremo en los detalles, perdiendo la perspectiva general del contexto, respondiendo esto a la teoría de la coherencia central débil (Cererols, 2009).

Todavía tenía compañeros de colegio que le hacían notar su rechazo, como parte de las características indicadas por Attwood (2009); sin embargo esto lo fue mejorando con el correr de los encuentros. M contó con entusiasmo; que sus compañeros lo habían invitado a formar parte del equipo de fútbol. Allí jugaba una vez por semana, y disfrutaba de ese momento; a pesar de que regresaba tarde a su casa.

Durante los primeros encuentros, M se mostraba molesto por las bromas que le hacían sus compañeros, no pudiendo descifrarlas (Attwood, 2009). Contó que durante un acto del colegio, uno de ellos, le pidió que cuando tuviera un minuto libre, vaya a ver a la directora, que lo necesitaba urgente. M, lo hizo en ese momento, que estaba en el recreo sin hacer nada; sin registrar que ella estaba en una reunión con otros docentes; hecho que provocó la risa de los que lo observaban.

Quedaba claro que interpretó la consigna; pero no pudo captar la doble intención que tuvieron los chicos con la propuesta; dejando plasmada la interpretación literal que hizo del mensaje; literalidad descripta por Attwood (2009).

Si bien varias veces se molestó en el taller, cuando alguno de sus compañeros le decía que deje de hablar pavadas; fue allí en ese ámbito, donde adquirió herramientas para reaccionar de forma más segura antes situaciones que le molestaban; lo que obviamente contribuyó tanto a que esos hechos disminuyan, como también a reforzar su autoestima (Caballero de la Cruz y Benavente, 2005).

Al mismo tiempo se considera lo manifestado por el profesional, quien estaba en contacto con la escuela. Aunque era cierto que en ocasiones los compañeros lo provocaban para divertirse con los resultados de lo que M hacía, abusando de su ingenuidad; esto no llegaba a convertirse en acoso. De situaciones como ésta, surge un sentimiento de desigualdad, percibiéndose débil con respecto a los demás (Rowe, 2004).

En todos estos logros, se destaca el apoyo que esta escuela le brinda a M desde hace muchos años, observado tanto en la información que tienen sus profesores, que los ayudan a supervisar situaciones que se presenten en la clase; como en charlas instructivas que le permitieron dar al profesional; para informarlos sobre las características del síndrome que M padece; previo consentimiento del adolescente. Esta actitud, se la señala óptima y formando parte de la red de soporte sugerida para estos casos (Kiker Painter, 2006).

5 CONCLUSION

Como resultado de la observación hasta aquí expuesta; se incluirán algunas consideraciones; a manera de conclusión del presente trabajo.

En primer lugar, se resalta que fue posible cumplir con el objetivo general planteado; al poder tener acceso a la observación de M, adolescente diagnosticado con Síndrome de Asperger; así como seguir de cerca su desempeño en el taller de Habilidades Sociales; durante los doce encuentros proyectados desde el comienzo.

Haciendo referencia a los objetivos específicos, se pudieron mencionar, definir y explicar las características del mencionado Síndrome; considerando las distintas áreas particularmente afectadas por el trastorno. Se realizó este trabajo de forma general, en un comienzo; para luego focalizarlo en la adolescencia; período durante el cual, el síndrome presenta significativo impacto.

La descripción mencionada, se llevó adelante basada en los fundamentos y estudios que fueron desarrollados en el marco teórico; de acuerdo a los autores más representativos dedicados al seguimiento de este tema. Tomando fundamentalmente como referente al Dr. Tony Attwood.

Por otra parte, se recuerda que las intervenciones llevadas a cabo en el taller; siguen la línea teórica desarrollada por el Dr. Kim Kiker Painter; las que incluyen actividades; habiendo sido descriptas las más significativas.

Con respecto al último objetivo, referido al desempeño del joven, así como a los logros por él obtenidos; se hace referencia a continuación, siguiendo lo reflejado en los gráficos incluidos en el desarrollo del trabajo.

En forma general, se destaca que el trabajo realizado por M, en el taller de Habilidades Sociales, tuvo un impacto favorable en él. Las conductas observadas en las cuatro áreas principales, así como en las complementarias; sufrieron modificaciones en el transcurso del período contemplado; lo que implica que M, no sólo no fue indiferente a ese trabajo, sino que además, consiguió un resultado, evaluado como efectivo y positivo.

Se pudo detectar, que en todos los casos, M necesitó trabajar el contenido de las variables en más de un encuentro; pero pudo realizar avances con el transcurrir de las sesiones. Esto fue posible gracias al aumento de su motivación, como producto de los resultados favorables que obtenía.

También se agrega, que los progresos no fueron estables al comienzo, donde mostraba una evolución con altos y bajos; pero debido a su destacable constancia y persistencia, logró superar esta situación de inconsistencia, de una manera adecuada.

Obtuvo un progreso en el afianzamiento de las reglas sociales básicas; pudiendo realizar con naturalidad el saludo. Al mismo tiempo, también presentó un destacado avance en el nivel de sus conversaciones; las que puede terminar, aunque todavía a un ritmo lento; por lo cual cumple un papel importante la paciencia de su interlocutor, para que esta conversación se lleve a cabo con total éxito.

Al mismo tiempo, al mostrarse más flexible en aceptar sus errores, desmitificándolos; acepta con algo menos de resistencia, los cambios que se le presentan.

El contexto principal donde M podía ver reflejado el resultado de lo recogido en el taller; era el escolar. Es allí donde consiguió mejorar las relaciones con sus compañeros. Por un lado, con los de su mismo sexo, pudo compartir una actividad extra escolar, como fue la de formar parte del equipo de fútbol del colegio. Allí, se sintió “uno más de ellos”; como él mismo contaba con orgullo, favoreciendo su autoestima.

Con respecto al sexo opuesto, se sentía comprendido por las chicas. Pudo acercarse a ellas de manera más informal; aunque todavía le cuesta interpretar los mensajes dejando de lado la comprensión literal; así como adecuar su discurso, al de los otros integrantes.

M realizó un gran progreso, desde el punto de vista cognitivo; al poder detectar los problemas que se le presentaban; al igual que poder barajar opciones para afrontarlos. Pero todavía no es tan efectivo, a la hora de la implementación del plan que arma para llevarlos a cabo.

También se menciona, que si bien logró una mejor conexión con sus compañeros, hecho que se observó en el taller por sus intervenciones y por la forma de involucrarse con ellos; le producía una extrema excitación, la que provocaba algunas reacciones no acordes a su edad; actitudes sobre las que aún tiene que trabajar.

Lo importante es que pudo expresar cada vez que vivía una situación en la que se sentía que había fracasado, que le marcaba claramente su condición de “diferente”. Esto fue fundamental para el coordinador, quien pudo implementar actividades que lo ayuden a elaborar ese rechazo; a través del análisis de las verdaderas razones de su conducta, y dejando de lado el atribuirse culpas.

Es así como también consiguió manejar mucho mejor las burlas realizadas por sus compañeros, las que al ser enfrentadas con una actitud casi indiferente de su parte; se redujeron notablemente. Una condición clave que le permitió lograrlo, fueron las directivas claras, dadas en todo momento por el coordinador.

Lo observado en cuanto al rendimiento general de M, se corresponde con lo expresado por el psicólogo en la entrevista; quien afirmaba que desde que comenzó a asistir al taller, nunca volvió a los niveles de rendimiento inicial. De acuerdo a lo analizado, se advirtió que si bien tuvo altos y bajos; finalmente logra superarse.

Luego de todo lo manifestado, y ahora considerando la experiencia personal de la pasante; se concluye que la misma fue satisfactoria y muy provechosa.

Al momento de poder conjugar lo expuesto en el marco teórico, con la práctica y los resultados obtenidos; surgen en ella, interrogantes, cuestionamientos y algunos aspectos críticos; los que se detallan a continuación.

1- Dificultad de la diversidad, de conformación del grupo y comorbilidades: si bien se pudo comprobar en esta observación que el conocimiento de la línea teórica a implementar es importante; también hay otros factores que se presentan como obstáculos, al momento de la bajada de ese fundamento teórico, a la práctica.

Uno de ellos, está en la dificultad de formar los grupos; momento en el que hay que considerar componentes tales como la edad, el sexo y el diagnóstico de los jóvenes; el cual es muy difícil que se presente puro, es decir, sin comorbilidades que afecten el logro de los objetivos.

Por otra parte, la duda de la residente, incluida al comienzo del trabajo, y relacionada con la dificultad que implicaría trabajar con jóvenes provenientes de entornos muy distintos de la Capital y Gran Buenos Aires, pertenecientes a diferentes clases sociales; se pudo comprobar. Aún siendo todos adolescentes, y por lo tanto correspondiéndoles intereses comunes; los diferentes entornos sociales, implican costumbres y diversiones distintas; así como un diferente acceso a lo material; lo cual interfiere aún más en la comprensión y consideración de las respectivas situaciones particulares, vividas por los jóvenes.

2- Instrumentación teórico-clínica: en cuanto a las técnicas aplicadas, en general no variaban. Se entiende que estos chicos necesitan una estructura a respetar en los encuentros; pero de acuerdo a lo leído, hay variadas actividades para incluir en el desarrollo de un mismo objetivo; las cuales no fueron utilizadas en el taller en su totalidad.

Lo comentado en el párrafo anterior, sumado a que los cuatro chicos tienen un coeficiente intelectual prácticamente normal; plantea en la pasante el interrogante relacionado con que si los logros, se deben a que recuerdan de memoria qué es lo que les dio resultado para una situación determinada; más que a la incorporación de nuevas herramientas que les permitan aplicar lo aprendido a situaciones nuevas.

Igualmente, es importante tener en cuenta, que la mayoría de las actividades fueron observadas artificialmente; es decir, creándose situaciones que posibiliten evaluar las habilidades sociales. La ventaja de esto, es que permite implementar escenas, que no se dan con frecuencia en un ambiente natural, controlando mejor las variables; otorgando así mayor exactitud a la medición de

dichas habilidades. La desventaja, es que no les permite la exposición en un ámbito real, el que seguramente presentará imprevistos, diferentes, que deberá sortear.

3- Desde el punto de vista del terapeuta: el mismo recibió a M con los antecedentes, estudios y evaluaciones que traía, los cuales habían sido realizado mucho tiempo atrás. Se cree conveniente, que en el momento de la admisión, se le haya solicitado repetir algunas pruebas. El diagnóstico fue realizado en la infancia, y aunque se extienda a la adolescencia, es posible que algunos valores se alteren, producto del desarrollo. De esta manera, el profesional partiría desde un lugar más preciso para realizar el trabajo y convertirlo en más eficaz.

Se entiende que la experiencia para trabajar con estos adolescentes es relevante; siempre que la misma no implique que el profesional dé por sentado situaciones o conductas; ya que cada individuo requiere de una atención permanente y personalizada, de acuerdo a su caso específico.

Teniendo en cuenta lo observado, se menciona la dificultad del mismo en mantener la motivación en su trabajo en algunos encuentros; la que seguramente se puede ver afectada por los avances muy lentos que se logran. En varias ocasiones, se notaba menor creatividad y predisposición.

Paralelamente se observó la particular inclinación del mismo hacia M. Esto se vio reflejado en la cantidad de tiempo que le dedicaba en los encuentros; superior al brindado a los otros chicos. Si bien a M, en lo personal lo beneficiaba; interfería en el trabajo de interrelación en el grupo.

Asimismo, se pudo registrar que cuando el joven se mostraba cansado luego de terminar con la rutina del relato individual sobre algún tema de su interés, en varias ocasiones pedía permiso para ir al baño, pasando allí largo tiempo, perdiendo la posibilidad de escuchar los relatos de sus compañeros, y por lo tanto la oportunidad de tener situaciones para interactuar. Hecho que el coordinador dejaba pasar como desapercibido. Con esta actitud, le quitaba una importante oportunidad de compartir con los otros integrantes.

4- Considerando la participación de la pasante en el taller: la misma no fue prevista por el coordinador, con lo cual no obtuvo indicaciones precisas, así como tampoco información sobre lineamientos e intervenciones que podía realizar en ese espacio. Hubiera sido de utilidad, haber tenido una charla previa para ponerla en antecedente de los diferentes casos y características que iba a encontrar en la práctica; la que hubiera permitido hacer la experiencia aún más provechosa; tanto para ella, como para el grupo.

A manera de conclusión general, se puede mencionar que M obtuvo avances, definidos como estables hacia la finalización de los encuentros; lo que contribuyó a aumentar su bienestar personal. Pero también se debe recordar, que fue diagnosticado y tratado desde muy pequeño; hecho que también ha influido en sus logros.

Se cree fundamental que los profesionales tengan una especial perspectiva, que implique tener la mente abierta y flexible, para permitirles ingresar y conocer el mundo de los Asperger desde su propia experiencia; no olvidando que no sólo tienen debilidades, sino también fortalezas; y que ayuden a promover la adquisición de un aprendizaje que los instruya y que les brinde posibilidades de captar soluciones alternativas.

Y considerando un contexto más amplio, se considera fundamental modificar la estricta rigidez que impone la sociedad actual; para definir valores, costumbres, y hábitos; dentro de los cuales, no pareciera haber espacio para las personas con Asperger.

Esto ayudará a comprender y a focalizar, no solamente en los déficits presentados por las personas con el síndrome; sino también en sus consistentes aspectos positivos; que incluyen valores de lealtad, sinceridad, honestidad, así como ingenuidad y transparencia, tenacidad para alcanzar sus objetivos, y un fuerte deseo de superación.

No alcanza con que ellos se reconozcan como diferentes; si nosotros no aceptamos esa diversidad y no les damos un lugar que los integre.

Para terminar la presente exposición, se hace mención a dos publicaciones, en las cuales se percibe un enfoque más cercano al salugénico, al momento de hablar de este Síndrome; como expresión que apunta a mejorar la integración en el contexto general.

Baron-Cohen, plantea doce puntos que avalarían poder hablar de “diferencias” y no de “deficiencias”, a la hora de hacer referencia, a lo padecido por la población con Asperger (como se cita en Molloy y Vasil, 2004). Estos son:

- 1) Pasan más tiempo involucrado con los objetos y sistemas físicos, que con las personas.
- 2) Se comunican menos que otras personas.
- 3) Tienden a seguir sus propios deseos y creencias, en lugar de prestar atención o ser fácilmente influenciado por los deseos y creencias de otros.
- 4) Muestran poco interés en lo que realiza su grupo social, así como de formar parte de él.
- 5) Tienen intereses fuertes y persistentes.
- 6) Son precisos al momento de percibir detalles de una información.
- 7) Observan y recuerdan cosas que los demás no pueden.
- 8) Lo que consideran como relevante e importante, puede no serlo para otros.
- 9) Pueden fascinarse por el material modelado, sea visual (formas), numérico (fechas y horarios), alfanumérico (licencias o placas), o diferentes listados (de automóviles, canciones, etc).
- 10) Se fascinan por los sistemas, tanto simples como la luz, interruptores, canillas; más complejos, como frentes meteorológicos; o abstractos, como las matemáticas.
- 11) Pueden tener una fuerte inclinación a coleccionar elementos (botellas, mapas, trenes; o bien por categorías de información (tipos de animales, de rocas, de telas, etc).
- 12) Tienen una fuerte preferencia por experiencias que son controlables en lugar de impredecibles.

Por su parte, Molloy y Vasil (2004); también cuestionan la utilización del término “discapacidad” en este Síndrome.; definiéndolo como una estilo cognitivo particular, más que como una condición médica y patológica, cuya connotación implica déficit y el etiquetamiento del sujeto.

Se sabe que una de las grandes dificultades que presente el Síndrome, es la imposibilidad de comprender lo que experimentan y sienten los demás. Tal vez sea hora de preguntarse, hasta dónde, todos aquellos que no padecen este trastorno; son capaces de interpretar su especial condición.

6 BIBLIOGRAFIA

Alonso, J.R., Gómez, C., Valero J., Recio, J.S., Baltanás, F.C., Weruaga, E. (2005). Investigación en neurobiología del síndrome de Asperger. Últimos resultados en investigación. Recuperado de <http://www.psyncron.com/wp-content/uploads/2011/05/aspergerandalucia.pdf>

Artigas, J. (s/f). Aspectos Neurobiológicos del Síndrome de Asperger. En: Freire Prudencio, S., Llorente Comi, M., González Navarro, A., Martos Pérez, J., Martínez Díaz-Jorge, C., Ayuda Pascual, R. (s/f). Un acercamiento al Síndrome de Asperger. (pp. 24-40). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/33879936/aproximacion-al-Asperger>

Asociación de Psiquiatría Americana (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson

Attwood, T. (2009). Guía del Síndrome de Asperger (1ª ed). Barcelona: Espasa Libros, S.L.U.

Borreguero, P. (2004). El síndrome de Asperger: Excentricidad o discapacidad social? . Madrid: Alianza Editorial S.A.

Bunge, E.,Gomar, M. & Mandil, J. (2011). Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos. (3ªed.). Buenos Aires: Librería Akadia Editoria.

Caballero, R. (s/f). Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Vol. II. El Síndrome de Asperger. Respuesta Educativa. Andalucía: Consejería de Educación..

Caballero de la Cruz, J & Benavente Martín, M., (2005). Programas de Intervención en habilidades sociales en individuos con el síndrome de Asperger. En E. García Vargas y R. Jorrete Lloves (Eds.). Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas de la 1era. Jornada científico-sanitaria sobre síndrome de Asperger. (pp. 80-93). Recuperado de <http://www.psincron.com/wp-content/uploads/2011/05/ASPERGERANDALUCIA.pdf>

Cererols, R. (2009). Descubrir el Asperger (2da. Ed). Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/44167425/Ramon-Cererols-Descubrir-el-Asperger>.

Freire Prudencio, S., Llorente Comi, M., González Navarro, A., Martos Pérez, J., Martínez Díaz-Jorge, C., Ayuda Pascual, R. (s/f). Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/33879936/aproximacion-al-Asperger>

Ghaziuddin, M. (2010). Brief report: Should the DSM V Drop Asperger Syndrome?, Springer Science+Business Media, 40, 1146-1148.

Jacobsen, P. (2005). Understanding how Asperger children and adolescent think and learn. (pp. 21-24). Londres y Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.

Kicker Painter, K. (2006). Social Skills Groups for Children and Adolescents with Asperger's Syndrome. A Step-by-Step Program. (pp. 21-24). Londres y Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.

López, R. & Munguía, A., (2008). Síndrome de Asperger. Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH, 1(3).

Michelson, L., Sugai, D., Wood, R. & Kazdin, A. (1987). Las habilidades sociales en la infancia. España: Martínez Roca

Molloy, H. & Vasil, L., (2004). Defining Asperger Syndrome. En Asperger Syndrome, adolescence, and identity. Looking Beyond the Label. (pp. 20-22). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Monjas Casares, M. (1993). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS). Madrid: CEPE

Patrick, N. (2008). Social Skills for the Teenagers and Adults with Asperger Syndrome. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Pérez, I. (2000) Habilidades sociales: educar hacia la autorregulación. conceptualización, evaluación e intervención. Barcelona. Ice-Horsori.

Pérez, I. & Martoz-Pérez, J., (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo,. *Revista de Neurología*, 48(supl. 2): S31-S34.

Rodríguez, F. (2009). Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 12-19.

Rowe, D. (2004). Conquering a sense of inferiority Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/22548490/Psychology-Help-Conquering-a-Sense-of-Inferiority>.

Sadock, B. & Sadock, V. (2009). Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría (10ª ed). Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

Severgnini, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo: Trastornos del espectro autista. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(2), 168-170.

Siboldi, J. E., (2011). Síndrome de Asperger y habilidades sociales : un abordaje grupal. Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades "Teresa de Ávila". Disponible en: [http:// bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf](http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf)