UCA
Pontificia Universidad Católica Argentina
Biblioteca digital
de la Universidad Catolica Argentina

Siboldi, Johanna Evelyn

Síndrome de Asperger y habilidades sociales : un abordaje grupal.

Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía
Facultad de Humanidades "Teresa de Ávila"

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.
La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

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

[Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [03 de agosto de 2011])

Facultad Teresa de Ávila

Tesis para acceder al título de Lic. en Psicopedagogía

Síndrome de Asperger y Habilidades Sociales: un Abordaje Grupal

Tesista: Johanna E. Siboldi

Directora: Lic. Carolina Coletti

Paraná, Mayo de 2011

"Si conservas tu rostro dirigido al sol,

Nunca veras las sombras"

Helen Keller

Dedicatoria

A las personas que con su brillo iluminan mi vida cada día:

A Machi

A mi Familia

A mis Amigas

Agradecimientos

A Caro, por acompañarme y ayudarme a concretar este sueño.

A Natalia, por su disposición y amabilidad.

A las terapeutas y adolescentes,

por abrirnos las puertas y permitirnos conocerlos.

RESUMEN

Esta investigación, de tipo exploratorio y descriptivo, busca conocer cuales son los beneficios que brindan los grupos de entrenamiento en la calidad de vida de las personas con Síndrome de Asperger. Para ello se administraron entrevistas a cinco adolescentes con Asperger de Buenos Aires, encuestas a sus padres y observaciones de las sesiones de entrenamiento; estos datos se analizaron cualitativamente, siguiendo como marco teórico referencial la Teoría Cognitivo Conductual Relacional.

Se ha concluido que el grupo de entrenamiento en habilidades sociales se constituye en un espacio de aprendizaje y ensayo ecológico para las personas con Síndrome de Asperger. Si bien se reconocen avances estables y funcionales, en relación al tiempo de tratamiento y acompañamiento familiar, la falta de generalización en determinadas habilidades complejas afecta directamente la dimensión social de calidad de vida, no así la psicológica y física.

Palabras claves: Síndrome de Asperger, calidad de vida, grupos de entrenamiento en habilidades sociales.

INTRODUCCIÓN

Se reconoce que un aspecto fundamental en la vida de cualquier hombre es la interacción y su continua relación con los demás, desde múltiples enfoques se ha caracterizado al hombre como un ser social y se torna impensable que él mismo pueda sobrevivir aisladamente. Para lograr competencia social las personas se valen de conductas específicas, esto es, de habilidades sociales, las que posibilitan el éxito en los planos social, psicológico y el estado de salud integral, representativos de la calidad de vida.

Sin embargo, ciertas personas presentan déficits sociales, tal es el caso del Síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por dificultades en tres áreas interrelacionadas: las habilidades sociales, la comunicación e imaginación social y la flexibilidad de pensamiento. Quienes están afectados por este Síndrome, generalmente presentan un nivel de inteligencia normal o superior a la media y suelen destacarse de manera sobresaliente en determinadas áreas, pero no pueden resolver por si mismos y haciendo uso de su capacidad intelectual, su dificultad para la interacción social; requiriendo de una enseñanza explicita de las habilidades sociales deficitarias, para así mejorar su competencia social y posibilitar, por tanto, interacciones satisfactorias. Esa enseñanza, puede realizarse a través de la estrategia terapéutica de los grupos de entrenamiento en habilidades sociales.

Al tomarse conocimiento de esa situación, surge como pregunta central de este trabajo de investigación ¿Qué beneficios brindan los grupos de entrenamiento en habilidades sociales en la calidad de vida de la persona con Síndrome de Asperger? Para dar respuesta a este interrogante se planteo como objetivo central conocer los beneficios que brindan los grupos de entrenamiento en habilidades sociales en la calidad de vida de la persona con Síndrome de Asperger y como objetivos específicos:

- Caracterizar el Síndrome de Asperger.
- Indagar sobre la estrategia terapéutica de entrenamiento en habilidades sociales.
- Indagar acerca de la dinámica o peculiaridad de los grupos de habilidades sociales.
- Reconocer la incidencia del ejercicio de las habilidades sociales en las personas con Síndrome de Asperger al haber participado en los grupos, determinando los beneficios para su calidad de vida.

Lo que motivo dichos objetivos, han sido los siguientes supuestos:

- El grupo de habilidades sociales se constituye en un espacio de aprendizaje y de ensayo ecológico para la persona con Síndrome de Asperger.
- El entrenamiento en habilidades sociales conlleva beneficios sociales, psicológicos y físicos para la persona con Síndrome de Asperger y le permite tener un comportamiento socialmente adaptado.
- El grupo de entrenamiento como estrategia terapéutica le permite al paciente alcanzar aprendizajes, en relación a las habilidades sociales carentes, de calidad y generalizables a los diversos ámbitos, que si lo hiciera de forma individual.

El trabajo de campo se realizo en la cuidad de Buenos Aires, porque allí se encuentra sistematizada formalmente esta estrategia terapéutica. Justamente por ser una temática poco estudiada y abordada, tanto a nivel nacional como local, es que la presente investigación se caracteriza como exploratoria y descriptiva.

La muestra estuvo compuesta por cinco adolescentes (de 12 a 20 años) con Síndrome de Asperger y se utilizaron como técnicas de recolección de datos observaciones de las sesiones de entrenamiento, entrevistas semi-dirigidas a los adolescentes y encuestas para los padres. Los datos se analizaron desde un enfoque cualitativo guiado por categorías elaboradas previamente dirigidas hacia la calidad de vida y las habilidades sociales.

Como marco teórico se tomó la teoría cognitivo conductual y relacional, ya que la estrategia de entrenamiento es diseñada desde esa perspectiva, así como, la mayor parte del material bibliográfico acerca del Síndrome de Asperger y las habilidades sociales.

Se considera que el tema de estudio constituye una temática potencialmente rica puesto que los aportes dados desde la Psicopedagogía, e inclusive desde otras ciencias, es escaso en relación a la creciente demanda al respecto. Además contribuirá conocimiento valioso acerca de este tipo de estrategia terapéutica para el ámbito profesional de la región, puesto que es un recurso, no solo útil para trabajar con personas con Síndrome de Asperger, sino también para otros cuadros patognomónicos. Sin embargo se reconoce la limitación del presente trabajo al ser sincrónico y no tener acceso a historias clínicas detalladas de los pacientes que participan en los grupos, si bien se incluyeron datos contextuales, considerados al momento de elaborar las conclusiones.

Las investigaciones que se detallan a continuación pertenecen al ámbito internacional, más precisamente a Europa, no habiéndose encontrado referencias nacionales o locales, puesto que se toma lo investigado y divulgado en el exterior, publicándose artículos adaptados a las características argentinas. A excepción de un proyecto de tesis presentado en Universidad Católica, sede Paraná, que se detalla en primer lugar. No obstante, podrá observarse el interés que despierta el estudio de las habilidades sociales en la comunidad científica internacional.

Ana Eugenia Vila (2010), ha presentado su proyecto de tesis que buscará investigar la relación entre los valores actitudinales de la teoría de Viktor Frankl y los pilares de resiliencia, para que los padres puedan otorgar sentido al diagnóstico de Síndrome de Asperger en su hijo/a. Para abordar esta problemática utilizará entrevistas semi-estructuradas e informes de profesionales, realizando un análisis cualitativo de los datos recabados. Por los objetivos intrínsecos, se caracteriza a esta investigación como exploratoria y descriptiva. Debido a que es una tesis en actual elaboración, estos han sido los datos que se han podido recabar a la fecha.

Merino Martínez et al. (2008) llevaron a cabo una investigación en España para determinar las habilidades sociales y comunicativas que requieren de apoyo y entrenamiento en las personas con TEA (Trastorno del Espectro Autista) en el ámbito laboral. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres grupos participantes de la muestra:

- Empresas: 8 directivos, 4 compañeros de trabajo y 2 encargados de recursos humanos en 9 empresas diferentes.
- Preparadores Laborales: 5 preparadores laborales y 2 orientadores laborales de personas con autismo.
- Trabajadores: 6 trabajadores (4 con Síndrome de Asperger y 2 con autismo)

Los resultados obtenidos mostraron que los tres grupos coincidían en que la habilidad esencial es la relacionada con la correcta ejecución de la tarea. Por su parte, las empresas y preparadores laborales destacaron como habilidades principales, en pos del diseño de programas para búsqueda de empleo para personas con TEA, las siguientes:

- Escuchar activamente las conversaciones

- Comprender y seguir instrucciones
- Preguntar e informar cuando se ha finalizado la tarea
- Manifestar autocontrol de impulsos y emociones
- Pedir- ofrecer ayuda
- Expresar correctamente deseos y dificultades
- Iniciar, mantener y finalizar una conversación adecuadamente
- Tomar decisiones, priorizar tareas
- Manejar correctamente diversos contextos sociales

Por el análisis que se realizo de los datos obtenidos, esta investigación es de corte cualitativo, y como se propone como objetivo generar un programa o proyecto para mejorar la inserción laboral de las personas con TEA, es de acción.

En 2007, Díaz-Sibaja; Jiménez-Vallecillo; Carmona; Trujillo & Martínez-Serna, implementaron un estudio cuyo objetivo fue diseñar, poner en práctica y validar un programa de tratamiento psicológico protocolizado que llevaba por título "Vive el Teatro", en el que se utilizaba el contexto de la actividad de teatro como un medio para enseñar, entrenar y practicar, de forma incidental, las habilidades sociales y aumentar la autoestima de los participantes. La muestra estuvo constituida por un grupo heterogéneo de 20 adolescentes con problemas de fobia social, Síndrome de Asperger, trastornos del comportamiento perturbador y trastornos de la conducta alimentaria, todos ellos con déficit en sus habilidades sociales, y cuya autoestima se encontraba afectada por ello. Las variables psicológicas medidas fueron: las habilidades sociales, mediante la Escala de Habilidades Sociales (EHS), y la autoestima con el Autoconcepto Forma 5 (AF-5). Ambos instrumentos con puntuación en percentiles, por lo que la investigación es cuantitativa.

Los resultados reflejaron que el programa de tratamiento psicológico "Vive el Teatro" resultó eficaz para producir una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables habilidades sociales y autoestima social. Esta mejoría se tradujo en que, después del tratamiento, los adolescentes que formaron parte del programa se consideraban más capaces de expresar sus opiniones de forma espontánea, de expresar enfado, de decir no o cortar interacciones, de hacer peticiones y de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Asimismo, también se reflejo que tras la intervención

tenían un concepto más positivo de ellos mismos en las áreas académica, social y física. No obstante, los autores expresaron que los datos deberían ser tomados con cautela por dos razones: a) la muestra fue muy pequeña (n=20); y b) no se utilizo un grupo control o un grupo placebo que permitiera hacer análisis comparativos.

Granizo; Naylor & Del Barrio (2006) realizaron un estudio exploratorio con seis alumnos de sexo masculino, clase media y con edades que oscilaban entre 15 y 17 años, que asistían a escuelas secundarias integradoras públicas de Sheffield (Inglaterra) diagnosticados con Síndrome de Asperger. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos dos cuestionarios: *Strenghths and Difficulties Questionnarie* de Goodman y *My Life in School Checklist* de Arora, y entrevistas semiestructuradas construidas específicamente para este estudio en los que se analizaba la percepción que estos adolescentes tenían acerca de sus relaciones sociales con sus pares y de la situación de ser maltratados por ellos. Estos datos luego fueron contrastados con entrevistas, también semiestructuradas, realizadas a las madres de dichos alumnos. Los resultados obtenidos destacan que los alumnos comprenden el fenómeno del maltrato, son conscientes de su papel de víctima y consideran que la intervención en esa situación debe ser sistémica. El marco teórico utilizado por estos autores ha sido la Teoría Cognitivo- Conductual.

Por otra parte, Camacho Gómez Cristina y Marta (2005) investigaron acerca del déficit en habilidades sociales en la adolescencia, con el fin de desarrollar posteriormente un plan de intervención. Para llevar adelante el estudio, hicieron una comparación retrospectiva con una investigación de Francisco Bas Ramallo de 1986.

En la recolección de datos aplicaron un cuestionario llamado Inventario de Automanifestaciones en la Interacción Social para Jóvenes (AIS-JI) realizado por dicho autor y una prueba desarrollada por las autoras de esta investigación, a 63 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre 14 y 15 años que concurrían a diversas escuelas de España. El análisis de los datos se realizo desde lo cualitativo. Los resultados no se encuentran muy claros, las autoras destacan que no hay una diferencia significativa con el estudio realizado por Bas Ramallo.

En Madrid en el año 2004, Simarro Vázquez & Belinchón Carmona realizaron una investigación para comprobar el déficit de las personas con Síndrome de Asperger en la *generatividad* (capacidad de generar ideas o acciones diversas, variadas y/o novedosas). Para ello emplearon una batería de pruebas que evaluaban esta capacidad a dos grupos de personas: uno con 12 sujetos con Síndrome de Asperger (11 varones y 1 mujer, entre 16 y 32 años, con un CI normal) y otro con 30 sujetos sin alteraciones en el desarrollo (todos varones, entre 18 y 23 años). Estas pruebas estaban divididas en dos grandes grupos: unas requerían que se generen respuestas novedosas (significado de patrones, uso de objetos y generación de alternativas) y otras demandaban del conocimiento previo de las personas (generación de conceptos y fluidez verbal); esto es debido a la hipótesis que se plantearon los investigadores, a saber, "las personas con Síndrome de Asperger tendrán claras dificultades en las actividades de generatividad que requieran producir respuestas novedosas. Por contraposición, no se observaran diferencias significativas en las pruebas que requieran generar ideas ya conocidas" (p. 2).

Los resultados obtenidos no permitieron comprobar la hipótesis, ya que ambos tipos de pruebas se encontraron diferencias significativas y mayores a las esperadas en las personas con Síndrome de Asperger.

El marco teórico del que se valieron estos autores ha sido la Teoría cognitivo conductual, y su investigación fue de corte cuantitativo.

En 1998, María Inés Monjas Casares y Balbina de la Paz González Moreno buscaron comprobar que la enseñanza de habilidades sociales a través de la incorporación de un programa de entrenamiento y del área interpersonal al curriculum escolar, permitiría que niños y niñas de Educación Infantil y Primaria tuvieran cambios positivos en su competencia social, especialmente: aceptación social, autoconcepto, conducta asertiva y repertorio de habilidades sociales. Para ello realizaron un estudio longitudinal, durante los ciclos lectivos 1995-1996 y 1996-1997, donde participaron 16 alumnos/as y 4 profesoras. El criterio de selección de la muestra de los alumnos/as fue:

- 7 niños/as rechazados/as
- 5 aceptados/as
- 4 niños/as controvertidos

Y de las profesoras:

- Experiencia profesional y buena formación académica
- Motivación personal
- Años de servicio en el centro educativo

Esta investigación fue considerada pre-experimental, donde la variable independiente fue el Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) y el modelo de currículo para llevar a cabo esta intervención, y la dependiente la competencia social. Monjas Casares y González Moreno dividieron este estudio en tres fases:

A. *Pre-test*, donde se administraron las siguientes pruebas:
   - Procedimiento Sociométrico para Profesorado (PS-P) por las profesoras.
   - Procedimiento Sociométrico para Alumnado (PSA) en todas las clases a todo el alumnado.
   - Escala de Conducta Asertiva para niños (Children Assertive Behavior Scale, CABS) de Michelson y colaboradores.
   - Escala de Autoconcepto en el medio escolar de García Gómez.
   - Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS) de Monjas Casares.

B. *Tratamiento*, que consistió en líneas generales en:
   - Entrenamiento y formación al profesorado
   - Implementación del Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) y el modelo de curriculum

C. *Post-test*:
   - Se administraron las mismas pruebas que en la fase de pre-test y además la Entrevista sobre el Conocimiento de Estrategias de Interacción con los Compañeros (CEIC) del autor Díaz-Aguado.

El análisis de los datos se hizo por medio del SPSS y de MANOVA. Los resultados obtenidos demostraron una cierta mejoría en la competencia social, por lo que la hipótesis fue comprobada, pero las autoras destacan las limitaciones de este estudio y subrayan la necesidad de seguir investigando al respecto.

Como pudo observarse a lo largo del desarrollo del estado del arte, se han realizado diversas investigaciones que implicaban las habilidades sociales, analizándolas tanto desde lo cualitativo como desde lo cuantitativo, y teniendo como muestra personas con y sin Síndrome de Asperger.

Uno de los estudios que más llaman la atención, es el que expone que las personas con Síndrome de Asperger pueden ser maltratadas debido a su falta de habilidad para la interacción social.

Tal como se destaco, no se encontraron investigaciones nacionales o locales, por tanto, se considera que este trabajo contribuirá tanto en la temática como en lo metodológico, con datos contextualizados y consecuentemente más precisos al ser abordados desde la Psicopedagogía, puesto que se lo ha hecho desde la disciplina psicológica y psiquiátrica.

1.1 HISTORIA DEL SÍNDROME DE ASPERGER

Antes de comenzar a caracterizar el Síndrome de Asperger (SA), se considera pertinente presentar brevemente a quienes fueron los pioneros en describir lo que ellos consideraban "autismo", siendo la primera vez que aparecería esta palabra en sus publicaciones de 1943 en Estados Unidos y 1944 en Austria. Ellos fueron Leo Kanner y Hans Asperger, respectivamente. Ambos describieron a niños que tenían dificultades en sus relaciones sociales, apartándose de su familia o grupos de conocidos y presentando rutinas obsesivas. Sin embargo, en sus descripciones se hallaron algunas diferencias; Kanner caracterizo a los sujetos de su estudio con una incapacidad innata para establecer contacto social, ausencia de juego simbólico, obsesión por determinados objetos, mutismo o un habla sin intención comunicativa, ecolalia y algunos tenían habilidades especiales en determinada área, como la música o la pintura, y denominó al cuadro *autismo infantil precoz*, el cual se presentaba desde el nacimiento o dentro de los treinta primeros meses de vida. En cambio, Asperger observó a chicos que presentaban un nivel intelectual y lenguaje adecuados, pero presentaban problemas en la interacción, ya que su comportamiento social era anómalo, acompañado por una mirada, habla y movimientos peculiares; para este autor la "psicopatía autística", como lo denominó, mostraría sus síntomas en edades avanzadas del desarrollo; por ello es que Asperger consideraba que su trastorno era diferente al descripto por Kanner, no obstante, coincidía con dicho autor en la presencia de rutinas estereotipadas que podían resultar insólitas para las demás personas. (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005).

Si bien Hans fundo una clínica donde atendió a esos chicos con programas de logopedia, de expresión corporal y educación física, en esos años, su descripción del cuadro fue ignorada tanto en Europa como en Estados Unidos. (Attwood, 2002)

Unos años después, en 1962, se funda la *National Autistic Society* (Sociedad Nacional de Autismo) de forma voluntaria para agrupar a padres y profesionales interesados en el autismo. Si bien tomaron los criterios diagnósticos establecidos por Kanner, no paso mucho tiempo para que reconocieran que había personas que presentaban problemáticas similares pero que no respondían exactamente a estas descripciones. (Wing, 1998).

Es Lorna Wing, en 1981 quién retoma los estudios de Hans Asperger y denomina por primera vez Síndrome de Asperger al trastorno descripto por él años atrás.

Recién en 1994, el SA aparece como categoría diagnóstica en los manuales DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005).

1.2 HACIENDO DISTINCIONES

Debido a las diferentes posturas que se encuentran en la literatura acerca del Autismo y el SA, se considera necesario para un mejor discernimiento de éste último, presentarlas en líneas generales.

Para muchos autores SA y Autismo constituirían trastornos agrupados en un continuo, denominándolos Trastornos del Espectro Autista (TEA), esto en base a que ambos comparten similitudes: comportamiento anómalo; problemas en la interacción y en la comunicación, por tanto, serían la misma discapacidad, pero se distinguen por el grado de gravedad, siendo el SA mas leve y con un pronostico más favorable que el Autismo; por lo que este enfoque es de tipo cuantitativo.

Otro enfoque, el cualitativo, sostiene que SA y Autismo son dos discapacidades distintas, puesto que presentan características que así lo muestran y marcan sus diferencias esenciales, lo que posibilita, a su vez, intervenciones acordes y adecuadas a cada trastorno y persona. Además, se considera que el trastorno no se presenta de igual modo en una persona que en otra, siendo la evolución de los síntomas particular en cada caso.

Aquellos autores, más positivistas, suelen destacar que no se conocen los patrones genéticos de ninguno de los dos trastornos, por lo que no hay marcadores biológicos que puedan determinar cuales de los dos enfoques mencionados es certero. (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005)

Para esta investigación, se considerara que SA y Autismo son trastornos distintos, ya que:

- El único medio disponible de diagnóstico es el conductual, y en el mismo pueden visualizarse las diferencias entre uno y otro.
- Permite hacer un diagnostico más preciso, que no solo ayude al profesional a diseñar las estrategias de intervención, sino también al paciente y a su familia a comprender lo que le esta sucediendo sin caer en ambivalencias.

Para fundamentar y dar mas claridad a lo mencionado anteriormente se presentara un cuadro donde se muestran diferencias generales entre SA y Autismo.

SINDROME DE ASPERGER	AUTISMO
Diagnóstico en torno a los 6-7 años.	Diagnóstico alrededor de los 3 años.
Inteligencia normal o superior a la media.	Probable retraso mental.
Desarrollo prácticamente normal del lenguaje. Retraso inicial en su desarrollo.	Dificultades en el desarrollo del lenguaje.
Mayor capacidad de adaptación al medio.	Mayor necesidad de rutinas.
Torpeza motora. (50% a 90% de los casos)	Movimientos estereotipados.

Elaboración Propia basada en García Vargas & Jorreto Lloves, 2005

1.3 EL SINDROME DE ASPERGER

El SA se encuentra dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) según los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995). Estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas son impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Los TGD son:

1- Autismo
2- Trastorno Desintegrativo Infantil
3- Síndrome de Asperger
4- Síndrome de Rett
5- TGD NOS (TGD no especificado de otra manera)

Existen diversas definiciones del Síndrome de Asperger, algunas de ellas son expuestas a continuación:

"Es un trastorno del desarrollo, de base neurobiológica, que afecta al funcionamiento social y al espectro de actividades e intereses. Está vinculado a una disfunción de diversos circuitos del cerebro." (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005, p.9)

"Es un trastorno severo del desarrollo, caracterizado por importantes dificultades en la interacción social y patrones de intereses y comportamiento restringidos y poco usuales" (Klin & Volkmar, 1996).

1.4 EL DIAGNOSTICO

Tony Attwood (2002) plantea dos grandes etapas en el proceso de diagnóstico del Síndrome de Asperger:

- **Administración de Cuestionarios a padres y docentes**

Su objetivo es dar indicios de la presencia del trastorno. En la actualidad existen dos escalas diseñadas para padres y docentes.

a. Escala Australiana del Síndrome de Asperger

Fue diseñada en 1995 por Attwood y Garnet para "Identificar conductas y habilidades propias del Síndrome de Asperger en niños en edad escolar. Ésta es la edad en que la pauta de conducta es más llamativa" (Attwood, 2002, p. 21)

En esta escala el cero (0) significa que el niño no presenta ninguna anomalía cuando lo comparamos con otros niños de su edad. Cuanto más se aparte de la normalidad, más nos acercaremos a la puntuación seis (6). Si la respuesta a la mayoría de las preguntas es mayor de 0, y la puntuación media está entre dos y seis (2 y 6), es decir, visiblemente por encima del nivel normal, no se puede indicar, de manera automática, que el niño tiene Síndrome de Asperger. Sin embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se le realice una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

Este instrumento diagnóstico es incluido en los anexos.

b. CAST (*Childhood Asperger Syndrome Test*- Test Infantil del Síndrome de Asperger)

Fue diseñado por Scoot, Baron Cohen y colaboradores en 2002. Consta de 39 preguntas, las que se puntúan con cero (0) y uno (1), donde cero corresponde a No y uno a Si. Un resultado de 15 o más puntos seria indicativo de presencia de ciertos rasgos del SA y es necesaria una valoración por parte de un profesional.

Este instrumento se entrega a padres y/o docentes de niños entre 4 y 11 años. Se puede ver el mismo en los anexos de este trabajo.

- **Evaluación del clínico**

Debe contemplar evaluar todas las áreas en las que pueden presentarse las características típicas del Síndrome, es decir, lo lingüístico, lo cognitivo, lo motriz y lo social. Esta evaluación se realiza no solo con el paciente, sino también con los padres para indagar acerca de la historia de desarrollo de su hijo/a, así como con los informes que pudieron o pueden elaborar los docentes.

Hay que considerar que el ámbito clínico no es el propicio para observar las habilidades sociales del paciente, por tanto, es aconsejable realizar alguna observación en los ambientes naturales del mismo, como puede ser el recreo escolar.

A su vez, Attwood (2002) plantea seis vías para llegar al diagnóstico de SA.

A. Diagnóstico de Autismo en la Infancia Temprana: generalmente cuando el niño es pequeño, a los 2 o 3 años, se lo diagnostica de Autismo, pero al ir creciendo los síntomas se ajustan más a la descripción de SA, debido a que hay desarrollo del lenguaje y de las habilidades cognitivas.

B. Reconocimiento de características al empezar la escuela: en la edad preescolar, como se ha dicho, los síntomas pasan desapercibidos o pueden ser caracterizados como autistas, pero en la edad escolar, se ponen de manifiesto las características más sobresalientes del Síndrome, y el docente puede ser el primero en notarlo, al observar la falta de compresión de los códigos sociales, la evitación de situaciones lúdicas, su particular pragmática y estilo de conversación, entre otras.

C. Una expresión atípica de otro síndrome: el desarrollo del niño/a pudo haber sido caracterizado como inusual y consecuentemente haber recibido el diagnóstico de algún trastorno, sea de lenguaje, de TDAH, etc. Pero al hacer una evaluación global y observar específicamente las áreas cognitiva y social, se puede llegar a la conclusión que el SA se ajusta con mayor precisión al perfil del paciente.

D. Diagnóstico de Autismo o Síndrome de Asperger en un familiar: al establecer el diagnóstico los padres pueden reconocer ciertos signos clínicos en otros familiares de la misma u otra generación.

E. Reconocimiento de los signos del SA a través de los medios de comunicación: en los programas de televisión, diarios, revistas, internet o radios pueden darse informes acerca del Síndrome y quien los leen o escuchan reconocen las características descriptas en algún familiar o amigo, pudiendo llegar a la consulta con el profesional por ese motivo. Esta situación puede darse inclusive en las personas adultas, que cuando llegan a la consulta hacen una revisión de sus conductas más significativas en su niñez y de su situación actual, pudiendo darse un diagnóstico de SA bastante tardío.

F. Desorden psiquiátrico secundario: puede presentarse depresión, ansiedad, obsesiones, trastornos asociados al SA. Si el profesional que examina estos signos clínicos, generalmente el psiquiatra, conoce acerca del Síndrome, puede sospechar de la presencia del mismo y hacer la derivación pertinente para el diagnostico diferencial.

1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En primer lugar se desarrollarán los criterios del DSM-IV, por ser un manual que orienta al diagnóstico, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas. Está elaborado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer lineamentos de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribir a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría, sino establecer una nomenclatura clínica profesional oficial. (DSM-IV, 1995, p. 81)

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

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

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

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

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej. sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

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

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

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

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

Sin embargo, algunos autores prefieren criterios diagnósticos desarrollados por sus colegas, porque consideran a los del Manual de la APA (*American Psychological Association*- Asociación Americana de Psicología) algo restrictivos y que no se ajustan a la realidad precisa de los pacientes. De esos criterios los más difundidos y aceptados por

la comunidad científica son los de Gillberg & Gillberg (1991, citados en Freire Prudencio, et. al, 2007, p.10)

1. Déficit en la interacción social, al menos dos de los siguientes:

a. Incapacidad para interaccionar con iguales.
b. Falta de deseo e interés de interactuar con iguales.
c. Falta de apreciación de las claves sociales.
d. Comportamiento social y emocionalmente inapropiados.

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

a. Exclusión de otras actividades.
b. Adhesión a la repetición.
c. Más mecánicos que significativos.

3. Imposición de rutinas e intereses, al menos uno de los siguientes:

a. Sobre si mismo en aspectos de la vida.
b. Sobre los demás.

4. Problemas del habla y del lenguaje, al menos tres de los siguientes:

a. Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje.
b. Lenguaje expresivo superficialmente perfecto.
c. Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia.
d. Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas.

5. Dificultades en la comunicación no verbal, al menos uno de los siguientes:

a. Uso limitado de gestos.
b. Lenguaje corporal torpe.
c. Expresión facial limitada.
d. Expresión inapropiada.
e. Mirada peculiar, rígida.

6. Torpeza motora. Retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo.

Puede observarse tres grandes diferencias entre las dos clasificaciones:

- En el DSM-IV se destaca que no hay retraso del lenguaje significativo, mientras que Gillbert & Gillbert habla de retraso inicial en su desarrollo.
- El manual de la APA hace referencia a que no se presenta un retraso en el desarrollo cognitivo, mientras que en la segunda clasificación no hay mención alguna al respecto.
- Gillbert & Gillbert mencionan la torpeza motriz como criterio diagnóstico. En el DSM-IV no se considera este aspecto.

No obstante las diferencias mencionadas, se cree conveniente articular ambos criterios, considerando los puntos fuertes y débiles de cada uno, lo que ayudará a precisar el diagnóstico.

1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se encontró bibliográficamente en éste punto con una discusión continua de la comunidad científica. El Dr. Ernesto Wahlberg, (comunicación personal, 10 Noviembre, 2010) médico psiquiatra infanto juvenil, junto con otros profesionales contemporáneos como Juan Martos, (comunicación personal, 12 Noviembre, 2010) logran aclarar que existe controversia en cuanto a la comorbilidad, en cuadros como el Síndrome de Asperger, ya que se cuestiona si los síntomas son propios del Síndrome o consecuencia de la presencia de otro cuadro asociado al mismo. Por ejemplo: una persona con SA que presenta desatención, se explicaría que ello se debe a la falta de interés por las propuestas, o podría hablarse de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) asociado. En consonancia con lo explicado por estos profesionales, Pilar Martin Borreguero (2004) destaca que algunos trastornos son una explicación alternativa y descriptiva del SA, en tanto, otros están asociados y es necesario discernirlos para elaborar un diagnóstico preciso, que posibilite intervenciones adecuadas y efectivas. En función de lo explicado, se presentaran a continuación, los que se consideran trastornos comórbidos al Asperger y luego los criterios para el diagnóstico diferencial.

1.6.1 TRASTORNOS COMÓRBIDOS

- **El Síndrome de Tourette (ST)**

Es un trastorno neurológico caracterizado por movimientos involuntarios motores y vocalizaciones. Estos tics, que tienen evolución crónica, pueden ser simples: involucran a un solo grupo muscular y tienen inicio y fin repentino; o complejos: afectan a varios músculos y son prolongados (Freire Prudencio, et. al, 2007). Dentro de los complejos, se pueden observar, entre otros, tocar algo de forma repetitiva, agacharse, doblar las rodillas, pestañeo repetitivo, carraspeo, emisión involuntaria de palabras obscenas (Martín Borreguero, 2004)

Si bien las manifestaciones del ST y SA pueden ser distinguidas fácilmente, la comorbilidad entre estos dos cuadros es frecuente (Martín Borreguero, 2004)

- **Trastornos del Estado del Animo (Depresión) y Ansiedad**

Los síntomas más comunes de la depresión son:

- Baja autoestima.
- Falta de energía.
- Somatizaciones.
- Problemas de sueño.
- Estado de ánimo irritable.

Por su parte, la ansiedad se define como un estado permanente de preocupación que resulta difícil de controlar, y puede estar asociada al miedo a exponerse ante gente desconocida. (Freire Prudencio, et. al, 2007)

Estos trastornos pueden estar asociados al SA de forma ocasional, en determinados momentos del desarrollo de la persona. Por tanto, hay que estar atento a la aparición de los mismos (Wahlberg, comunicación personal, 10 Noviembre, 2010 & Martos, comunicación personal, 12 Noviembre, 2010)

1.6.2 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Green (citado en Cumine, Leach, & Stevenson, 1998) ha desarrollado áreas de diagnóstico diferencial para el Síndrome de Asperger.

- Insensibilidad

En un estudio donde se comparaba pacientes psiquiátricos con personas con Asperger, éstos últimos manifestaron un extraño y peculiar discurso, gestos y expresiones faciales.

- Desorden emocional

Los niños con desorden emocional, responden con mayor rapidez al tratamiento que los con Síndrome de Asperger.

- Dispraxia

Los niños con Asperger son torpes, con desarrollo pobre en la motricidad fina y en la coordinación de los ojos. Se diferencian de aquellos que tienen dispraxia, en que éstos, si bien pueden tener problemas en la interacción social debido a su dificultad, responden más rápido a las intervenciones dirigidas a esta área y además no presentan rigidez en sus intereses.

- Desorden del lenguaje

Los niños con problemas en el desarrollo del lenguaje suelen utilizar gestos, expresiones faciales, mímicas y signos para compensar esta dificultad. En cambio, aquellos con Asperger, no pueden realizarlo.

- Desorden de déficit de atención con hiperactividad

Los niños pequeños con ADHD suelen presentar comportamientos que también están presentes en el Síndrome de Asperger. Por esta razón, es que muchas veces se los suele diagnosticar en primera instancia con este desorden.

- Otros desordenes psiquiátricos

En ocasiones, niños con modelos extraños de comportamiento y procesos de pensamiento inusuales son diagnosticados con desordenes psiquiátricos, por ejemplo: personalidad esquizoide, desorden obsesivo compulsivo.

Por su parte, el DSM-IV (1995) presenta criterios para hacer diagnóstico diferencial del SA de los demás TGD. Se sintetizaran los mismos en el siguiente cuadro:

Síndrome de Asperger	Autismo	Síndrome de Rett	Trastorno Desintegrativo Infantil
No hay retraso en el desarrollo del lenguaje.	Retraso en el desarrollo del lenguaje.		
Presente en varones. Diagnóstico luego de los 6-7 años.		Presente en mujeres. Inicio a los 5 meses. Alteración grave del lenguaje expresivo y receptivo.	
No se presenta pérdida significativa de habilidades evolutivas.			Pérdida significativa de habilidades adquiridas y mayor probabilidad de retraso mental.

Elaboración Propia basada en DSM-IV, 1995.

1.7 CAUSAS Y ASPECTOS NEUROBIOLOGICOS

Hoy en día los estudios para determinar las causas del Síndrome de Asperger, se centran en los aspectos neurobiológicos, lo cual había sido aclarado por Hans Asperger, no obstante, las primeras teorías acerca del origen del Autismo, concomitantes a sus estudios, se centraron en aspectos psicológicos, tales como la relación padres- hijos, los métodos de crianza e inclusive se llego a denominar "madres heladeras" a aquellas que no tenían una relación cercana con su hijo, esto es debido a la importante influencia del Psicoanálisis en esos tiempos. Años más tarde, se estableció una relación directa entre Autismo y la vacuna triple vírica, con los fundamentos de que los primeros síntomas del mismo aparecían a la misma edad en que se aplicaba aquella, pero rápidamente se desecho esta hipótesis, ya que una vacuna no puede provocar una discapacidad, todo lo contrario, protege a los niños de contraer enfermedades, y la aparición de los síntomas es coincidencia y no por causalidad. No obstante, en algunos sectores sociales se sigue sosteniendo esta creencia a pesar de que la comunidad científica haya probado lo contrario, esto provoca peligros porque hay padres que se niegan a vacunar a sus hijos.

Otra teoría que se ha diagramado, es la intoxicación del cerebro con sustancia como el mercurio, residuos químicos de fábricas, plomo, cadmio, exposición al alcohol, entre otros, pero no hay datos certeros que establezcan relación de causa- efecto de los mismos.

En la actualidad, si bien no se dispone de modelos animales con las características de las personas con SA, lo que obstaculiza los estudios acercas de sus causas, se han realizado investigaciones en personas afectadas del mismo y sus familiares e inclusive de cerebros postmortem, las cuales han mostrado anomalía en el desarrollo cerebral, tales como: (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005, pp.35-36)

> Los datos sobre el sustrato neurobiológico del síndrome de Asperger son aún limitados. En estudios con PET (Tomografía por Emisión de Positrones) de jóvenes con Síndrome de Asperger se ha visto que el flujo local de sangre señalaba una disfunción en la porción medial del lóbulo frontal izquierdo. Mediante electroencefalografía se han encontrado registros anormales inespecíficos, respuestas auditivas anormales, y anomalías en el sistema oculomotor… Usando resonancia magnética en personas con Síndrome de Asperger, se ha observado que no existen diferencias entre ambos hemisferios ni anomalías en los procesos de mielinización o de migración neuronal. Sí se ha observado un menor diámetro del mesencéfalo en las personas con Asperger… lo que apoya la hipótesis de que esta región encefálica puede estar involucrada en la patogénesis de esta discapacidad. En relación con cambios bioquímicos, se ha visto que el cerebro de personas con Síndrome de Asperger presenta diferencias frente a personas sin el Síndrome. Así, usando espectroscopia de resonancia magnética de protones en el lóbulo frontal, se ha visto una concentración mayor de N-acetilaspartato, creatinina, fosfocreatinina y colina… Estas moléculas son indicadores de características importantes de la estructura y función cerebral como la densidad neuronal, el metabolismo energético, metabolismo de fosfatos y recambio de membranas. Estos cambios son específicos de esta región cerebral y, por ejemplo, no se observan en el lóbulo parietal. Además, refuerza su interés el que la variación frente a los

controles es paralela a la gravedad de los síntomas clínicos (mayor diferencia cuanto más grave es el Síndrome).

Debido a que la orientación de este trabajo es psicopedagógico, se ha copiado textualmente lo recabado en la lectura bibliográfica, por las limitaciones disciplinares que no permiten interpretar sin errores esta información. No obstante, se considero importante incluirla, para poder observar la implicancia del desarrollo cerebral en el SA, lo que a futuro permitirá conocer con mas detalles que áreas están implicadas y las intervenciones futuras adecuadas.

Los distintos autores señalan que debe haber genes implicados, si bien las investigaciones están centradas en determinar cuales son, esta resultando difícil identificarlos. Sin embargo, las esperanzas están puestas en hacerlo y poder diseñar técnicas o análisis genéticos que faciliten el diagnóstico.

El Dr. Josep Artigas (citado en Freire Prudencio et al., 2007), plantea que el SA es un trastorno del neurodesarrollo, y como tal comparte características con otros problemas del desarrollo cerebral, entre ellas:

- Las manifestaciones del Síndrome pueden aparecer en cualquier persona con desarrollo normal, ya que no se trata de síntomas patológicos, sino rasgos de personalidad que en la persona con SA están más exaltados.
- Los límites entre el trastorno y la normalidad no son precisos.
- No hay marcadores biológicos definitivamente establecidos.
- Presencia de trastornos comórbidos, por las estructuras neurológicas y neurotransmisores implicados, que pueden estar presente en varios trastornos. Lo cual dificulta el diagnóstico y requiere de profesionales de distintas áreas.

1.8 PREVALENCIA

Según el DSM-IV (1995) los datos son escasos para determinar datos epidemiológicos del SA, no obstante, destaca que se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas.

Por su parte, Fombonne (citado en García Vargas & Jorreto Lloves, 2005) plantea que de cada 10.000 nacimientos, 20 a 30 estarían afectados de SA.

1.9 CARACTERISTICAS DEL SA

Si bien en los criterios diagnósticos se mencionan las características del SA, en este apartado se detallaran con mayor precisión.

El Síndrome de Asperger es caracterizado por Cumine et al. (1998) por deficiencias en tres áreas:

1. **Interacción social**

El niño con Asperger, al principio, estará aislado socialmente, no mostrándose preocupado por ello. Al ir creciendo, se va poniendo tenso y angustiado al tratar de responder a las demandas sociales de los demás. Así es que comienza a darse cuenta que sus compañeros tienen amigos, intentando conseguirlo él también, revelándose sus carentes estrategias para ello. Puede suceder que se desarrolle un comportamiento social inapropiado e indeseable.

Maristany (2002) destaca en relación al comportamiento social las dificultades en la comunicación no verbal (uso de la mirada, reconocimiento y uso de expresiones faciales) y en el respeto por el espacio personal del interlocutor. Esto va acompañado por la falta de empatía y problemas para interpretar bromas, chistes, mensajes con dobles sentidos y engaños, ya que su interpretación es literal. Hay tendencia a monopolizar el dialogo, sin considerar al interlocutor ni respetar los turnos, centrando la conversación en temas de su interés, que suelen ser restringidos y estereotipados, por lo que puede pasar horas hablando, por ejemplo, de dinosaurios. Esto repercute en sus conductas lúdicas, ya que tiene preferencia por el juego solitario, por lo que, difícilmente comparte situaciones lúdicas con compañeros, al menos que éstos acaten las normas impuestas por la persona con SA, quien tiene inconvenientes en interpretar las reglas de juegos no escritas o acordadas en un equipo y organizarse en espacios no estructurados, por ejemplo, el recreo. Además su juego suele ser repetitivo, no pudiendo establecer una situación lúdica simbólica.

Attwood (2002) destaca la dificultad de la persona con SA para poder reconocer y seguir las nomas de conductas sociales implícitas, pero una vez que se les explican las mismas, puede cumplirlas, inclusive puede llegara a hacerlo con total rigidez y poniendo en evidencia a quienes no lo hacen.

2. Comunicación social

Puede suceder que la persona con SA posea un habla perfecta, pero tendiente a ser formal y puntillosa, ello provoca el alejamiento de las demás personas, por lo general los pares. Además, suele tener una voz carente de expresiones, con tono particular y monótono, lo que provoca dificultades al momento de interpretar los diversos tonos de voz de las otras personas y la comunicación no verbal, como el lenguaje corporal, gestos y expresiones faciales. Asimismo, realizan interpretaciones literales, fallando en la comprensión de los significados implicados en el lenguaje. (Cumine et al., 1998) Respecto a este último aspecto, Tony Attwood (2002) explica que por eso las personas con SA son incapaces de comprender las ironías, chistes, metáforas o dichos populares, por lo que habrá que explicarles explícitamente el significado de ello.

Su vocabulario suele estar compuesto de palabras sofisticadas, pueden presentar ecolalia, uso inadecuado de los pronombres, y verbalización involuntaria de sus pensamientos. (Maristany, 2002)

Además pueden hacer uso de neologismos (invención de palabras) o utilizar de modo original algunas palabras o frases, Attwood (2002) considera que esto es un aspecto creativo del Síndrome y por tanto habría que aprovecharlo y potenciarlo, sin desconocer que la persona deberá aprender a utilizar el vocabulario convencional para favorecer su inserción social.

Puede presentarse también, dificultades para la discriminación auditiva, lo que provoca cierta distorsión de lo que se escucha si la persona con SA se encuentra en una situación donde hay variedad de sonidos o de personas hablando. (Attwood, 2002)

Al respecto Klin & Volkmar (1996), destacan tres aspectos interesantes para el diagnóstico clínico de Asperger, que lo diferencian del Autismo:

- Aunque la inflexión y la entonación no son tan rígidas y monótonas como en el autismo, poseen una prosodia pobre.
- El habla es tajante, provocando pérdida de asociaciones e incoherencia.
- Marcada verbosidad, que se observa en una conversación incesante acerca de temas de interés del sujeto, sin tener en cuenta a su interlocutor, desarrollando monólogos que no llegan a ninguna conclusión. Algunos autores señalan este aspecto como el más distintivo.

3. Imaginación social y flexibilidad de pensamiento

Las personas con Síndrome de Asperger, suelen tener intereses y rutinas que deben cumplir, que los demás encuentran inusuales. Además su capacidad para pensar y jugar creativamente es limitada, como así también su flexibilidad para pasar de una tarea hacia otra. (Cumine et al., 1998)

Bauer (2009) destaca que estas personas suelen tener intereses en las matemáticas, astronomía, la ciencia en general y/o la lectura. Son intereses restringidos y pueden mantenerse a lo largo de la vida o ir cambiando por otros. Estos intereses especiales, señala Attwood (2002), motivan a que se coleccionen objetos o se busque continuamente información al respecto, convirtiéndose en reales expertos en la temática.

Los intereses y rutinas, le proporcionan a la persona con Asperger cierta predicción y control sobre el entorno, lo que provoca a su vez, que se mantengan relajados. (Attwood, 2002)

Por otra parte, si se les administran las escalas *Weschler*, [que sirven para el diagnóstico clínico de la inteligencia, conceptualizada ésta desde la Teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner], los puntajes de la escala verbal son significativamente más altos que los de la de ejecución. Esto se debe a que su memoria esta muy desarrollada y a su tendencia a la repetición e interpretación literal, por lo que no pueden extraer los significados de las situaciones ni sintetizar las mismas, porque se detiene en los detalles minuciosos. Su pensamiento es visual y tienen las funciones ejecutivas disminuidas, es decir, la planificación, organización, control y atención están comprometidas. Esto le imposibilita generalizar sus aprendizajes a los distintos contextos, además de su baja tolerancia a la frustración. (Maristany, 2002)

A las áreas desarrolladas anteriormente, se les pueden agregar otras dos que complementan la caracterización del SA:

4. Física

Tony Attwood (2002) destaca que uno de los primeros signos físicos, es el desarrollo algo tardío de la marcha. Las habilidades motrices que pueden estar afectadas son:

- Locomoción: puede presentarse descoordinación entre los brazos y las piernas, lo que hace que los movimientos al caminar sean extraños.
- Juego con pelotas: sea para lanzarlas o atraparlas, por lo mencionado anteriormente y porque los movimientos no suelen ser rápidos.
- Equilibrio: para mantenerse en un pie o caminar sobre una línea recta alternando un pie con otro.
- Destreza manual: puede estar afectada la pinza fina o la coordinación de ambas manos para realizar tareas como vestirse, comer con utensilios, etc.
- Caligrafía: suele ser ilegible a causa de lo que se menciona anteriormente.

5. <u>Sensorial</u>

En lo auditivo, presentan poca tolerancia a los ruidos inesperados, sostenidos o múltiples, los que generan ansiedad. Táctilmente suelen presentar rechazo a exponerse a tocar ciertas texturas o partes de su cuerpo o del cuerpo de los demás, por ejemplo, dar un beso. Lo mismo sucede con el gusto, porque rechazan ingerir alimentos con nuevas o determinadas texturas. En lo olfativo también presentan rechazo a los cambios en las fragancias de perfumes. Tiene poca sensibilidad al dolor, lo que dificulta reconocer el mismo. En contraposición, excesiva sensibilidad visual, pudiendo provocar distorsión perceptiva. (Maristany, 2002)

Los autores Klin & Volkmar (1995) sintetizan las características del Síndrome de Asperger de la siguiente manera, lo que puede considerarse como recapitulación de este apartado:

- Empatía escasa.
- Ingenuidad e interacciones sociales inapropiadas, que traen como consecuencia el aislamiento.
- Comunicación no verbal pobre.
- Lenguaje puntilloso y monótono.
- Intensa restricción a determinados temas.
- Torpeza motora y postura extraña.

1.10 TRES TEORIAS ACERCA DEL SA

Estas teorías son modelos teóricos que han intentado explicar el funcionamiento psicológico de la persona con SA, sin embargo, han logrado comprender algunas de las características de este Síndrome, no llegando a dar respuestas al funcionamiento psicológico en su totalidad.

1.10.1 TEORÍA SOBRE EL DÉFICIT EN LA "TEORÍA DE LA MENTE"

La Teoría de la Mente intenta explicar la capacidad que tiene el hombre de formarse representaciones mentales acerca de los estados mentales internos de los demás, es decir, sus intenciones, emociones, creencias, etc. Para lograr esto, hay que ser capaz de una comprensión empática. Por tanto, con esta teoría del déficit, se pretende explicar la dificultad de las personas con SA para ponerse en el lugar del otro e interpretar su estado mental, obstaculizando las interacciones sociales. (Freire Prudencio et al., 2007)

Cumine et al. (1998) sintetiza las dificultades que conlleva el déficit en la Teoría de la Mente de la siguiente manera:

- Para predecir la conducta de los demás, la sugerencia de miedo y la prevención de otras personas.
- En interpretar las intenciones de los otros y entender los motivos detrás de su comportamiento.
- En explicar su propio comportamiento.
- En entender sus propias emociones y las de los demás por carencia de empatía.
- En comprender como el comportamiento afecta los pensamientos y sentimientos de los otros.
- Para tener en cuenta lo que otras personas saben o esperan saber, manifestando un lenguaje puntilloso o incomprensible.
- Para leer o reaccionar a los niveles de intereses de los interlocutores.
- Para anticipar lo que los otros piensan de las acciones.
- Para engañar o entender la decepción.
- Para entender la interacción social, pobreza para mantener la conversación y uso inapropiado del contacto ocular.

- Para diferenciar la realidad de la ficción.

1.10.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE LA "FUNCIÓN EJECUTIVA"

La Función Ejecutiva es aquella habilidad para considerar un conjunto de estrategias útiles para alcanzar una meta. Para ello incluye conductas reguladas por los lóbulos frontales como la planificación, control de impulsos, inhibición de respuestas erróneas, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento. Por tanto, esta relacionada con la intencionalidad, el propósito y la toma de decisiones complejas.

La alteración de esta función resulta útil para explicar las conductas y pensamientos rígidos, inflexibles, repetitivos y perseverantes, así como la dificultad para inhibir una conducta inapropiada, el uso de la información almacenada de forma significativa y la organización secuenciada de pasos para resolver un problema de modo exitoso, características presentes en las personas con SA. (Freire Prudencio et al. 2007)

1.10.3 TEORÍA DE LA "DISFUNCIÓN DEL HEMISFERIO DERECHO"

El hemisferio derecho es el encargado de la expresión e interpretación de la emociones, el procesamiento de la información visoespacial y de la regulación de la entonación y prosodia. Como consecuencia, una disfunción en el mismo provocaría:

- Falta de interpretación de la información no verbal.
- Respuestas emocionales exageradas o no coherentes con la situación.
- Dificultad en la organización visoespacial.
- No adaptación del tono de voz de acuerdo al interlocutor y al mensaje que se quiere transmitir.
- Dificultad para integrar la información en un todo coherente.

Por lo mencionado anteriormente, es que se relaciona al SA con una lesión en este hemisferio cerebral. (Freire Prudencio et al. 2007)

1.11 EL DESARROLLO DE LA PERSONA CON SA

1.11.1 EL NIÑO PREESCOLAR

Bauer (2009) destaca que no existe un cuadro único y uniforme del Síndrome de Asperger en los primeros 3-4 años. El cuadro temprano puede ser difícil de distinguir del autismo más típico o de otros trastornos como el de hiperactividad. Algunos niños

pueden tener retrasos en el desarrollo temprano del lenguaje, con una "recuperación" rápida entre los tres y los cinco años, pero otros pueden no mostrar ningún retraso en su desarrollo temprano, con la excepción quizás de cierta torpeza motora. Aunque estos niños parecen relacionarse de un modo aparentemente normal en su entorno familiar, los problemas aparecen cuando entran en un ambiente preescolar. Estos problemas pueden incluir:

- Tendencia a evitar interacciones sociales espontáneas o a mostrar habilidades de interacción muy débiles.
- Problemas para mantener conversaciones simples o una tendencia a ser perseverantes o repetitivos al conversar.
- Respuestas verbales raras.
- Preferencia por las rutinas establecidas y dificultades con los cambios.
- Dificultad para regular respuestas sociales o emocionales de enfado, agresión o excesiva ansiedad.
- Hiperactividad.
- Apariencia de estar "en su pequeño mundo propio".
- Tendencia a focalizarse de modo intenso en objetos o sujetos particulares.

Estos síntomas se parecen a los del autismo. Sin embargo, el niño con Síndrome de Asperger parece mostrar un mayor interés social por los adultos y los demás niños, un lenguaje y una conversación más normales. Pueden aparecer áreas en las que tengan habilidades importantes, tales como el reconocimiento de letras y números, memorización mecánica de varios hechos, etc. Freire Prudencio (et. al., 2007) explica que dichas características son las que hacen que el diagnostico de SA en esta etapa del desarrollo sea difícil, y que inclusive los síntomas mencionados parezcan mas leves o pasen desapercibidos por los padres o el docente.

1.11.2 EL NIÑO ESCOLAR

Así como empiezan a notarse con más claridad los progresos académicos (por ejemplo, en lectura mecánica y en cálculo) también lo son las características particulares del Síndrome. Por esto, en estas edades suele concretarse el diagnóstico (Bauer, 2009).

Freire Prudencio (et al., 2007) analiza la etapa primaria desde aspectos positivos y desde los obstáculos que conlleva.

a. Aspectos positivos

- Motivación por el conocimiento y por la recopilación de información acerca de temas de su interés.
- Buena memoria.
- Capacidad para mantener la atención en áreas de su interés.
- Conocimiento o destreza sobresaliente en alguna área.

b. Obstáculos o dificultades

- Para interactuar favorablemente con los demás.
- Para interpretar las normas flexiblemente.
- Para reconocer demandas implícitas y sutilezas en las situaciones sociales.
- Para empatizar con los demás.
- En la coordinación de movimientos motrices.
- Pasividad para iniciar alguna interacción social.
- Juegos e intereses limitados y generalmente no acordes a los de sus compañeros.
- Vocabulario formal y con palabras desconocidas por los demás. Tendencia a la repetición de la preguntas, lo que dificulta el establecimiento de un dialogo.
- Sensibilidad a determinados estímulos.
- Posibles trastornos de la alimentación y del sueño.

Por estas características, los niños con SA pueden ser objeto de burlas e inclusive victimas de bullying, por ello es que el personal del establecimiento educativo, padres y profesionales deben estar atentos y evitar estas situaciones. Además es recomendable ofrecer un ámbito estructurado, eliminando distractores y los estímulos a los que es sensible, donde los cambios de rutina sean informados con anterioridad al niño para evitar rabietas o conductas impulsivas.

1.11.3 EL ADOLESCENTE

Las características del SA se hacen mas notables en la adolescencia y se complejizan por los cambios propios de esta etapa, sobretodo los físicos, que suelen ser difíciles de comprender por los adolescentes y la necesidad de establecer relaciones sociales, perteneciendo a un grupo.

a. Aspectos positivos

- Presencia de valores morales como honestidad, compañerismo, sinceridad y bondad, lo que los convierte en personas estimadas y defensoras de los derechos.
- Deseo de superación y perseverancia para alcanzar los objetivos propuestos.
- Ausencia de malicia, personalidad sencilla y transparente.
- Interiorización y mejor manejo de las reglas sociales (si han recibido un tratamiento adecuado)

b. Obstáculos o dificultades

- Inmadurez emocional, por tanto, reacciones emocionales inapropiadas.
- Intereses no adecuados a la edad, por ejemplo los dibujos animados.
- Conciencia de la diferencia con los demás, lo que acarrea aislamiento y sentimiento de soledad.
- Posible presencia de alteraciones psicológicas, como la depresión, estrés y ansiedad.
- Deficientes hábitos de higiene personal y de cuidado de la imagen personal.
- Mayor cantidad de obsesiones y rituales.

(Freire Prudencio et al., 2007)

Si no existen dificultades significativas de aprendizaje, sus resultados académicos pueden ser altos, no obstante, seguirán apareciendo a menudo tendencias sutiles a malinterpretar la información, en particular el lenguaje abstracto o figurativo. (Bauer, 2009)

1.11.4 EL ADULTO

Freire Prudencio (et al., 2007) destaca:

a. Aspectos positivos

- Si el trabajo se ajusta a sus necesidades, tienen éxito en el mismo.
- Independencia tanto personal como económica.
- Tendencia al perfeccionismo en las tareas que desarrollan.
- Persistencia en el alcance de las metas.

- Capacidad para almacenar grandes cantidades de información.
- Capacidad para desarrollar estrategias que les permitan desenvolverse en el ambiente social.

b. Obstáculos o dificultades

- Para mantener relaciones estables y profundas. Y relaciones amorosas.
- Para trabajar en equipo, por lo que tienden a ser personas solitarias.
- Para expresar y comprender emociones.
- Estereotipas o rutinas, que pueden ser difíciles de controlar.
- Puede darse sentimiento de superioridad por su buen desempeño en determinadas áreas o autoconcepto negativo porque no puede reconocer sus aptitudes.
- Para concretar proyectos realistas.
- En la toma de decisiones, sean banales o importantes.
- De atención, lo que puede dificultar su trabajo.
- Para conseguir un trabajo donde hay que realizar una entrevista, porque no comprenden las intenciones del entrevistador y suelen dar información desmedida.

1.12 TRATAMIENTOS

1.12.1 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

Se considera pertinente presentar las notas esenciales de la TCC, puesto que el marco teórico de este trabajo investigativo es el cognitivo-conductual, y además las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales se desarrollan desde este tipo de enfoque terapéutico.

Bunge, Gomar & Mandil (2008) plantean que el postulado principal de esta terapia es que "los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta" (p. 10), por tanto, el objetivo de esta terapia es flexibilizar los modos anómalos de la interpretación de la realidad y el posterior procesamiento de esa información. Para ello se considera que el comportamiento esta determinado por múltiples factores, sean biológicos, genéticos, contextuales y/o interpersonales, y por las experiencias que vive la persona va construyendo creencias o esquemas de interpretación, que consecuentemente, influyen en las conductas.

El terapeuta en este tipo de tratamiento puede desempeñar distintos roles:

- Diagnosticador: valoración de distintas fuentes de información, esto es, el paciente, sus familiares, los docentes y la institución escolar, los profesionales consultados.
- Consultor: colaborar con el paciente para buscar soluciones satisfactorias.
- Entrenador: enseña ciertas estrategias para poder adquirir determinadas habilidades y así afrontar las situaciones problemáticas.

Cabe aclarar que este enfoque terapéutico aborda, también, la familia y los docentes del paciente, en el caso de que éste sea un niño o adolescente.

Considerando las características del Síndrome de Asperger, la TCC es la más divulgada para su tratamiento, debido a la dificultad del paciente de interpretar la realidad y de integrarse socialmente. Justamente Attwood (citado en Barnhill, 2002) dice que las personas con SA perciben el mundo de modo diferente a los demás.

Si bien se debe desarrollar un tratamiento acorde a cada persona con SA, considerando sus características personales y sus fortalezas y debilidades en relación al trastorno, hay ciertas estrategias generales que pueden implementarse: (Freire Prudencio et al., 2007)

- Empleo de apoyos visuales: por ejemplo: listas, pictogramas, horarios, etc. Las personas con Asperger procesan, comprenden y asimilan mejor la información que se les presenta de manera visual.
- Asegurar un ambiente estable y predecible: se debe evitar cambios inesperados, y de suceder cambios estos deben ser comunicados con anticipación, buscando respetar en todo momento la rutina de la persona y su dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.
- Favorecer la generalización de los aprendizajes: esto es, transferir los aprendizajes realizados en contextos educativos concretos a situaciones cotidianas, para lograrlo se debe planificar explícitamente este objetivo.
- Asegurar pautas de aprendizaje sin errores: puesto que las personas con Asperger suelen tener bajos niveles de tolerancia a la frustración y excesivas conductas perfeccionistas, por eso, si fracasan en el logro de alguna actividad, pueden tener conductas inadaptadas y mostrar enojo.

- Descomponer las tareas en pasos más pequeños y secuenciados: para atender así a las limitaciones en las funciones ejecutivas.
- Ofrecer oportunidades de hacer elecciones autónomas: para que adquieran la capacidad de toma de decisiones que se presenta limitada.
- Ayudar a organizar su tiempo libre.
- Enseñanza explicita de ciertas habilidades: por lo general hay que diseñar programas de educación de las habilidades disminuidas.
- Hay que dar prioridad a objetivos relacionados con las áreas centrales del SA.
- Incluir temas de interés: lo que favorecerá la motivación y el nivel atencional.
- Considerar los indicios emocionales: esto ayudara a prever cambios en el humor.
- Emplear refuerzos positivos: hay que intentar evitar los castigos y la critica.

1.12.2 FARMACOLÓGICO

Si bien no hay medicamentos que traten el SA, sencillamente porque no es una enfermedad, si hay fármacos que se administran a estos pacientes en consecuencia de los trastornos comórbidos o asociados al Síndrome, la depresión, tics, o ansiedad. Hay que tener en claro que la medicación es indicada a tal fin y que los riesgos de efectos secundarios son mínimos, por lo que deben hacerse evaluaciones periódicas para determinar su eficacia y, por tanto, el beneficio o no, de su continuidad. (García Vargas & Jorreto Lloves, 2005)

1.12.3 PSICOTERAPIA

La psicoterapia permitirá a la persona con Síndrome de Asperger comprender su dificultad y favorecer la autoaceptación, para ello el terapeuta deberá tener conocimiento acerca del SA, respetar las características propias del mismo y trabajar a partir de ellas, favoreciendo las relaciones del paciente con sus familiares, amigos y entorno en general, así como una comprensión más empática de estos hacia él, trabajando en equipo. (Attwood, 2009) El tratamiento terapéutico es útil e importante para atender los posibles trastornos del estado del ánimo (ansiedad, depresión) que pueden estar asociados al SA. (Klin & Volkmar, 1995)

2.1 UN POCO DE HISTORIA

En el año 1949, Satler publica un libro donde detallaba técnicas para incrementar la expresividad en las personas, ellas fueron: la expresión verbal y facial de las emociones; uso de la primera persona al hablar; recibir cumplidos; expresar desacuerdo y la actuación espontánea. Esto fue tomado por la comunidad científica como el origen del constructo de habilidades sociales.

Wolpe, en 1958, retoma las ideas de Satler y acuña el termino asertividad, definiéndola como la expresión externa de sentimientos, sobre todo se centro en sentimientos negativos.

Zigler y Phillpis, en los 60, desarrollan investigaciones acerca de la competencia social.

Sera Lazarus quien incluye por primera vez como técnica de terapia de conducta el entrenamiento asertivo en 1966.

En la década del 70, las habilidades sociales comenzaron a ser investigadas con mayor sistematicidad, por eso, en 1978 se edita el primer libro dedicado a la conducta asertiva, escrito por Alberti y Emmons, pero, debido a la diversidad de términos empleados hasta ese momento, se consolida el de habilidades sociales, sustituyendo al de asertividad.

Con el surgimiento de la teoría del aprendizaje social de Bandura, se comienza a considerar que estas habilidades se aprenden y es ahí donde surgen los programas de entrenamiento mas conocidos, como los de Michelson y colaboradores, Monjas Casares y Caballo, entre otros. (Pérez, 2000)

2.2 ¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIALES?

Michelson, Sugai, Wood & Kazdin (1987) consideran que las habilidades sociales son:

> "Un conjunto de comportamientos interpersonales. Cuando estas habilidades son apropiadas o buenas, la resultante es una mayor satisfacción personal e interpersonal, tanto a corto como a largo plazo. El termino habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos." (p. 18)

Estos autores plantean como características de las mismas:

- Se adquieren por aprendizaje.
- Contienen aspectos verbales y no verbales.
- Están compuestas por iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.
- Se afianzan por el refuerzo social positivo.
- Incluyen reciprocidad y coordinación de conductas.
- Están influidas por factores como el sexo, status social y edad.
- Sus déficits pueden ser reconocidos y catalogados, pudiéndose diseñar las estrategias de intervención.

Por su parte, Monjas Casares (1993, p. 28) define a las habilidades sociales como "las conductas o destrezas sociales especificas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal… Conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas".

Coincide con los autores anteriores en que son aprendidas, por tanto, el entorno interpersonal en el que se desarrolla la persona es decisivo para este proceso de aprendizaje, e incorpora otras características de las mismas:

- Comprenden elementos motores, emocionales, afectivos, y cognitivos.
- Son conductas específicas ante situaciones particulares. Esto determinada la efectividad de la respuesta social, porque la misma depende del contexto, esto es, una conducta "x" puede ser efectiva socialmente en la situación "a" y puede no serlo en la "b".
- Se ponen en juego en las interacciones interpersonales.

Isabel Pérez (2000) 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. Por eso es que esta autora clasifica las definiciones presentes en la bibliografía en:

a. Centradas en las conductas que integran las habilidades

Lo que más se destaca en este grupo, es que las habilidades sociales son conductas que permiten expresar sentimientos, opiniones, actitudes y defender los derechos personales y de los demás. Aquí encontramos autores como Alberti y Emmons, Caballo, etc.

b. Centradas en las consecuencias

Las definiciones se centran en que las habilidades sociales le permiten a la persona actuar coherentemente según sus intereses, objetivos, capacidades y expectativas de los demás, por tanto, se considera que la conducta es efectiva y beneficiosa. Los autores mencionados son Phillips, Linehan, entre otros.

c. Centradas en caracterizar las habilidades sociales

Destacan principalmente que son comportamientos adquiridos, y por tanto, aprendidos, adecuados a la situación y emitidos en un contexto interpersonal y social. Se encuentra en este grupo a Monjas Casares, Caballo, Michelson, etc.

Ballester Arnal & Gil Llario (2002) plantean tres conceptos que inevitablemente se hacen presentes en toda definición de habilidades sociales. Ellos son:

- Consenso social: la persona se va comportando de acuerdo a lo que los demás pueden considerar como conducta adecuada, es decir, la que ha sido valorada y reforzada.
- Efectividad: se refiere a lograr el objetivo propuesto al comportarse de tal modo, a mantener o mejorar una relación y a proteger la autoestima personal. Estos tres tipos de efectividad pueden coincidir o darse por separado cuando la persona actúa.
- Carácter situacional: un comportamiento competente es aquel que se adecua a la situación, y por ello, puede hacer prevalecer un tipo de eficacia sobre otro.

2.3 COMPETENCIA SOCIAL Y ASERTIVIDAD

Autores como Michelson et al. (1987) consideran que habilidades sociales, competencia social y asertividad son sinónimos. Pero Monjas Casares (1993) diferencia estos términos: la competencia social es un "constructo hipotético y teórico global" (p. 28), por eso esta compuesta por comportamientos específicos, que son las habilidades

sociales, y es una evaluación de la adecuación de dichos comportamientos a un contexto dado. En tanto, que asertividad es entendida como "conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros, es un concepto restringido que se integra dentro del concepto más amplio de habilidades sociales" (p.29).

2.4 COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades, al ser comportamientos complejos, tienen dos componentes básicos: (Ballester Arnal & Gil Llario 2002)

1. VERBAL

Se aprende de forma directa y formal, por eso se considera que puede controlarse con mayor facilidad y sus errores son comprendidos como falta de educación. Se lo homologa con la conversación, cuyos elementos son:

a. Duración: una persona con competencia social puede establecer momentos de intercambio equivalentes con su interlocutor.

b. Retroalimentación: el emisor requiere de cierta información para ir regulando su conversación al receptor/es. Esto no solo le brinda seguridad al primero, sino que también le da certezas de que su interlocutor/es está/n interpretando lo que dice y que esta motivando su interés.

c. Preguntas: Dan inicio o mantienen una conversación. Con ellas se puede expresar interés o cambiar el rumbo de la interacción.

2. NO VERBAL

Este tipo de lenguaje es difícil de controlar debido a que se adquiere de modo indirecto e informal, y de acuerdo a la situación, puede ser inconsciente. Sus errores se atribuyen a una perturbación emocional. Los elementos del componente no verbal son:

a. Expresión facial: debe coincidir con el mensaje verbal que se transmite, porque si no concuerda el interlocutor le da mayor peso a lo no verbal.

b. Mirada: da un apoyo al mensaje verbal y demuestra la actitud del receptor del mismo.

c. Sonrisa: se la considera importante para dar inicio a una interacción porque demuestra una actitud favorable.

d. Postura corporal: va marcando la secuencia de la conversación.

e. Gestos: suelen estar determinados culturalmente y sirven para dar énfasis a lo verbal e información al interlocutor.

f. Proximidad: también es un componente cultural y varia según la relación entre los interlocutores.

g. Apariencia personal: suele juzgarse al inicio de la relación, pero luego va perdiendo importancia.

h. Volumen de la voz: se usa para dar énfasis al mensaje y tener seguridad que el otro lo escucha. El volumen muy alto se considera agresivo, mientras que el muy bajo se relaciona con el temor.

i. Tono de voz: de acuerdo al tono empleado, un mensaje puede ser diferente. El ejemplo mas notable es la ironía.

j. Fluidez: un habla fluida indica seguridad, en cambio, palabras entrecortadas indican lo contrario.

k. Velocidad: va determinada por los silencios o la fluidez. Por ejemplo, si se habla rápido, esto puede mostrar ansiedad.

2.5 ADQUISICION DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Ballester Arnal y Gil Llario (2002) consideran que lo esencial del comportamiento esta dado por el ambiente, aunque no hay que restar valor a la intervención de factores genéticos y hereditarios. En base a esto, como se mencionó antes, las habilidades sociales se aprenden. En dicho aprendizaje se reconocen dos factores:

- La conducta propia
- La conducta de los otros

Isabel Pérez (2000) concuerda con lo planteado por los autores anteriores y por tanto concluye que "las habilidades sociales se adquieren por una combinación del proceso de desarrollo y del aprendizaje" (p. 46).

La autora expone los principios presentes en el aprendizaje de las habilidades:

- Son consecuencia del refuerzo directo:

Aquellas conductas sociales que son reforzadas positivamente tienden a formar parte del comportamiento habitual de las personas, en cambio, las castigadas y/o ignoradas se extinguen. Esto puede suceder tanto con conductas adecuadas o no, es

decir, una sonrisa si es reforzada positivamente, el niño la usara para interactuar con los demás, en cambio, si es ignorada podría desaparecer del repertorio conductual.

- Interviene la observación e imitación:

Si una persona obtiene resultados positivos en una interacción social, el observador de esta escena tendera a imitar dicha conducta, esto se conoce como modelado. Si la persona es castigada, ocurrirá el efecto inverso.

- Retroalimentación interpersonal:

Sirve para que la persona vaya refinando aquellas conductas ya adquiridas. La retroalimentación puede ser:

  - Positiva: permitirá reforzar ciertos aspectos de una actitud.
  - Negativa: tiene el efecto contrario a la anterior.
  - Explícita: se manifiesta claramente de forma verbal o gestual.
  - Implícita: se debe inferir la reacción del interlocutor.

- Expectativas cognitivas:

Es la predicción que hace la persona acerca del éxito o no de conducirse con efectividad en determinada situación social. Esta expectativa se desarrolla en función de la consecuencia obtenida en experiencias anteriores similares.

La importancia del aprendizaje de las habilidades sociales, como se sabe, esta dada porque le permiten a la persona relacionarse con lo demás, y las funciones de estas interacciones son: (Monjas Casares, 1993)

- Conocerse a sí mismo y a los demás: en las interacciones con los demás, la persona va formando su autoconcepto, y a su vez, una noción de los demás.
- Desarrollo de estrategias que responden al conocimiento social:
  - Reciprocidad
  - Empatía
  - Colaboración y cooperación
  - Asunción y/o adjudicación de roles
  - Negociación
- Autorregulación de la conducta propia por la retroalimentación con los demás.
- Apoyo emocional y bienestar personal.
- Desarrollo del sentido moral y de los valores.

2.6 TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES

En la revisión bibliográfica se encontró que los distintos autores hacían una clasificación de las habilidades sociales, pues esto les permitía luego diseñar sus programas de entrenamiento Si bien cada autor adopta un sistema de clasificación distinto, aquí se presentará el que se considera más detallado, no solo porque brinda mayor información, sino que también porque será más útil al momento del análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo de esta investigación.

Monjas Casares (1993) presenta el siguiente esquema clasificatorio:

Área 1. Habilidades básicas de interacción social: habilidades esenciales para poder relacionarse con los demás:

- *Sonreír y Reír*: demuestra aceptación, aprobación y disfrute por la interacción.
- *Saludar*: comprende lo verbal y no-verbal y muestra actitud positiva hacia el otro.
- *Presentaciones*: implica darse a conocer a si mismo u a otros.
- *Favores:* tanto hacer como pedir favores.
- *Cortesía y Amabilidad*: frases como "perdón", "por favor", "permiso", etc. hacen que la relación sea más cordial y agradable.

Área 2. Habilidades para hacer amigos y amigas: implican iniciar y mantener relaciones satisfactorias con otros:

- *Reforzar a los otros*: decir o hacer algo agradable.
- *Iniciaciones sociales*: comprende comenzar a interactuar con otro por iniciativa propia o respondiendo a la iniciativa del compañero, por medio de la conversación o el juego.
- *Unirse al juego con otros*
- *Ayuda*: pedir o dar ayuda.
- *Cooperar y Compartir*: cooperar implica reciprocidad de conductas y compartir usar un objeto en conjunto, o pedir y/o prestar un objeto.

Área 3. Habilidades conversacionales: permiten una interacción efectiva con los demás:

- *Iniciar conversaciones*: comenzar la interacción o responder a la iniciativa de otro. Relacionada con las habilidades de iniciación social.

- *Mantener conversaciones*: implica que la conversación sea agradable para todos. Comprende respeto de turnos de conversación, hacer preguntas, escucha activa, cambiar de tema.
- *Terminar conversaciones*: de forma adecuada, es decir, de modo amistoso y agradable.
- *Unirse a la conversación de otros*: implica unirse a la conversación ya iniciado por otros. Relacionada con la habilidad de unirse al juego con los otros.
- *Conversaciones de grupo*: participar de modo activo y adecuado en una conversación de varias personas. Implica considerar los aspectos verbales y no-verbales.

Área 4. Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones: poder expresar adecuadamente los sentimientos, emociones y opiniones propias y también aceptar la expresión de los mismos por parte de los demás:

- *Autoafirmaciones positivas*: verbalizaciones positivas sobre si mismo. Esto favorece la autoestima y confianza.
- *Expresar emociones*: implica identificar la emoción, que la provoco, expresarla y diferenciar las emociones positivas de las negativas. También respetar la privacidad acerca de los sentimientos.
- *Recibir emociones*: responder adecuadamente a la expresión de las emociones de los demás y a lo que uno mismo puede provocar en el otro.
- *Defender los propios derechos*: implica decir que no, rechazar peticiones, defenderse de amenazas, hacer y responder a quejas, manifestar los propios deseos, etc.
- *Defender las propias opiniones*: defender la idea propia de modo cordial, respetando y aceptando las opiniones de los demás.

Área 5. Habilidades de solución de problemas interpersonales: se las considera habilidades cognitivo-sociales:

- *Identificar problemas interpersonales:* reconocer la existencia del problema y identificar que situación lo provoco, para así poder especificarlo y reconocer la responsabilidad propia y ajena en el mismo.

- *Buscar soluciones*: pensar todas las alternativas posibles de solución.
- *Anticipar consecuencias*: pensar lo que sucederá con cada alternativa de solución.
- *Elegir una solución*: que se considere justa, efectiva, equilibrada.
- *Probar una solución*: planificar como poner en práctica la solución y evaluar los resultados.

Área 6. Habilidades para relacionarse con los adultos: difieren de las habilidades para interaccionar con los pares, ya que el adulto suele tener el control de la relación:

- *Cortesía con el adulto*: implica hacer uso de las habilidades básicas de interacción.
- *Refuerzo al adulto*: implica elogiar, mostrar apoyo y acuerdo, etc.
- *Conversar con el adulto*: implica iniciar, mantener y terminar una conversación, adecuándose al interlocutor.
- *Peticiones al/ del adulto*: implica poner en juego las habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones.
- *Solucionar problemas con adultos:* los principales problemas pueden ser conseguir un permiso del adulto, desobediencia, incumplimiento de las normas, discrepancias en las opiniones o normas, etc.

2.7 DEFICIT EN HABILIDADES SOCIALES

Para explicar el déficit en las habilidades sociales, hay dos modelos (Monjas Casares, 1993)

1. Modelo de déficit de adquisición de la habilidad o en el repertorio conductual

La persona no cuenta con las habilidades necesarias para interactuar favorablemente con los demás. Esto puede deberse a que no ha aprendido dichas habilidades o porque desconoce que conductas son las apropiadas para determinada situación.

2. Modelo de interferencia o déficit en la ejecución

Bajo este modelo, la persona posee habilidades sociales, pero no puede ejecutarlas, ya sea por factores cognitivos, motores y/o emocionales.

En ambos modelos, se interpreta que el déficit o problema en determina/s habilidad/es se debe a que el proceso de aprendizaje ha sido incompleto o defectuoso. No obstante, es importante reconocer si la dificultad de la persona estriba en un déficit en la adquisición o en la ejecución de la/s habilidad/es, porque eso permite diseñar y emplear estrategias de intervención ajustadas a la situación.

A su vez, esta autora, presenta una clasificación de los problemas de habilidad social que diferencia:

a. Déficits social: "patrones de conducta inhibida y silenciosa generalmente acompañados de patrones de evitación social." (p. 35) Las personas que presentan estos patrones poseen las siguientes características:
    - Sus conductas son internalizadas, es decir, dirigidas hacia adentro.
    - Tienen puntuaciones bajas en interacción con los demás.
    - Suelen ser ignoradas por sus compañeros.
    - Son calificadas por los demás como tímidas y tranquilas.
b. Excesos sociales: "patrones de conducta activa y de disrupción explosiva que aparecen con mayor frecuencia, intensidad o duración de lo esperado". (p. 35) Lo propio de estas personas es:
    - Conductas externalizadas.
    - Puntajes altos en el área de interacción social, pero asociados a lo negativo.
    - Las descripciones de sus compañeros son negativas.
    - Se las considera agresivas e hiperactivas.

Por su parte, Pérez (2000) considera que la incompetencia social se debe a:

- El no aprendizaje o aprendizaje inadecuado de alguna/s habilidad/es social/es, a causa de:
    - Castigo de conductas sociales adecuadas o falta de refuerzo de las mismas.
    - Se refuerzan con mayor frecuencia los comportamientos inadecuados.
    - Falta de discriminación de la conducta adecuada para cada situación.
- La ansiedad puede bloquear la realización del comportamiento social adecuado en forma total o parcial.

- Interpretaciones erróneas de la situación social por creencias o pensamientos irracionales de la persona.

Monjas Casares (1993) plantea que la incompetencia social se relaciona con:

- Rechazo o poco aceptación de los demás, lo que acarrea aislamiento social.
- Rendimiento académico bajo con escasa adaptación escolar y frecuentes ausencias, hasta llegar inclusive al abandono escolar.
- Autoestima baja, con conductas externalizadas que responden a un locus de control externo.
- Problemas psicológicos, tales como depresión, ansiedad, sentimientos de inseguridad. En la adolescencia y/o adultez existe la posibilidad de suicidio y adicciones al alcohol, drogas, tabaco, etc.
- Inadaptación social, con posibles sucesos de delincuencia.

La inhabilidad social se hace presente en distintas poblaciones, a saber: (Millán; Rubio, & Larroulet, 2010)

- Trastorno Autista.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.
- Trastorno Semántico Pragmático.
- ADHD
- Trastorno de Ansiedad.
- Trastorno del Lenguaje.
- Síndrome de Asperger.

Justamente las personas con Síndrome de Asperger tienen dificultad en la competencia social debido a su incapacidad para entender las normas sociales, de compartir situaciones de juego, de participar en las conversaciones (sea iniciando, manteniendo o finalizando las mismas) y comprender los elementos no verbales de las mismas, por ello es que se considera que el mayor desafío para ellas es enfrentarse al mundo social, a pesar de su brillantez verbal e intelectual. (Barnhill, 2002)

2.8 EVALUACION DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Pérez (2000) enumera las características de esta evaluación:

- Se fundamenta en un modelo evaluativo basado en la modificación de aquellas conductas que le acarrean dificultades para la persona.
- Considera la intervención de las variables ambientales en el comportamiento, y por tanto, del aprendizaje de las habilidades sociales.
- Reconoce que el comportamiento puede ser explicado por muchas causas.
- Es individual, por lo que se la denomina ideográfica.
- Las conductas evaluadas son observables directa o verbalmente, considerando, como consecuencia, sus manifestaciones verbales o no-verbales.
- Uso de distintos instrumentos de evaluación, para recabar la mayor cantidad de información relevante.

Además, la autora expresa ciertos pasos a seguir en la evaluación:

1. Planificación

El objetivo de este paso es especificar que información es imprescindible y relevante. Para ello se considera:

a. Qué evaluar

Identificar las habilidades sociales que serán valoradas, como las variables situacionales, es decir: el contexto (Aula, Recreo, Casa, etc.), los agentes implicados (padre/s, compañero/s, docente/s, etc.), el tipo de actividad (dirigida, juego libre)

b. Propósitos

Determinar el por qué y para qué de la evaluación. En este contexto, estará dirigida a reconocer la dificultad, y así poder planear la intervención.

Monjas Casares (1994, citada en Pérez, 2000) establece como objetivos de la evaluación:

- Identificación de las personas con problemas en la competencia social.
- Reconocer los déficits específicos, así como las habilidades sociales adquiridas, que serán consideradas como recursos.
- Observar el progreso en el tratamiento.

c. Análisis del contexto de evaluación

Es necesario realizar este análisis, ya que un comportamiento interpersonal es adecuado en función del contexto, además del grado de funcionalidad para la persona. Por ello es importante evaluar el contexto escolar y el familiar. Del escolar es fundamental recabar información acerca de: la estructura física del centro educativo y del aula; el modelo educativo; los profesionales presentes; organización y estructuración de los tiempos y espacios de enseñanza. Estos datos se pueden obtener de entrevistas en profundidad con los actores institucionales; de observaciones en el aula y recreos y de la documentación. En el ámbito familiar hay que analizar su dinámica y organización; las características de la vivienda; la historia familiar y de cada miembro; el entorno social; etc.

d. Modelo de evaluación adoptado

En la bibliografía hay diversos modelos evaluativos de las habilidades sociales, por ello, María Inés Monjas Casares (1994, citada en Pérez, 2000), indica los factores que pueden determinar cual de ellos utilizar:

- La/s habilidad/es a evaluar.
- Si es una evaluación individual o grupal.
- Los recursos materiales y personales de los que dispone el terapeuta.
- Fuentes de información disponibles, esto es, docentes, padres, profesionales, etc.
- Características de la persona evaluada (edad, sexo, habilidades cognitivas, etc.)
- Contexto de evaluación: escolar y/o familiar.
- Características psicométricas de las técnicas de evaluación.

2. Estrategias y procedimientos

Las mismas deben ser administradas sin perder de vista que el objetivo final es una evaluación comprensiva de las habilidades sociales, eso permite el uso flexible de distintas estrategias según la necesidad.

a. Entrevista

Puede estar dirigida al paciente, a padres, docentes y/o profesionales. El objetivo es no solo recoger información, sino también proporcionar datos a los entrevistados y elaborar el plan de intervención.

b. Escalas de Apreciación

Permiten una valoración y descripción del comportamiento social del paciente por parte de profesores, profesionales y/o padres.

Michelson et al. (1987) destacan que estas escalas brindan información valiosa, porque quienes las completan conocen con mayor detalle el comportamiento habitual y las áreas en las que presenta dificultades la persona. Estos autores exponen es su obra la *Escala del Comportamiento Asertivo para Niños-CABS*, instrumento que completan los informantes arriba mencionados. Consta de 27 preguntas, cada una con 5 posibles respuestas, las cuales deben ser respondidas dos veces, una considerando que el niño interactúa con un par, y otra con un adulto, el informante debe marcar la que describe con mayor fidelidad la conducta de la persona evaluada. Luego cada respuesta es puntuada según una clave de corrección ya definida en una tabla, donde las puntuaciones son: -2 (respuesta pasiva); -1 (respuesta parcialmente pasiva); 0 (respuesta asertiva); 1 (Respuesta parcialmente agresiva); 2 (respuesta muy agresiva). Por tanto, puntuaciones negativas indicarían actitud pasiva y puntajes positivos respuestas agresivas, interpretándose que puntajes elevados indican no asertividad. Además pueden realizarse otros análisis con los puntajes, pero sería extenso presentarlo en el presente trabajo, quienes deseen conocerlos pueden remitirse al libro. En Anexos se presenta la escala completa.

c. Observación

Michelson et al. (1987) distinguen dos tipos:

- Observación natural

Se observan las conductas espontaneas, en lugares que frecuenta la persona. Es recomendable la presencia de dos o más observadores, para registrar con mayor fiabilidad los comportamientos que se quieren evaluar.

Un ejemplo de ella es la *Escala de Observación de Habilidades Sociales* que evalúa: (p. 183)

1. Expresar y responder a manifestaciones positivas…
2. Expresar y responder a manifestaciones negativas…
3. Dar y seguir órdenes y/o peticiones.
4. Iniciar y mantener conversaciones y escuchar a lo demás durante la conversación.
5. Expresar y reaccionar ante los sentimientos y/o manifestaciones de comprensión…

El o los observadores van registrando la ocurrencia o no de las conductas descriptas en la escala, registrando en los recuadros de Si o No una C, si la conducta sucedió o no con un compañero o una A en el caso que la interacción sea con un adulto. Si bien se plantea una evaluación cuantitativa de las observaciones, resulta de mayor utilidad hacerlo de forma cualitativa, identificando las áreas con mayor dificultad, y el proceso o evolución mismo de la/s conducta/s, lo cual brinda mayor información al momento del análisis.

En Anexos se muestra el instrumento.

- <u>Observación artificial</u>

Se crean situaciones que posibiliten evaluar las habilidades sociales. Para ello se emplea rolplayings, los cuales tienen ciertas ventajas sobre la observación natural:

- Presentación de variadas situaciones que no se generan frecuentemente en el ambiente natural.
- Mayor control de las variables intervinientes.
- Mayor exactitud en la observación y medición de las habilidades sociales que se quieren evaluar y de los elementos que las conforman.

Puede administrarse el "Test de Role-play de Habilidades Sociales", el cual resulta un complemento de la Escala de Observación explicada anteriormente, ya que debe utilizarse la ficha de registro (completada por un observador) de ese instrumento mientras se dramatizan distintas situaciones que el terapeuta le presenta al paciente. Ver en Anexos el Test completo.

d. Informes de los compañeros o amigos

Es una valoración del comportamiento social en función de las experiencias de interacción con la persona evaluada. (Pérez, 2000)

Las ventajas de estos informes, es que reúnen información de las personas con las que mayor tiempo interactúa la persona evaluada, posiblemente después de su familia. Pero sus limitaciones estriban en que no determinan las conductas problemáticas específicas y la poca fiabilidad en la administración a niños pequeños, porque sus apreciaciones pueden ser cambiantes. (Michelson et al., 1987). Ver en Anexos un ejemplo de estos informes (Modelo Sociométrico de Habilidades Sociales).

e. Autoinformes, autoobservaciones y/o autorregistros

- Autoinformes: se utilizan con mayor frecuencia en adultos, debido a que la persona debe informar acerca de su propia conducta interpersonal, lo cual acarrea, según los autores, dificultades en los niños. Este instrumento brinda información de (Caballo, 1993, citado en Pérez, 2000):
  - Las situaciones que son conflictivas
  - Las habilidades sociales de las que dispone la persona
  - Los factores que intervienen en la dificultad de interacción social
  - La valoración de la persona de su incompetencia social

  Michelson et al. (1987) incluyen en su obra la versión para completar por la persona evaluada de la "Escala del Comportamiento Asertivo para Niños-CABS". Es el mismo instrumento, pero con los ítems adaptados en primera persona para que puedan ser contestados por ella.
- Autoobservación y autorregistro: Pérez (2000) los define como el registro del comportamiento propio para observar la frecuencia, porcentaje y/o duración de las conductas competentes e incompetentes socialmente. En su libro se muestra como ejemplo una ficha de autorregistro que propone Caballo; en anexos se puede ver la misma.

3. **Devolución**

Con los datos recabados se confecciona el plan de entrenamiento, sea individual o grupal, acorde a las características y necesidades del paciente.

La información de la evaluación y la posible intervención se le comunica a los padres, el paciente y los docentes, para que tengan conocimiento de los objetivos de la misma y poder trabajar en forma conjunta con ellos.

Un modelo difundido en la bibliografía referido a una evaluación integral y cíclica de las habilidades sociales, es el de Scott Bellini (2009), que consta de 5 pasos:

1. Identificar el déficit en la habilidad social:

Para ello el autor plantea una evaluación integral de la persona, utilizando distintos instrumentos de evaluación, tal como se detallo anteriormente.

2. Distinguir entre el déficit de adquisición o de ejecución de la habilidad:

Ya se explico, más arriba, la diferencia entre los dos tipos de déficits, por tanto, hay que diferenciar cual de ellos es el adecuado al perfil individual del paciente, y así elegir la estrategia más adecuada a las necesidades del mismo. Bellini destaca, que en la mayoría de los casos con espectro autista, el déficit es en la adquisición de las habilidades sociales.

3. Seleccionar las estrategias de intervención:

Scott presenta diversas estrategias:

- Pares como mentores: algunos compañeros del paciente son entrenados para realizar iniciaciones sociales o para responder a las iniciaciones del mismo y además se los informa acerca de la dificultad de su compañero. Esto promueve interacciones sociales positivas y exitosas, y favorece la generalización del entrenamiento.
- Actividades en relación a los pensamientos y sentimientos: debido a la dificultad de las personas con SA en reconocer los pensamientos y sentimientos de los demás, es decir en identificar la información no verbal y consecuentemente actuar en función de ella, se ofrecen tarjetas con dibujos de expresiones faciales, videos de situaciones sociales donde prevalece lo gestual, burbujas para escribir los pensamientos, etc.
- "El reportero de noticias": es una estrategia creada por Bellini, que consiste en asignarle al paciente/s, sucesivamente, el rol de reportero, cuya función es hacer

preguntas simples a sus compañeros de grupo, como su nombre, edad, intereses, pasatiempos, etc. El objetivo de esta estrategia es facilitar la interacción.

- Historias Sociales: en ellas se presentan conceptos y normas sociales en forma de historieta. La creadora de esta estrategia es Carol Gray, quien plantea que la historia debe ser escrita en función de la necesidad particular de cada paciente y ser acorde a su capacidad y nivel de comprensión, además tiene que ser algo que la persona quiera leer, empleándose términos no directivos, como "podría", "puede", en lugar de "debe". Las historias sociales son usadas, generalmente, en conjunto con el rolplaying, así luego de leerlas, se les pide a los pacientes que las dramaticen.

La selección de la/s estrategia/s más adecuada/s se hará considerando los conceptos de acomodación y asimilación. El primero hace mención al contexto de los pacientes, por ejemplo eligiendo a pares como mentores; incluyéndolos en actividades de grupos (por ejemplo, un deporte), etc.; y el segundo hace referencia a cambios en los pacientes, es decir, a la instrucción de las habilidades sociales.

4. **Implementar la intervención.**
5. **Evaluar y modificar la intervención, como sea necesario:**

Bellini destaca que si bien es el último paso, no es el menos importante, y además la evaluación debe hacerse desde que se elije la estrategia para determinar la eficacia de la intervención.

2.9 ENTRENAMIENTO

De acuerdo al desarrollo del trabajo se considera que las habilidades sociales se aprenden, y el entrenamiento en las mismas es una estrategia de enseñanza que incluye técnicas conductuales y cognitivas para que la persona adquiera los comportamientos sociales carentes o modifique aquellos inadecuados (Monjas Casares, 1993).

"Conjunto de estrategias y técnicas de la terapia de conducta o de otros acercamientos psicoterapéuticos que tienen como finalidad la mejora en la actuación social del individuo y su satisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales" (Ballester Arnal y Gil Llario, 2002, p.37)

Según Caballo (citado en Monjas Casares, 1993) el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) implicaría:

- Enseñar las conductas específicas, que la persona debe practicar para integrar a su repertorio conductual.
- Disminuir la ansiedad en situaciones sociales problemáticas.
- Reestructuración cognitiva, por ejemplo, de las creencias de la persona.
- Solución de situaciones problemáticas.

María Inés Monjas Casares (1993) enumera las características del EHS:

- Se basa en el modelo de competencia, ello implica:
    - Énfasis en los aspectos positivos.
    - Consideración en un todo integral: persona- problema- entorno.
    - Papel activo del paciente.
    - Se considera también la prevención.
    - Importancia de las variables cognitivas.
- La enseñanza se fundamenta en el modelo cognitivo conductual y en la teoría del aprendizaje social de Bandura. por tanto esta característica se relaciona directamente con la siguiente:
- El objetivo es que la persona adquiera conductas adaptativas.
- Para lograr lo mencionado anteriormente, se utilizan procedimientos y técnicas flexibles, pudiéndose emplear con distintas personas y situaciones.

2.9.1 ENTRENAMIENTO INDIVIDUAL O GRUPAL

El EHS puede hacerse en dos formatos:

1. Individual: relación terapeuta- paciente en el marco de una sesión de una hora de duración. María Inés Monjas Casares (1993) menciona que se utiliza con pacientes con graves déficit sociales. Este tipo de formato no es desarrollado en la bibliografía consultada.
2. Grupal: la mayoría de los autores destaca las ventajas de este formato, que varía del anterior por la cantidad de personas que intervienen (terapeuta, co-terapeuta, y hasta 7 pacientes, que es el número más adecuado) y la duración de la sesión (máximo 2 horas). (Ballester Arnal y Gil Llario, 2002)

Monjas Casares (1993) detalla las ventajas del abordaje grupal:

- Aumento de la motivación.
- Practica en vivo de las situaciones interpersonales, porque estas se producen en forma natural.
- Multiplicidad de modelos, lo que permite comprender que no hay un modo único de actuar.
- Recibimiento de feedback y reforzamiento de los mismos integrantes del grupo.
- Se posibilita la generalización porque el grupo es una situación natural.

Ballester Arnal y Gil Llario (2002) agrega además:

- Reducción de costos económicos y temporales.
- Los pacientes pueden reconocer que su problema es frecuente y sentirse identificados con los demás miembros del grupo.
- Los miembros del grupo tiene la posibilidad de ayudarse entre si.

Una frase que se considera que resume las ventajas del abordaje grupal es "El trabajo en grupo posibilita la aparición de situaciones naturales que pueden ser afrontadas y resultas en un contexto terapéutico" (Millán et al., 2010)

2.9.2 TIPOS DE SESIONES GRUPALES

Los encuentros grupales pueden distinguirse por dos tipos principales de sesiones: (Millán et al., 2010)

1. Sesión Típica: es aquella que se desarrolla comúnmente, y que puede constar de un momento de socialización entre los pacientes en la sala de espera, sin intervención de los terapeutas, antes de ingresar a la sesión propiamente dicha. Una vez en el consultorio, se dispone un tiempo de conversación grupal, que es guiado por las terapeutas, en caso de ser necesario. Posteriormente se puede plantear una actividad semi-estructurada y un momento de actividad lúdica. Por último se hace la despedida, realizando una síntesis de lo trabajado. Dentro de este tipo de sesión, cabe mencionar la sesión inicial o primera del grupo donde se realiza la presentación de cada integrante y de las terapeutas y se explica la finalidad del grupo, todo esto puede ir acompañado de juegos.

2. Sesiones especiales: pueden ser de cuatro tipos:
   a. *Cumpleaños*: se festeja el cumpleaños de alguno de los integrantes del grupo. Previamente se trabaja sobre esa temática y se realiza la división de tareas para ese momento. El día del agasajo se plantea un momento de conversación, y luego se realiza el festejo propiamente dicho, acondicionando el consultorio para tal fin. El grupo, en algunas ocasiones, confecciona un regalo para entregarle al cumpleañero/a.
   b. *Eventos especiales*: comprenden el bautismo del grupo, es decir ponerle un nombre al mismo y confeccionar el cartel identificatorio; el nacimiento de un hermano; la muerte de algún ser querido; el cambio de escuela; mudanzas. Todas estas temáticas son trabajadas en la sesión.
   c. *Salidas o paseos*: este tipo de sesión implica un trabajo y preparación anterior tanto del grupo como del profesional, ya que se trabajara fuera del consultorio, lo que conlleva tomar ciertos recaudos. Las salidas son pensadas para favorecer la generalización de lo aprendido en el entrenamiento. Luego del paseo se realiza una evaluación junto al grupo de la misma.
   d. *Despedida o cierre*: se realizan actividades con el objetivo de evaluar lo realizado a lo largo del año. Algunos ejemplos son elaborar una carta, un regalo, un dibujo o la construcción algún elemento en conjunto.

2.9.3 ELEGIR UN PROGRAMA Y ARMAR EL GRUPO

Si bien en la bibliografía hay diversos programas de habilidades sociales (los cuales se presentan en el Anexo), los mismos no están específicamente diseñados para el diagnóstico de cada persona, por ello es que hay que adaptarlos en contenido, objetivos y técnicas de cada área o tipo de habilidad social, considerando a cada paciente y grupo.

En cuanto a la conformación del grupo, hay que considerar los siguientes elementos:

- Evaluación integral del paciente para poder elaborar su perfil individual*:* se evalúa su coeficiente intelectual; nivel lingüístico y pedagógico; perfil sensorial; dinámica familiar, etc. Se pueden utilizar informes de otros profesionales, si el paciente ha realizado consultas anteriores o esta en tratamiento.

- Entrevista con los padres: con el objetivo no solo de presentarse, sino también de recabar información más detallada del paciente, sobre todo en relación a su historia evolutiva, su comportamiento social y los tratamientos anteriores o presentes.
- Entrevista al niño: para evaluar los componentes de las habilidades sociales.
- Discusión profesional del caso: donde se considera la información recabada, y en función de la misma en que grupo se puede introducir al paciente, si es conveniente conformar uno nuevo e inclusive si el paciente puede trabajar desde esa modalidad o debe hacerlo individualmente un tiempo para luego integrarlo a un grupo.

(Millán et al., 2010)

Michelson et al. (1987) presentan los factores a considerar al conformar un grupo de EHS. Entre ellos:

- Edad: los intervalos etarios deben ser relativamente homogéneos.
- Sexo: se sugiere cierto equilibrio en mujeres y varones en el grupo.
- Tamaño del grupo: los autores destacan que los grupos suelen estar conformados de 4 a 6 niños, aunque también pueden haber grupos más grandes, pero la desventaja de ellos es la dificultad en su coordinación, ya que se necesita de mayor cantidad de ayudantes.
- Frecuencia en las sesiones: pueden ser de 1 o 2 encuentros por semana.
- Diferencias étnicas y culturales: no hay que descuidar la minoría étnica, sino por el contrario, hacerla conocer a los demás miembros del grupo, ya que ello propicia actitudes de respecto y reduce los prejuicios.

2.9.4 TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL ENTRENAMIENTO

Las *técnicas cognitivo conductuales* mas utilizadas son:

Instrucción Verbal

Pérez (2000) define a esta técnica como la explicación clara y concisa de las conductas que se quieren entrenar. Su objetivo es que el paciente:

- Distinga el comportamiento objeto de entrenamiento.
- Motivarlo a que pueda lograr dominar la habilidad entrenada.

- Sepa como enfrentar la situación.

Modelado

"Exposición de la persona a un modelo que ejecuta de una manera más o menos correcta aquellos comportamientos que pretendemos instaurar en el repertorio conductual de la persona" (Pérez, 2000, p.133) Como puede deducirse, el fundamento de esta técnica esta dado por la teoría de Bandura.

Los objetivos que se persiguen al momento de utilizar un modelo en el EHS, son:

- Servir de estimulo inductor para que se emitan comportamientos que en la vida cotidiana de la persona no se han propiciado.
- Desinhibir ciertas conductas.
- Inhibir aquellos comportamientos no adecuados para la interacción social.
- Incrementar la atención de la persona hacia estímulos ambientales, que antes pudieron pasar desapercibidos.
- Generar conductas emocionales positivas, lo cual favorece la interacción social.

Hay diversos tipos de modelado:

- Manifiesto: puede ser
    - En vivo: el modelo esta presente en la sesión de entrenamiento y realiza el comportamiento delante del paciente.
    - En situación simulada o artificial: se utiliza algún medio audiovisual para mostrar el modelo, ya que éste no esta presente físicamente.
- Encubierto: se crea una situación hipotética y el paciente imagina de que modo actuaría el modelo, siempre apuntando a un desempeño competente.
- Maestría: se muestra el comportamiento sin error, de forma "excelente".
- Afrontamiento: el modelo se muestra con ansiedad, miedo, cometiendo errores. Pero, progresivamente, va superando éstos hasta que logra una conducta adecuada a la situación social.
- Auto-instrucciones: el modelo al tiempo que va ejecutando la conducta, va verbalizando los pasos que sigue.

La modalidad que se adopte va a depender de los recursos materiales, del problema presentado, de la habilidad a entrenar y de las características del paciente.

No obstante, para que la técnica resulte efectiva debería tenerse en cuenta:

- La similitud entre el modelo y el paciente (sexo, edad, etc)
- Que el comportamiento del modelo sea afectuoso y no se sienta distante.
- El refuerzo positivo de la conducta del modelo.
- Mostrar distintos modelos, para que el paciente pueda observar diversos modos de afrontar una misma situación.
- Conductas claras y sencillas, para evitar ambigüedades.
- Repetición del modelo, en caso que sea necesario.

Imitación, ensayo de conducta o representación de papeles

Consiste, generalmente, en practicar las conductas, en distintos momentos y con diversas personas, mostradas a través del modelo. (Pérez, 2000)

La autora destaca los factores que incrementan la eficacia de la técnica:

- Ensayos reales.
- Dificultad progresiva de las situaciones.
- Contextos, situaciones e interlocutores diversos.
- El paciente debe tener un rol activo.
- El ensayo debe tener objetivo concreto y controlable.
- Reiterar los ensayos.

Para Caballo (1987, citado en Pérez, 2000) el ensayo conductual tiene cierta secuencia:

a. Describir la situación que genera el problema a la persona.
b. Representación de lo que la persona hace en esa situación.
c. Reconocer los aspectos desadaptativos de la conducta.
d. Buscar respuestas alternativas.
e. Modelado de las conductas, sea por parte del terapeuta o de los demás integrantes del grupo.
f. Primero practica encubierta, y luego manifiesta de la conducta.
g. Evaluar la conducta.

Retroalimentación

Implica brindar información al paciente sobre la conducta ejecutada, sea ésta correcta o no, con el fin de ir optimizándola. La retroalimentación debe ser dada inmediatamente después del comportamiento, para que la persona sepa lo que hizo bien y lo que debería mejorar, y estar referida, a la vez, a la habilidad entrenada.

Hay distintos modos de retroalimentación:

- Verbal: comentarios verbales, para los que hay que considerar usar un lenguaje familiar y dar distintos puntos de vista.
- Visual: la actuación de la persona es grabada, para que ésta posteriormente pueda verla

(Pérez, 2000)

Reforzamiento positivo

Michelson et al. (1987) consideran que el mismo favorece el incremento de las respuestas sociales adecuadas, porque éstas son recompensadas. Al igual que la retroalimentación, la recompensa debe ser dada inmediatamente después de la ejecución de la conducta, y además debe ser continuo. Una vez que el comportamiento se torna estable, el reforzamiento puede tornarse intermitente.

Los refuerzos pueden ser: (Pérez, 2000, p.150)

- "Refuerzo Social Verbal: alabanzas, reconocimiento público, aprobación de la conducta del sujeto, etc.
- Refuerzo Social No Verbal: abrazo, sonrisa, palmada en la espalda, etc.
- Refuerzo de Actividad
- Refuerzo Material"

2.9.5 GENERALIZACIÓN DE LAS HABILIDADES ENTRENADAS

La generalización es garantizar que las habilidades sociales entrenadas se apliquen en la vida cotidiana del paciente, es decir, con frecuencia, con estabilidad en el tiempo, en diversas situaciones y con distintas personas, incrementándose la eficacia de la enseñanza. Hay que considerar que la generalización no se planifica específicamente dentro de los módulos de entrenamiento, pero hay ciertos procedimientos que pueden facilitar que la misma ocurra: (Michelson et al., 1987)

- Enseñar conductas que suelen ocurrir en el contexto de la persona, sino los comportamientos no serán apoyados y mantenidos.
- Incluir distintos tipos de respuesta en la enseñanza, esto evita que la persona conozca un único modo de solución y por tanto, pueda tener un abanico de posibilidades de actuación según la situación social.
- Utilizar situaciones y estímulos variados durante el entrenamiento.
- Procurar que la situación de enseñanza sea lo más similar posible al ambiente natural de la persona, es decir, ecológica.
- Pasar progresivamente de la situación de enseñanza al ambiente natural.
- Utilización de autoinformes y deberes para la casa, es decir, se le pide a los pacientes que ejecuten la habilidad aprendida en la sesión de entrenamiento fuera de la misma y que registren su éxito o dificultad. En la siguiente sesión, se refuerza los autoinformes correctos.

Pérez (2000) hace mayor énfasis en los deberes para casa como estrategia para favorecer la generalización. Por ello retoma a Monjas Casares (citada en Pérez, 2000) para caracterizar a los mismos:

- Tienen que ser precisos.
- Deben planificarse considerando la individualidad de cada paciente.
- Para que la experiencia sea exitosa, y por tanto, reforzante, se tienen que diseñar según las habilidades de la persona.
- Las conductas tienen que ser reconocidas por las personas que frecuenta el paciente, para que ellas puedan reforzarlas.

2.9.6 FRACASO EN EL ENTRENAMIENTO

Pueden existir 3 causas conocidas: (Michelson et al., 1987)

a. Falta de refuerzo de la habilidad entrenada por parte de la familia, educadores, amigos, etc.
b. Tiempo de enseñanza insuficiente para que la persona logre asimilar, integrar, practicar y aplicar la habilidad social.
c. Problemas médicos, cognitivos o emocionales que obstaculizan el proceso de aprendizaje.

3.1 HISTORIA DEL CONCEPTO CALIDAD DE VIDA

Se encuentran antecedentes del mismo, en lo referente a lo filosófico y ético, en las culturas de la antigüedad donde se lo contraponía al concepto de sufrimiento. Años después, se lo relaciono con la salud e higiene pública. En la modernidad, la calidad de vida comenzó a hacer referencia a los derechos humanos y laborales y a la posibilidad de las personas de acceder a bienes económicos. En 1960, el concepto se utilizo en la política y recién, en los 70, se lo incluye como categoría especifica dentro de las ciencias sociales. Con ello, la noción de calidad de vida empezó a considerarse desde el plano subjetivo y valorativo, es decir, contemplándose la experiencia de la persona, sin dejar de considerar las condiciones de vida objetivas, como por ejemplo, el ingreso económico.

Si bien, como pudo verse, el concepto ha ido evolucionando, en la actualidad sigue siendo un tema de debate la delimitación conceptual del término y la diferenciación entre los elementos objetivos y subjetivos del mismo (García-Viniegras, 2008)

3.2 DEFINICION

Para Sharlock y Verdugo (2006, citados en Nuñez, 2008) la calidad de vida es un concepto que incluye múltiples dimensiones que reflejan un estado deseado para sentir bienestar personal, por lo tanto, refleja experiencias de vida y valores positivos.

Son las condiciones de vida deseadas por una persona, relacionadas con la satisfacción de ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Sharlock, 1996, citado en Nuñez, 2008)

Griffa & Moreno (2005) consideran que la calidad de vida esta determinada principalmente por un autoconcepto positivo y por un alto nivel de satisfacción por la vida, por eso mismo, para analizar este concepto es que lo toman desde su vertiente subjetiva, poniendo especial atención a la percepción y valoración subjetiva que hace el sujeto de sus condiciones y experiencias vitales. Para ello citan la definición de la Organización Mundial de la Salud:

> Percepción que un individuo tiene de su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y su sistema de valores; como también en relación a sus objetivos, normas, expectativas y preocupaciones. Las áreas a evaluar son: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las

> relaciones sociales, el ambiente, y la espiritualidad, religión o creencias personales. (p. 128)

Levi y Anderson (Citados en García-Viniegras, 2008) toman la propuesta de la Organización de Naciones Unidas, y definen a la calidad de vida como una:

> Medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros. (pp. 15-16)

Espinoza Henao (citado en Aranibar Munita, 2010) destaca que el concepto de calidad de vida es un constructo histórico y cultural, por tanto, influido por distintas variables como el tiempo, espacio e imaginario, lo que imposibilita una postura unitaria respecto al mismo y consecuentemente, multiplicidad de definiciones.

Producto de esta diversidad de posiciones se han dado a lo largo de los años discusiones y coincidencias en torno a las características del concepto, ellas brevemente son: (Aranibar Munita, 2010)

- Unidimensionalidad vs. Multidimensionalidad: hay autores que consideraron a la calidad de vida como una entidad unitaria, no obstante, en la actualidad se ha logrado cierto consenso en definirlo como un constructo compuesto. Ello implica considerar factores personales como sociales.
- Carácter Objetivo vs. Subjetivo: en este aspecto se ha llegado a aunar ambas posiciones, por tanto se conjugan los componentes objetivos y subjetivos, esto se traduce en definir la calidad de vida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ella experimenta.
- Concepción Nomotética vs. Ideográfica: la controversia se centra en si establecer una definición general, aplicable a todas las personas, o si tienen que ser cada una de ellas las responsables de conformar su propia conceptualización, respectivamente. Se propone conjugar ambas posturas, es decir, realizar una definición teórica y empírica, ésta última consistiría en

indagar que características, aspectos, dimensiones cree la población que son aplicables al término calidad de vida.

Se considera que una definición que aúna todos estos criterios es la ofrecida por Schalock y Verdugo "Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas –universales- y émicas –ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales". (Schalock & Verdugo, 2010, p.2)

3.3 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Si bien en la bibliografía consultada no se encontró específicamente una referencia a la calidad de vida en personas con SA, si se hacía en relación a la discapacidad y el autismo. En esta temática hay autores, como Flanagan, que consideran que la evaluación de la calidad de vida en personas discapacitadas debe ser distinta, estableciendo criterios y dimensiones evaluativas para esta población en particular. Sin embargo, Schalock, Cummins, entre otros, tienen una postura contraria y señalan que estas personas pueden gozar de una calidad de vida inspirada en los mismos principios, dimensiones y criterios que el resto de la sociedad. Por eso si la persona con discapacidad tiene satisfechas sus necesidades básicas y dispone de las mismas oportunidades que las demás personas, logra el estándar de calidad de vida; Schalock agrega, que su calidad de vida se incrementa si es integrada y aceptada en la sociedad y su comunidad en particular (García-Villamisar & Muela Morente, 2006). Esta postura deriva de entender la discapacidad desde un modelo ecológico, esto es, dar importancia a las interacciones de la persona con su contexto, que favorecen su adaptación y bienestar personal, lo cual disminuye sus limitaciones funcionales gracias al apoyo que recibe del entorno (Verdugo Alonso, 2004).

3.4 DIMENSIONES E INDICADORES DE LA CALIDAD DE VIDA

García-Viniegras (2008) trata la calidad de vida desde dos planos:

1. **Individual**: el cual tiene relación directa con el ajuste personal, esto es la armonía e integración de la persona consigo misma y con su entorno. Por tanto, muchos autores lo identifican con el bienestar psicológico, cuyos

componentes son el cognitivo-valorativo, es decir el juicio que hace el individuo de su satisfacción con la vida, y el afectivo.

2. **Macrosocial**: que abarca las variables objetivas y/o externas a la persona, por ello algunas de sus dimensiones serían: económica, ambiental, habitacional, laboral, infraestructura y servicios, etc.

Si bien se presentan estos dos planos, ello no implica antinomia entre ambos, sino más bien una interacción recíproca entre lo social y lo psicológico.

El modo de entender la calidad de vida en estos dos planos interrelacionados, deriva de la propuesta teórica de Cabrera García (citado en García-Viniegras, 2008), quien al plano individual lo llamo factor subjetivo y al macrosocial, objetivo.

Rodríguez (2007) destaca tres dimensiones que comprenden la calidad de vida:

- Física: relacionada el estado de salud de la persona.
- Psicológica: es la percepción del estado cognitivo y afectivo del sujeto.
- Social: comprende las relaciones interpersonales y los roles sociales desempeñados.

Por su parte, Verdugo Alonso, Gómez Sánchez & Arias Martínez (2009) amplían estas dimensiones detallando el modelo heurístico presentado por Verdugo Alonso y Schalock, el cual se compone de dimensiones e indicadores de la calidad de vida, ellos son (p.15):

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.
Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos.
Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.
Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño.
Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda.

Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones.
Derechos	Derechos humanos, derechos legales.

Los autores llegaron ha elaborar este modelo, haciendo una revisión exhaustiva de la bibliografía de la calidad de vida y extrayendo aquellas categorías que eran más recurrentes en las mismas, y además, tomaron las opiniones de personas con discapacidad o ancianas, sus familiares y/o cuidadores y los profesionales dedicados a estas áreas, para poder así construir las 8 dimensiones con sus indicadores presentados anteriormente.

3.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Debido a la multidimensionalidad del concepto calidad de vida y de su cierta indefinición conceptual y metodológica, se han creado y difundido diversos instrumentos de evaluación, el uso de los mismos depende del marco en que se realice la evaluación. Hay dos tipos de instrumentos, los llamados genéricos que se utilizan para evaluar la calidad de vida de personas enfermas, con discapacidad o ancianas y la efectividad de los programas de intervención o rehabilitación aplicados a las mismas. Dentro de este grupo, encontramos por ejemplo, el Índice de Actividades de la Vida Diaria, el Índice Europeo de Calidad de Vida, Cuestionario de Salud de McMaster, Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL), entre otros. Y los específicos, diseñados para evaluar situaciones concretas en la vida de la persona con determinada enfermedad, por ejemplo cáncer, respiratoria, gastrointestinal, etc. (García-Viniegras, 2008)

Para poder dar respuesta a la pregunta central de investigación y a los objetivos planteados, es que se adopta el siguiente encuadre metodológico.

4-1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según los objetivos extrínsecos

- ***Pura o básica***: se busca generar conocimiento acerca de esta temática, y por tanto enriquecer el cuerpo teórico disciplinar.

Según los objetivos intrínsecos

- ***Exploratoria:*** con esta investigación se propone explorar un área poco indagada a nivel nacional y local como son los grupos de entrenamiento en habilidades sociales para personas con Síndrome de Asperger.
- ***Descriptiva***: se pretende describir como mejora la calidad de vida de las personas con Asperger al haber participado de los grupos de entrenamiento en habilidades sociales.

Según el espacio

- ***Microsocial:*** se estudiaran algunos grupos de entrenamiento en habilidades sociales conformados por personas con Síndrome de Asperger.

Según la fuente de información

- ***Primaria:*** los datos se recolectarán por medio de entrevistas y observaciones en el campo.

Según el grado de control

- ***No experimental:*** se observará el comportamiento de las variables sin intervenir en el control de las mismas.

Según el carácter de la medida

- ***Cualitativa:*** se analizará la faz interna del objeto de estudio, es decir, su calidad.

Según el tiempo

- ***Sincrónica:*** se estudiara el fenómeno en un momento dado.

4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

MUESTREO: No probabilístico, de tipo Intencional.

UNIVERSO: Personas con Síndrome de Asperger.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Adolescentes con Síndrome de Asperger que participan en grupos de entrenamiento de habilidades sociales; y los padres de dichos adolescentes.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Beneficios en la calidad de vida de las personas con Síndrome de Asperger que participan en grupos de entrenamiento de habilidades sociales.

POBLACIÓN: Personas con Síndrome de Asperger que participan en grupos de entrenamiento de habilidades sociales en Buenos Aires.

MUESTRA: Cinco (5) adolescentes (de 12 a 20 años) con Síndrome de Asperger que participan en grupos de entrenamiento de habilidades sociales en Buenos Aires.

Criterios para seleccionar la muestra

Si bien la adolescencia no es una de las variables en esta investigación, se tomo este rango de edades por las siguientes razones:

- El diagnóstico de Síndrome de Asperger ya esta confirmado, puesto que en los niños más pequeños es difícil el diagnóstico diferencial.
- La disponibilidad de casos, ya que la población es pequeña y los grupos de entrenamiento a los que se tendrá acceso están conformados por personas con este rango de edad.

No obstante, al momento del análisis de los datos, se considerara que esta variable puede ser interviniente.

El hecho de realizar el trabajo de campo en Buenos Aires, radica en que en la cuidad de Paraná o zonas cercanas no se realiza este tipo de estrategia terapéutica de manera formal. En los últimos meses, dos psicólogas de Paraná han comenzado a desarrollar esta estrategia con un grupo de niños con Síndrome de Asperger, pero no se podía tomar como muestra al mismo, ya que no cumplía con los criterios de edad y no tenía una cierta trayectoria de tiempo para considerar el proceso que todo paciente realiza en un tratamiento.

4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Observaciones participantes de sesiones de grupos de entrenamiento**

La observación participante es definida como "…interacción social entre el investigador y los informantes en el entorno, medio ambiente de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo" (Taylor & Bogdan, 1998, p. 31) Por ello es que se eligió esta técnica, que permitirá reconocer las habilidades sociales trabajadas y aprendidas por los adolescentes con SA que participan en los grupos de EHS.

Para las observaciones se diseñó una planilla que contiene las habilidades sociales con sus indicadores, y además se tomaron notas de campo. La planilla de observación puede ser consultada en los Anexos.

- **Entrevistas semi-dirigidas a adolescentes con Síndrome de Asperger**

La elección de este instrumento de recolección de datos se inspira en las palabras de Taylor y Bogdan (1998) al definir la entrevista "…encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (p. 101). Justamente el rol protagónico en esta investigación lo tienen los adolescentes con Síndrome de Asperger, solo ellos pueden hacer referencia con exactitud a sus experiencias de vida, y por tanto, dar cuenta de las mejoras que aprecian en su calidad de vida.

Las preguntas diseñadas para la entrevista semi-dirigida, como lo refleja su nombre, fueron abiertas y con el objetivo de ser re-diseñadas en el momento de la entrevista si ello fuera necesario, por dos razones:

- La primera, mencionada más arriba, para poder captar con fidelidad la experiencia subjetiva de los entrevistados.
- Y la segunda, por las características propias del SA, sobre todo en lo que respecta a la pragmática.

Las preguntas se elaboraron considerando las categorías ya preestablecidas de calidad de vida, cada interrogante alude a un indicador específico de esta variable. Además, cabe aclarar, que las dos primeras preguntas se diseñaron con el objetivo de aclimatar el intercambio con el adolescente. La entrevista se encuentra en los Anexos.

- **Encuestas a padres**

En el proyecto de tesis se había planteado realizar entrevistas, pero debido al tiempo que ello insumiría y al acceso limitado a los padres, se decidió administrar encuestas, ya que se considero que las mismas podían dar la información requerida y cumplir con el objetivo que se proponía con la técnica, a saber: evaluar los beneficios que los padres observan en la calidad de vida de sus hijos.

Se considero importante tomar también las opiniones de los padres, porque son, posiblemente, las personas más cercanas y que mayor tiempo pasan con los entrevistados. Aunque los informantes primarios y protagonistas de esta investigación son los adolescentes.

Los ítems de la encuesta, asimismo, responden, cada uno, a los indicadores de las dimensiones de calidad de vida. Se puede ver este instrumento en los Anexos.

4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	PROCEDIMIENTO
Calidad de Vida	Física	Postura (aspecto motor)	ENTREVISTAS A LOS ADOLESCENTES Y ENCUESTAS A PADRES
		Percepción subjetiva del estado de salud general	
	Psicológica	Estima positiva hacia si mismo	
		Percepción positiva de sus destrezas cognitivas	
		Capacidad para resolver problemas	
		Reconocimiento de emociones	
		Independencia en las acciones	
	Social	Desenvolvimiento social	
		Establecimiento de relaciones estables	
		Poder entablar dialogo con los demás	
		Respeto por las opiniones propias y de los demás	
		Uso de comunicación verbal y no verbal	
		Participar de situaciones lúdicas	

Habilidades Sociales	Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír	OBSERVACIONES DE LAS SESIONES DE GRUPOS DE ENTRENAMIENTO
		Saludar	
		Presentación de sí mismo y de los demás	
		Hacer favores	
		Cortesía y Amabilidad	
	Habilidades Conversacionales	Iniciar conversaciones	
		Mantener conversaciones	
		Terminar conversaciones	
		Unirse a conversaciones	
		Poder conversar en grupo	
		Toma y respeto de turnos	
		Registrar el interés del otro	
		Ser reciproco y permitir reciprocidad	
		Adecuación al contexto e interlocutor	
		Comprensión de la comunicación no verbal	
Habilidades Sociales	Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar	
		Unirse al juego de otros	
		Ponerse de acuerdo para jugar	
		Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración	
		Manejar el ganar	
		Creatividad/ Imaginación	
		Cooperar y compartir	
		Reforzar a los compañeros de juego	

Habilidades Sociales	Habilidades relacionadas Con las Emociones	Autoafirmaciones positivas	OBSERVACIONES DE LAS SESIONES DE GRUPOS DE ENTRENAMIENTO
		Reconocer los sentimientos propios	
		Mantenerse calmo ante sentimientos no deseados	
		Expresar emociones	
		Mostrar comprensión por los sentimientos ajenos	
		Alentar a una persona en problemas	
	Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas	Identificar problemas interpersonales	
		Buscar soluciones	
		Anticipar consecuencias	
		Elegir una solución	
		Probar una solución	

4.5 PLAN DE TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Análisis Cualitativo

El cual estará centrado en:

- Análisis textual de las entrevistas a través de las categorías ya construidas acerca de la calidad de vida;
- Análisis de las encuestas en función de las categorías pre-establecidas de la calidad de vida;
- Análisis de las observaciones considerando las dimensiones e indicadores establecidos de las habilidades sociales.

5.1 CARACTERISTICAS DEL ESPACIO Y PERSONAS DE ESTE ESTUDIO

5.1.1 ESPACIO

Los grupos observados se desarrollan en Buenos Aires y están coordinados por profesionales de la psicología y de la fonoaudiología, contando también con la colaboración de otros colegas de la salud y educación, para realizar así un abordaje integral, y por tanto, interdisciplinario de cada paciente. Este espacio esta destinado para todos aquellos niños y jóvenes que presenten algún déficit social. Se considera que el trabajo en grupo posibilita situaciones ecológicas y el aprendizaje de las habilidades de forma más natural, sostenido esto desde un contexto terapéutico.

Se trabaja también con la familia, las instituciones educativas y los profesionales que pueden estar con el paciente en otro espacio terapéutico, abogando justamente a su abordaje integral, promoviendo siempre un papel activo de los niños y jóvenes para que adquieran aquellas herramientas que les permitan una adecuada competencia social.

Cabe aclarar que estos grupos de entrenamiento en habilidades sociales no son exclusivos para personas con Síndrome de Asperger, también participan niños y jóvenes con otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, TDA-H, Trastornos del Lenguaje, Trastornos de Ansiedad, etc., siempre que presenten incompetencia social.

5.1.2 SESIONES DE EHS

Además de las observaciones a las sesiones en las que participaban adolescentes con SA, se observaron otras con el objetivo de conocer en mayor profundidad la dinámica de trabajo. A continuación se detalla la misma, aclarando que se pudieron observar sesiones “comunes” y una sesión “especial”, de festejo del cumpleaños de uno de los integrantes del grupo. Cualquiera sea el tipo de sesión, la duración de ésta es de una hora, con frecuencia semanal.

Sesión común

Al inicio cada integrante del grupo tiene la posibilidad de hablar de aquello ocurrido en la semana y/o de algo que le preocupa o preocupo en esos días. Las terapeutas guían o intervienen en la conversación (cuando es necesario), haciendo respetar los turnos de conversación y notar el interés de los demás en el tema de conversación, modelando cómo se entabla, se lleva a cabo y finaliza, de modo adecuado, una conversación con un par.

En un segundo momento se realiza alguna actividad que tiene un objetivo explicito en relación a las habilidades sociales, el cual se le expresa al grupo.

Para finalizar el encuentro, se pide a los pacientes que elijan algún juego, buscando el consenso entre todos y que compartan un momento lúdico, trabajándose esas habilidades.

Por último se hace el cierre de la sesión, rescatando lo más significativo y acordando el próximo encuentro.

Sesión especial de cumpleaños

Al inicio de la sesión, se respeta el momento de conversación, también presente en la sesión común. Se destina a este aspecto aproximadamente media hora en este tipo de sesiones.

Luego se festeja el cumpleaños, para eso cada paciente tiene que llevar algo para compartir. Mientras se festeja, se conversa de distintos temas que van surgiendo, trabajándose las habilidades conversacionales, el ponerse de acuerdo, respetar las opiniones de los demás y defender las propias, etc. Como puede observarse, el cumpleaños es un "mediador" de la tarea, puesto que se continua trabajando las habilidades sociales. El objetivo de estas sesiones especiales es recrear situaciones sociales sumamente comunes en la vida diaria de cualquier persona, con la particularidad que se da dentro de un espacio terapéutico, permitiendo afrontar las dificultades desde ahí.

A lo largo de las sesiones se utilizan diversos recursos terapéuticos, según las características de los pacientes y las situaciones especificas que surgen.

5.1.3 GRUPOS

Se observaron dos grupos de entrenamiento en habilidades sociales. En el grupo 1 se desarrollo una sesión común y en el grupo 2 la de cumpleaños.

Los mismos estaban compuestos por:

Grupo 1

Simón: Diagnóstico de Síndrome de Asperger

Esteban: Diagnóstico de Síndrome de Asperger

Fabricio: Diagnóstico de Trastorno Bipolar

Grupo 2

Marcos= Diagnóstico de Síndrome de Asperger

Carlos= Diagnóstico de Síndrome de Asperger

Alberto= Diagnóstico de Síndrome de Asperger

Matías= Diagnóstico de Fobia Social

A continuación se hará una *breve descripción de cada uno de los adolescentes* que componen la muestra de este trabajo en relación a su contexto escolar y familiar.

SIMON

Edad: 16 años

Tratamiento en HHSS: Marzo 2009

Características generales: Simón recibió su diagnóstico en forma tardía, aunque sus conductas son las típicas descriptas para Síndrome de Asperger, entre ellas destacan su pragmática literal, su prosodia y su descoordinación motora entre brazos y piernas, lo que provoca movimientos extraños al caminar. La familia de Simón no esta lo suficientemente presente en el tratamiento.

ESTEBAN

Edad: 19 años

Tratamiento en HHSS: Octubre 2009

Características generales: el diagnóstico de Esteban fue tardío. El adolescente realiza la escolaridad en su hogar, porque ha sido víctima de bullying, razón por la cual sus padres tomaron esta decisión. Ellos acompañan el tratamiento de EHS, con lo cual puede trabajarse en forma conjunta.

MARCOS

Edad: 15 años

Tratamiento en HHSS: Marzo 2010

Características Generales: Marcos también recibió su diagnostico en forma tardía, una vez que se mudo a Buenos Aires, ya que con su familia vivían antes en el sur de la Argentina. La razón que motivo el traslado fue que Marcos empezó a sufrir de bullying

en su escuela. En la actualidad concurre a escuela común sin necesidad de inclusión escolar. Los padres acompañan el tratamiento de su hijo.

CARLOS

Edad: 15 Años

Tratamiento en HHSS: Marzo 2010

Características Generales: el diagnostico de Carlos fue tardío. Concurre a escuela común, sin requerir de inclusión escolar. La familia acompaña y apoya el tratamiento.

ALBERTO

Edad: 15 años

Tratamiento en HHSS: Marzo 2010

Características Generales: el diagnostico de Alberto fue tardío. Se mudo de un país vecino a Buenos Aires hace un tiempo. Realiza su escolaridad en escuela común, no requiriendo inclusión escolar. Su familia, si bien no esta ausente, no acompaña lo suficiente el tratamiento.

Con diagnóstico tardío se alude a que el mismo se estableció en el intervalo etario de los 9 a 11 años.

5.2 EL TRABAJO DE CAMPO

La administración de las técnicas de recolección de datos se realizó los días 9 y 10 de Agosto de 2010. Estos días se completaron las fichas de observación de cada una de las sesiones y se administraron las entrevistas a los adolescentes. Debido a las características del Síndrome, de ser el primer encuentro con los pacientes y de la confianza de los mismos hacia las terapeutas que coordinan los grupos, éstas decidieron que ellas realizarían las preguntas a los pacientes, con la participación y colaboración de la tesista. Esta decisión se baso en, no solo favorecer una entrevista mas profunda (por el conocimiento que tienen de cada adolescente), sino en proteger a sus pacientes de una situación que podía hacerlos sentir evaluados, y por tanto, ansiosos. Además, antes de dar inicio a las entrevistas, se les pregunto a los adolescentes si podían ser grabados,

solo uno de ellos (Simón) accedió, los demás prefirieron que sus respuestas se consignen en la hoja, respetándose su decisión.

En cuanto a las encuestas a los padres, éstas se entregaron en sobre cerrado, una por cada familia, para que sean completadas con tranquilidad en sus casas, puesto que algunos adolescentes son llevados a la sesión en transportes, y en el caso en que concurra alguno de los padres, por las actividades que estos desarrollan no disponían de tiempo para completarla en ese momento. Además, las terapeutas suelen enviar de ese modo otro tipo de cuestionarios, útiles para su labor con los pacientes, por lo que sugirieron que podía hacerse de esa manera. Una vez que las encuestas fueron respondidas, se las entregaron a las coordinadoras de los grupos para que lleguen a la tesista.

Todos los instrumentos con los datos recabados se encuentran en la parte de Anexos.

5.3 SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

1. PLANILLAS DE OBSERVACION

Los datos recabados por medio de las planillas de observación fueron sistematizados en una tabla donde se consignaron cada una de las dimensiones e indicadores de las habilidades sociales. Con SI, se quiso indicar las conductas específicas presentes en el repertorio conductual del adolescente, y con NO, aquellas conductas de las que carece. Cuando se coloco NO SE OBSERVO, se advierte que en el momento de la observación no se preciso esa información porque en la sesión no se llevo a cabo alguna actividad que dejara ver claramente ese indicador específico. Se podrá reconocer, con mayor reiteración esta característica en las planillas del grupo 2, debido a que por la peculiaridad de la sesión no se desarrollo, por ejemplo, el momento lúdico, no pudiéndose observar las habilidades en relación a ese aspecto.

A su vez, en cada planilla, en el espacio para observaciones se realizaron aclaraciones o ejemplificaciones de lo consignado, útiles al momento de sistematizar esta técnica de recolección y en el análisis posterior de los datos.

2. **ENTREVISTAS**

Las preguntas de las entrevistas, se elaboraron considerando cada dimensión e indicador específico de calidad de vida, respondiendo en la sistematización a esas categorías ya establecidas. Para ello se elaboro una tabla para cada uno de los adolescentes, donde se indico el número de pregunta con el indicador y se trascribieron en forma textual sus respuestas, para luego poder extraer lo más significativo para el análisis.

3. **ENCUESTAS**

Las encuestas, al igual que las entrevistas, se diseñaron según las categorías pre-establecidas de calidad de vida. Para la sistematización se creo una tabla, con cada indicador con su pregunta correspondiente, y se considero como POSITIVO, aquellas respuestas cuya percepción subjetiva indicaba la presencia del indicador y con NEGATIVO, cuando la respuesta consignaba lo contrario. Los ítems marcados como RESPUESTA DUDOSA, son aquellos en las que las respuestas no eran consistentes, porque no marcaban claramente SI o No, por ejemplo, "a veces". Las preguntas no contestadas, fueron señaladas de esa manera.

La sistematización de cada técnica con sus datos, puede consultarse en los Anexos.

5.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS EN FUNCION DE CADA ADOLESCENTE

SIMON

De acuerdo a los datos recabados, las habilidades básicas para la interacción social de Simón se puntúan como insuficientes, si bien muestra una actitud positiva hacia el otro al saludar, no puede realizar una presentación de sí mismo detallada ya que solo menciona su nombre. En algunas oportunidades hace contacto ocular durante la conversación, demostrando que esta escuchando con atención a su interlocutor. Durante la interacción, demuestra cortesía, aunque haya temas de conversación que puedan llegar a irritarlo, tiene la capacidad de controlarse ante esos sentimientos no deseados.

Simón presenta déficits en las habilidades conversacionales, si bien puede iniciar la conversación cuando se trata de un tema de su interés, no puede mantener ni

terminar de forma amistosa y agradable el dialogo, puesto que tiene dificultades para registrar el interés de los demás, para respetar los turnos conversacionales y adecuar el dialogo al contexto e interlocutor. No obstante, logra unirse a conversaciones ya iniciadas, haciendo intervenciones esporádicas, siendo su actitud predominantemente pasiva, ello implica que tiene dificultades para conversar en grupo, acompañado esto, por su incomprensión de la comunicación no verbal. Estas características se hacen presentes, también, en las situaciones lúdicas, con la diferencia de que Simón no puede tomar la iniciativa para invitar a alguien a jugar. Otro aspecto relevante en estas habilidades es la baja tolerancia a la frustración y consecuentemente, la dificultad para manejar correctamente el ganar, esto lo expresa claramente el propio adolescente en la entrevista "*Creo que soy un caprichoso que odia perder*".

En lo que respecta a las habilidades de resolución y manejo del conflicto, ninguna de las conductas específicas enmarcadas dentro de las mismas se reconocieron en Simón, presentándose un déficit considerable en esta área. Hay que recordar que estas habilidades son conceptualizadas como cognitivas- sociales, por lo que la inflexibilidad cognitiva de Simón le imposibilita considerar distintas alternativas, soluciones y/o explicaciones, características que derivan de su déficit en la Función Ejecutiva. A esto se le suma su falla en la Teoría de la Mente, que le imposibilita formarse representaciones acerca de los estados mentales internos de los demás, explicándose su dificultad en las habilidades relacionadas con las emociones, tales como reconocer los sentimientos propios, expresar emociones, responder empáticamente, y su capacidad para predecir las conductas o acciones de los demás, observándose claramente en el ejercicio del mono que Simón no pudo resolver.

Lo descripto hasta el momento corresponde a las características propias del Síndrome de Asperger. Destacándose especialmente su dificultad pragmática, realizando interpretaciones literales, y llegando en ocasiones a tener expresiones bizarras, como puede observarse en la entrevista con la catalogación de "fascista". Inclusive necesito de apoyo de material concreto o de ejemplificaciones en algunas preguntas, porque no comprendía lo que se le estaba indagando.

La complejidad de su cuadro e incompetencias sociales pueden provocar en Simón cierta insatisfacción tanto en lo personal como en lo interpersonal, ello lo manifiesta abiertamente en la entrevista, cuando dice: "*Simplemente no me siento*

satisfecho de cómo estoy", haciendo referencia tanto a su salud física como anímica, siendo la percepción subjetiva de su estado de salud general negativo. En lo que respecta al aspecto motor, que es un indicador también de la dimensión física de la calidad de vida, se observo una postura rígida al caminar, con descoordinación de manos y pies, así como también inexpresividad facial.

En la dimensión psicológica, se analiza una baja estima hacia si mismo, puesto que Simón no puede reconocer para quien el podría ser valioso y las definiciones que da de sí mismo se centran en los aspectos negativos de su personalidad. No obstante, manifiesta una percepción positiva de sus destrezas cognitivas, considerándose capaz de realizar sus actividades diarias y de resolver problemas, aunque en las preguntas especificas de resolución de problemas, Simón tuvo dificultades para reconocer a quien pedir ayuda en caso de necesitarlo, no pudo resolver la actividad del mono y no es capaz de resolver un conflicto con sus compañeros por si mismo, sino que requiere de la ayuda de una persona adulta, características que se deben, como se menciono mas arriba, a su dificultad en la Teoría de la Mente, así como el reconocer las cinco emociones de la tarjeta, pero no identificar el pensamiento generador de ese sentimiento. En lo que concierne al indicador de independencia en las acciones, si bien Simón manifiesta poder elegir que actividad realizar cuando se encuentra solo en su hogar, luego no precisa esa respuesta, aunque si puede explicitar que viaja solo en colectivo. Su inflexibilidad cognitiva, le imposibilita comprender que en ocasiones las personas requieren de la ayuda de otros para tomar decisiones, ya que él explica: *"¿Tendría sentido que dos tomaran una decisión? … Pero no cambia nada el hecho que existan dos opiniones… las decisiones son de uno y nada más."*.

En la dimensión social de la calidad de vida, se percibe que el indicador de desenvolvimiento social es negativo, en concordancia esto, con el déficit que se menciono mas arriba en las habilidades básicas de interacción y conversacionales; ocasionando que Simón no pueda establecer relaciones estables, y consiguientemente, no tenga un grupo de amigos que le sirvan de soporte y referencia y no logre entablar un dialogo satisfactorio, de disfrute con los demás, sean estos pares o adultos, porque el intercambio social no le genera interés. En cuanto al indicador de respeto por las opiniones propias y ajenas, vuelve a hacerse presente su inflexibilidad cognitiva y su falla en la Teoría de la Mente, no logrando considerar la alternativa de discutir las

opiniones contrarias, porque cree que eso cambiaría la personalidad del interlocutor (creencia errónea que condiciona el procesamiento de la información), y en consecuencia, no puede defender su postura ni tampoco respetar otras opiniones porque *"... no le importa nada entonces... simplemente no puede confiar en nadie*". Es oportuno mencionar la ansiedad que le genero este interrogante a Simón. El indicador de uso de la comunicación no verbal fue analizado en las habilidades sociales y el de participación en actividades lúdicas no pudo analizarse desde la entrevista porque el adolescente expreso no tener un grupo de amigos, considerándose pertinente, por tanto, no realizar esa pregunta.

En lo que respecta a la encuesta, los padres hablan de la salud de su hijo en un nivel integral, manifestando que el problema en la misma, se debe a la dificultad de su hijo para relacionarse con los demás, pudiendo destacar que ha mejorado al haber participado en los grupos de entrenamiento, porque Simón "*Habla más de lo que le pasa*". Por lo tanto, en la dimensión física la percepción subjetiva del estado de salud general es inconclusa, ya que si bien los padres ven una mejoría aun perciben que el déficit de su hijo en lo social es marcado.

En la dimensión psicológica predominan las respuestas dudosas y negativas, sobresaliendo la baja autoestima y la incapacidad para la resolución de problemas, lo cual esta en consonancia con lo analizado a través de la entrevista de Simón.

En la dimensión social predomina una valoración negativa, en los indicadores de desenvolvimiento social, establecimiento de relaciones estables y participación de situaciones lúdicas, coincidiendo con lo analizado en las observaciones y entrevista. Para los indicadores de uso de la comunicación verbal y en la capacidad para entablar dialogo con los demás, no hay una respuesta consistente. No obstante, perciben que su hijo puede respetar las opiniones de los demás, esto se contrapone a lo analizado del discurso de Simón.

Es oportuno volver a mencionar que las terapeutas del grupo de entrenamiento mencionaron que la familia acompañaba muy poco el tratamiento de Simón, ello dificulta el trabajo integral que se propone desde este espacio terapéutico así como la posible generalización de las conductas ensayadas y aprendidas en la sesión.

ESTEBAN

De los datos recabados por medio de la planilla de observación, se analiza que Esteban posee las habilidades básicas de interacción social, aunque la conducta especifica de pedir o hacer favores no se registra.

En cuanto a las habilidades conversacionales, Esteban puede iniciar la conversación, mantenerla, terminarla, al igual que adecuarse a las de los demás ya iniciadas, lo que indicaría interacciones efectivas, no obstante, en algunas ocasiones no es capaz de respetar los turnos de conversación cuando la misma trata de temas de su interés, lo que consecuentemente obstaculiza el dialogo en grupo, ya que busca dominar el mismo, por lo tanto requiere de una orientación mas concreta en esas conductas específicas, para que las interacciones sean realmente efectivas. Algo similar se observa en las habilidades de juego, Esteban demuestra poca tolerancia a la frustración y una actitud competitiva, dificultando situaciones lúdicas y de intercambio satisfactorias para el adolescente, no obstante, cuando se trata de juegos de su interés, puede invitar a sus compañeros, unirse al juego de ellos e inclusive ponerse de acuerdo para jugar, destacándose su creatividad y cooperación. A lo descripto anteriormente, hay que agregar su déficit en las habilidades relacionadas con las emociones, si bien puede reconocer sus sentimientos propios, no puede expresarlos ni responder de modo empático ante los sentimientos o problemas de los demás, así como tampoco mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados, respondiendo de modo inadecuado a las burlas, muestra de un déficit en la Teoría de la Mente.

En las habilidades de negociación y resolución de problemas y conflictos se puede advertir el déficit en la función ejecutiva, no siendo capaz de reconocer los problemas interpersonales, y consecuentemente considerar las alternativas de solución. Por tanto, no logra disponer de la información almacenada, proveniente de otras situaciones similares, y utilizarla de modo significativo, característica que deriva de su inflexibilidad de pensamiento y dificultad para la generalización.

Por medio de la entrevista, en la dimensión física de calidad de vida, se considera que Esteban tiene una percepción subjetiva positiva de su estado de salud general, esto coincide con lo consignado por sus padres en la encuesta, ya que si bien ellos no ven una mejoría, en términos generales, en este aspecto desde que su hijo participa en el

entrenamiento, tampoco mencionan un agravamiento del mismo. Su postura es distendida y no se observan movimientos extraños al caminar.

En la dimensión psicológica, Esteban manifiesta una estima personal positiva, que puede ser considerada algo elevada en la caracterización que hace de sí mismo a nivel anímico "…*superior al resto, importante*…", lo que conlleva, seguramente, dificultades a nivel social y por tanto, su percepción de no sentirse valioso para las personas humanas, cosa que no le ocurre con *"…otros seres vivos…*", desde la Teoría de la Mente se interpreta como consecuencia de su pensamiento solitario, no considerando a los demás como personas diferentes de él. Esto coincide totalmente con lo consignado por los padres en la encuesta puesto que responden que Esteban usa palabras agradables para describirse pero a la vez no manifiesta si se siente a gusto o no consigo mismo.

También la percepción de sus destrezas cognitivas es positiva, tanto en la entrevista y en la encuesta, lo cual se correlaciona con la resolución correcta que realizo de la situación problemática del mono, pudiendo sortear su dificultad en la Teoría de la Mente debido a que se trata de una imagen y hay que recordar que el pensamiento de la mayoría de las personas con SA tiene la característica de ser visual, por lo tanto, esta situación que no lo implica a él directamente y que a su vez estaba plasmada en un dibujo, no le ocasiono dificultades, en contraposición a la respuesta que da cuando tiene que resolver un problema con un amigo o compañero "*Le rompía la cara, diciendo los mayores insultos*", lo cual se condice con lo señalado mas arriba de la dificultad de Esteban de mantenerse calmo ante sentimientos no deseados; los padres no dan una respuesta consistente para el indicador de capacidad de resolución de problemas. Es oportuno señalar que el adolescente ha sido víctima de bullying, por lo que algunas conductas pueden deberse a esta difícil situación que le ha tocado vivir hace unos años y que obligo a los padres a tomar la decisión de que su hijo realice su escolaridad en el hogar, lo cual no promueve el contacto e intercambio social propio de un estudio en una institución escolar.

Lo mencionado acerca de la Teoría de la Mente, explica el haber reconocido las emociones en la tarjeta, sin lograr atribuir el pensamiento que provoca ese sentimiento, porque para hacerlo tendría que abstraerse de la imagen, hipotetizar acerca de algún acontecimiento y atribuir un estado interno a cada emoción, solo logra hacerlo cuando la entrevistadora lo insta a pensar en una situación propia "… *si un ser querido esta en*

problemas, si tengo miedo". Los padres reconocen que su hijo diferencia entre una emoción agradable y desagradable, pero no puede responder empáticamente ante la expresión de sentimiento de los demás, a consecuencia del déficit en las habilidades sociales relacionadas con las emociones.

Esteban es independiente en las acciones e inclusive es capaz de reconocer cuando es necesario pedir ayuda, esto último se presenta también en la encuesta, aunque los papas mencionan que no puede realizar las tareas escolares de modo autónomo.

En la ultima dimensión de calidad de vida, la social, debido a las habilidades básicas de interacción aprendidas y desarrolladas por Esteban, éste puede lograr un buen desenvolvimiento social cuando se trata de presentarse con una persona desconocida, no ocurriendo lo mismo al tener que mostrar su competencia social en una conversación, tanto con pares como con adultos, siendo el indicador de entablar dialogo con los demás negativo. Aunque participa de actividades lúdicas y de ocio, pero con un rol más pasivo y centrado en el desarrollo de la actividad y no en el establecimiento de una relación. El adolescente menciona que no tiene un grupo de amigos, sino que comparte algunas actividades con su primos, pero no puede contar con la ayuda de ellos porque "*no tienen la capacidad para entender mis cosas*", esto también se relaciona con su inflexibilidad de pensamiento y dificultad para expresar sus sentimientos, lo que obstaculiza la reciprocidad emocional, implicando directamente la capacidad para respetar las opiniones propias y ajenas, porque no considera y comprende la existencia de distintas alternativas para una misma situación.

Lo analizado a partir de la entrevista en los indicadores de establecimiento de relaciones estables y entablar dialogo con los demás, coincide con lo aportado por la encuesta. No obstante, los padres difieren en las respuestas dadas por Esteban para los indicadores de respeto por las opiniones ajenas y participación en actividades lúdicas, sistematizándose como positivo y negativo respectivamente.

MARCOS

Marcos ha desarrollado favorablemente sus habilidades básicas para la interacción, dentro de su repertorio conductual se encuentran saludar apropiadamente y darse a conocer a sí mismo y a sus compañeros de grupo, con datos claros, adecuados y

precisos. Acompaña el intercambio con sonrisa para demostrar aceptación y disfrute, contacto ocular indicando interés, y utiliza palabras de cortesía. Estas habilidades le permiten iniciar la conversación o responder a la iniciativa de otra persona, unirse a conversaciones ya iniciadas y terminar el dialogo en forma amistosa, pero Marcos suele mostrar patrones de conducta activa y disruptiva, caracterizados como excesos sociales, durante la conversación, consecuentemente tiene dificultades para mantener el dialogo respetando el turno de conversación, permitir la reciprocidad y registrar el interés del otro, obstaculizándose el dialogo grupal cuando él intenta dominar la interacción, requiriendo la regulación de un otro, para lograr adecuarse al contexto e interlocutor. No obstante comprende la comunicación no verbal y utiliza algunas expresiones faciales, aunque su lenguaje corporal sea escaso, lo cual se refleja, también, en la encuesta a los padres, consignado bajo la dimensión social de la calidad de vida.

En cuanto a las habilidades relacionadas con las emociones, Marcos puede reconocer sus propios sentimientos y mantenerse calmo cuando experimenta una emoción desagradable, consecuentemente puede diferenciarla de una agradable y responder adecuadamente a las burlas. Lo cual tiene, a su vez, relación directa con dos conductas específicas que pudieron observarse en las habilidades de negociación y resolución de problemas y conflictos, aceptar no como respuesta y defender su opinión.

En la <u>dimensión física</u> de la calidad de vida puede analizarse una percepción subjetiva positiva del estado de salud general, caracterizada por Marcos con una palabra de poco uso para definir ese aspecto "*Próspero*", pero que indica que es favorable, y una postura distendida durante la entrevista. Esta percepción positiva también se hace presente en las respuestas de los padres en la encuesta.

En lo concerniente a la <u>dimensión psicológica</u>, se advierte una estima positiva hacia si mismo tanto en las respuestas de Marcos como de sus padres. En el indicador de percepción de las destrezas cognitivas, el adolescente se siente capaz para realizar sus actividades diarias, lo mismo consideran sus papas, pero éstos indican que su hijo puede tener dificultades para comprender la información, pudiéndose atribuir esto al pensamiento visual y a la teoría de disfunción del hemisferio derecho, que caracterizan a las personas con Asperger. En cuanto a la capacidad para resolver problemas, Marcos no presenta dificultades para resolver situaciones problemáticas en las que no se ve involucrado, pero sucede lo contrario en los conflictos interpersonales, ya que no es

capaz de manejarlos adecuadamente, por medio del dialogo y la comprensión empática, sus padres reafirman esto expresando en la encuesta: "*No siempre comprende el conflicto. No se pone en el lugar del otro*", como dos conductas que ellos consideran inapropiadas. Esta incapacidad se atribuye al déficit en la Teoría de la Mente, que consecuentemente, provoca inconvenientes en la interacción social. Marcos reconoce e identifica con las expresiones faciales correspondientes las emociones de felicidad y enojo y distingue que pensamiento las puede provocar, pero no logra hacerlos con el resto de los sentimientos, no obstante la idea atribuida a la emoción tristeza es adecuada, su expresión facial no. Esta dificultad, se explica desde el déficit en dicha Teoría, porque para las personas con SA, lo facial no contiene información que puedan interpretar y forme parte de su comunicación, además no logran pensar hipotéticamente en una situación que no haya acontecido realmente. El último indicador de esta dimensión, la independencia en las acciones, se analiza como positivo, ya que las respuestas de Marcos y de sus papas son congruentes, señalando la autonomía para la realización de actividades diarias y la capacidad de solicitar ayuda cuando es necesario.

En la dimensión social, para el indicador de desenvolvimiento es preciso retomar el análisis de la observación, porque en ese momento Marcos realizo una buena presentación de si mismo y de los demás, pero en la pregunta de la entrevista que apuntaba a ese aspecto respondió "*Me hago el divertido*", imposibilitando su rigidez de pensamiento comprender el escenario social y las conductas requeridas. En cuanto a participar en las conversaciones se hacen presentes sus excesos sociales en esa área, por lo tanto, para el indicador de entablar dialogo con otros, Marcos no puede mencionar situaciones de intercambio confortables para si mismo y los demás, ya que dice "… *poder hablar de cualquier cosa*" sin precisar esos diálogos. Coincide con lo mencionado para estos indicadores lo señalado por los padres, predominando una connotación negativa. No obstante, el adolescente puede mantener relaciones estables con un grupo de amigos, con el que comparte ciertas actividades, y que él siente de soporte y ayuda cuando tiene un problema, sin embargo sus padres no tienen la misma percepción acerca de este aspecto. En cuanto al respeto por las opiniones propias y ajenas, Marcos reconoce la necesidad de expresar y respetar las opiniones y su limitación personal, ya que "*Digo lo que pienso si estoy bien, si no me callo*", por tanto puede identificar su conducta disruptiva y evitar llevarla adelante.

CARLOS

Las conductas específicas de las habilidades básicas de interacción observadas han sido el contacto ocular, saludar y la presentación de sí mismo, ya que agrego datos a la presentación que realizo Marcos, mostrando cortesía y amabilidad durante el intercambio. Estas habilidades permiten una interacción efectiva con los demás, asimismo Carlos ha aprendido y desarrollado sus habilidades conversacionales, logrando iniciar conversaciones y mantenerlas haciendo del dialogo un momento agradable, de escucha activa, con formulación de preguntas, respetando los turnos conversacionales y adecuándose al contexto e interlocutor, así como finalizarlas de modo agradable, lo cual le posibilita unirse a conversaciones ya iniciadas y mantener un intercambio grupal satisfactorio, tanto para sí mismo como para los demás. Carlos es capaz de reconocer sus propios sentimientos y expresarlos, diferenciado entre una emoción negativa y positiva e identificando aquello que la provoco.

En la dimensión física de la calidad de vida, se analiza, en función de la entrevista y encuesta, una percepción subjetiva positiva del estado de salud general, aunque los padres consideren que no ha habido una mejoría en la misma desde que su hijo participa en el grupo de entrenamiento, tampoco indican lo contrario. Su postura corporal, si bien fue distendida, solía realizar movimientos continuos de brazos y pies, cambiando su posición pero permaneciendo en su lugar.

En cuanto a la dimensión psicológica, las respuestas de Carlos indican una estima personal positiva, aunque no utilice demasiados adjetivos para describirse a sí mismo, sus padres señalan que se caracteriza con palabras agradables y se siente a gusto consigo mismo, aspecto que también destaco el adolescente en la entrevista. Son coincidentes, igualmente, las respuestas de ambos para la percepción de las destrezas cognitivas, siendo la misma positiva; y para el indicador de independencia en las acciones, pudiendo, el adolescente, realizar tareas de manera autónoma ("*Compras y Tareas*" indicaron los padres), y solicitar ayuda cuando lo requiere. Carlos es capaz de resolver problemas, como el del mono, pero tiene dificultades para solucionar eficazmente las situaciones de conflicto interpersonal, su respuesta lo demuestra claramente "*Encaro al tipo*", no pudiendo, por tanto, hacer uso de sus habilidades conversacionales, porque su déficit en la Teoría de la Mente le imposibilita comprender estas situaciones sociales y hacer uso de estrategias de resolución intermedias, como

son hablar, preguntar, etc. De esto se deriva, que pueda identificar emociones contrapuestas como el enojo y la felicidad, con pensamientos acordes a ellas, pero no logre reconocer los otros matices emocionales, lo cual se condice con lo analizado a través de las planillas.

En lo que concierne a la dimensión social, para el indicador de desenvolvimiento social se observan nuevamente sus destrezas en las habilidades de interacción y conversacionales, aunque éstas últimas las puede desplegar con mayor facilidad y aptitud cuando el grupo es conocido y de pares, indicando que si bien puede dialogar con personas adultas, esa situación se le hace más difícil de abordar, en tanto, los padres señalan que Carlos no se siente a gusto en el primer contacto con una persona desconocida. Ello no dificulta que pueda establecer relaciones estables y sienta que puede contar con su grupo de amigos cuando tiene un problema, aspecto que merece una opinión contraria para sus padres, y se ve apoyado por los datos obtenidos de la entrevista, cuando Carlos manifiesta los temas de conversación con sus amigos "*…boludeces de la tele. Ricardo Fort*", demostrando diálogos con pocas temáticas de importancia a nivel personal, sin embargo, él los siente significativos y satisfactorios. Lo mismo refleja la entrevista para el compartir situaciones lúdicas o de ocio con ellos, no siendo consistentes las respuestas de los padres en este aspecto, sino más bien contradictorias. Para el indicador del respeto por las opiniones propias y ajenas, los datos arrojados por la encuesta señalan que el mismo es positivo, si bien Carlos aclara "*Depende del tema*". Por último, durante el intercambio, el adolescente puede utilizar algunas expresiones faciales como parte de su repertorio conductual no verbal, esto es reconocido por los padres, por eso el indicador es positivo.

ALBERTO

Alberto demuestra dominar las habilidades básicas para relacionarse con los demás: sonreír más contacto ocular demostrando interés y disfrute por la interacción, y saludar, conductas acompañadas de cortesía y amabilidad. Sin embargo, le cuesta darse a conocer a los demás, ya que no agrego ningún dato a la presentación que realizo de él Marcos. Sin embargo, sus habilidades conversacionales le permiten interacciones efectivas y satisfactorias, logrando iniciar las conversaciones y mantenerlas, respetando los turnos conversacionales, registrando el interés del otro y favoreciendo la

reciprocidad, lo cual le posibilita participar de modo activo y adecuado en conversaciones de grupo, pudiendo unirse a aquellas ya iniciadas y terminarlas de modo cordial. Para las habilidades relacionadas con las emociones, solo pudieron registrarse durante la observación, las conductas específicas de reconocer los sentimientos propios y la incapacidad para expresarlos abiertamente, inclusive dentro de su familia.

En la dimensión física de la calidad de vida, su percepción subjetiva del estado de salud general, es negativa, puesto que solo menciona ser "*Alérgico*", sin poder dar otra descripción de la misma, y en su aspecto postural muestra cierta rigidez durante la entrevista. Los padres consignan que Alberto no presenta problemas de salud y, si bien no reconocen mejorías, tampoco expresan lo contrario.

En la dimensión psicológica, los indicadores de estima hacia si mismo y percepción de las destrezas cognitivas son positivos, en la entrevista y encuesta, en tanto Alberto es capaz de resolver satisfactoriamente aquellos problemas que no involucren conflictos interpersonales, porque en los mismos no puede buscar soluciones adecuadas "*Respondo de igual manera*", esto se deduce de su inflexibilidad de pensamiento y la falla en la Teoría de la Mente; los papas también destacan ese aspecto respondiendo que en ciertas ocasiones puede resolver esos problemas. Esa inflexibilidad, influye también, en la capacidad de Alberto para determinar que actividades realizar de modo autónomo, debido al déficit en las Funciones Ejecutivas, aunque reconoce cuando es necesario pedir ayuda, datos explicitados también en la encuesta. Asimismo, esta explicación es pertinente para el indicador de reconocimiento de emociones, ya que solo puede identificar las básicas, como enojo y felicidad, aunque las ideas que atribuye para provocarlas son situaciones algo banales, debido a la dificultad para hipotetizar sobre hechos no reales y e incapacidad para decodificar la información brindada por las expresiones faciales.

En la dimensión social, para el indicador de desenvolvimiento social, es preciso retomar lo analizado a partir de la observación de la dificultad de Alberto para presentarse a si mismo, no obstante sus habilidades conversacionales le permiten unirse a un dialogo ya iniciado, percibiendo que es más sencillo conversar con adultos que con pares; ello se observa con claridad en el indicador de entablar dialogo con los demás, porque Alberto no puede mencionar específicamente los temas de conversación con su grupo de amigos y compañeros de clases, por tanto, en estas situaciones, fuera del

espacio terapéutico, no logra hacer uso de sus habilidades conversacionales, a su vez, esto le imposibilita respetar las opiniones propias y ajenas, haciéndose presente su dificultad para resolver conflictos interpersonales. Sin embargo, considera que puede establecer relaciones estables, con las cuales comparte algunas actividades de ocio y lúdicas como el fútbol, apreciándose que estas relaciones no se basan en el concepto de amistad socialmente establecido, encontrando satisfacción en otros aspectos, lo cual se atribuye a su déficit en la Teoría de la Mente, explicándose apropiadamente la dificultad para la comunicación social, una de las características del Síndrome de Asperger, íntimamente relacionada al aspecto social – interpersonal. Los padres observan también la dificultad de Alberto para entablar diálogo con personas desconocidas, afectando su desenvolvimiento social, la posibilidad de establecer relaciones estables y participar en actividades de recreación. Aunque consideran, contrariamente a lo analizado a través de la entrevista, que su hijo puede respetar las opiniones ajenas y expresar abiertamente las propias, utilizando la comunicación no verbal, de ser necesario.

5.5 ASPECTOS RECURRENTES EN LOS ANÁLISIS.

Los aspectos que se reiteran en los análisis de los adolescentes, son:

- **En las habilidades sociales:**
    - Habilidades básicas de interacción: Los adolescentes tienen adquiridas y desarrolladas las conductas especificas de contacto ocular, saludar y trato amable y cortés, solo Alberto y Simón no pueden presentarse a si mismos con datos adecuados y precisos, además éste último y Carlos no sonríen durante la interacción (aspecto atribuible a las intervenciones terapéuticas, cuyo modelado no ha sido aun eficaz)
    - Habilidades Conversacionales: todos los individuos que componen la muestra pueden iniciar la conversación o interacción, así como unirse a diálogos ya iniciados. Cuatro de ellos, terminan la conversación de modo amistoso, a excepción de Simón, quien junto a Marcos no pueden mantener un intercambio satisfactorio para si mismo y su interlocutor, por los excesos sociales que suelen tener, los otros tres adolescentes logran un buen desempeño en esa conducta. Dicha dificultad para mantener el dialogo, es consecuencia del déficit en las conductas de

respeto en los turnos conversacionales, en registrar el interés del otro y en adecuarse al contexto e interlocutor, lo que obstaculiza el intercambio en grupo y la reciprocidad. Esteban no puede conversar en grupo cuando el dialogo se centra en temas de su interés, no respetando los turnos y dominando el intercambio.

Simón y Esteban no comprenden la comunicación no verbal, en tanto Marcos y Carlos si.

- Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos: estas habilidades hacen referencia a la identificación y resolución de conflictos interpersonales, lo cual implica buscar soluciones, anticipar las consecuencias de cada una, defender las opiniones propias y respetar las ajenas, entre otras. Por medio de la planilla de observación se advierte el déficit en Simón y Esteban, pero complementando ese instrumento con la entrevista, se reconoce el mismo indicador en Marcos, Carlos y Alberto, debido a que se requiere de la destreza en las demás habilidades, porque estas situaciones sociales son complejas y la falla en la Teoría de la Mente no les permite comprender las mismas.
- Habilidades de Juego: solo pudieron ser observadas en Simón y Esteban. El primero presenta un déficit en las mismas, ya que si bien puede unirse al juego de otros, lo hace de modo pasivo, en tanto Esteban tiene desarrolladas mas conductas especificas, lo que le permite un mejor desempeño, no obstante su baja tolerancia a la frustración puede ocasionarles algunas dificultades por su competitividad.
- Habilidades relacionadas con las Emociones: la mayoría de los adolescentes pueden reconocer sus propios sentimientos, pero tienen dificultades para expresarlos abierta y contextualmente. Además, Simón y Esteban no demuestran empatía hacia los sentimientos de los demás, esto se debe a que ambos, en la entrevista, reconocen todas las emociones de acuerdo a las expresiones faciales, pero no logran atribuir el estado interno que las provoca, por su falla en la Teoría de la Mente.

- **En la calidad de vida:**
    - Dimensión Física: en Simón y Alberto, la percepción del estado de salud general es negativo, acompañado esto por una postura rígida y cierta descoordinación motriz, en cambio los otros tres adolescentes tienen una percepción subjetiva positiva, con postura distendida, salvo Carlos que presenta inquietud motora, posible trastorno comórbido al SA.
    - Dimensión Psicológica: Marcos, Carlos y Alberto tienen una estima positiva y equilibrada hacia si mismos, en tanto Esteban demuestra una estima un poco alta y en Simón es baja. Todos los adolescentes expresan una percepción positiva de sus destrezas cognitivas, pudiendo resolver situaciones problemáticas en las que no se ven involucrados, a excepción de Simón que no logra solucionarlas satisfactoriamente. Sin embargo, es común a los cinco la incapacidad para resolver conflictos sociales por su falla en la Teoría de la Mente, y consecuentemente, su inflexibilidad de pensamiento, obstaculizando la puesta en juego de los múltiples procesos cognitivos y habilidades sociales necesarias en ese ámbito complejo. Ello provoca que Simón y Esteban (como se menciono mas arriba) logren reconocer las emociones, pero no el pensamiento que las provoca, en tanto los otros tres adolescentes solo reconocen las emociones opuestas y el estado interno que las ocasiono, no alcanzando la generalización de esa destreza.

      Tres de los individuos, son autónomos en la realización de sus acciones cotidianas, salvo Simón y Alberto que muestran más dependencia hacia los demás, posiblemente a causa de la falta de acompañamiento familiar, que les imposibilita generalizar ese aspecto a los demás contextos y generar sentimientos de seguridad personal, requiriendo de la aprobación y ayuda en sus actividades.
    - Dimensión Social: tanto Alberto como Simón no tienen un desenvolvimiento social satisfactorio, Marcos y Carlos alcanzan el mismo cuando el grupo es conocido, siendo Esteban quien puede

emplear con mayor destreza sus habilidades de interacción. En términos generales, el no tener adquiridas todas las conductas especificas de las habilidades conversacionales, obstaculiza el establecimiento de diálogos agradables y con intercambio de ideas y opiniones, ya que a todos, excepto Marcos, no pueden respetar las opiniones ajenas y defender las propias, porque la inflexibilidad de pensamiento les imposibilita considerar la existencia de diversidad de alternativas.

En los cinco, se observa la dificultad para establecer relaciones estables, que no solo se debe al déficit social que caracteriza al Síndrome, sino a la conceptualización que los adolescentes tienen de la amistad. Desde su percepción subjetiva, la mayoría de ellos, tiene un grupo de amigos con el que comparte algunas actividades o situaciones lúdicas, en las cuales en realidad tienen un rol pasivo, pero justamente esa es su definición de amistad: compartir un tiempo y espacio y no así otros aspectos importantes de su vida, sencillamente porque ello no les causa interés y el ser más activo, demanda mayor competencia social, aspecto que les puede ocasionar ansiedad.

- Las encuestas de los papas, en la gran mayoría de los ítems, coincidían con lo manifestado por sus hijos en la entrevista, observándose congruencia entre los datos. Además, hay que destacar las coincidencias entre las respuestas de las encuestas para los siguientes ítems: utilizar palabras agradables para describirse a sí mismo; capacidad para realizar las actividades diarias; identificar y diferenciar entre una emoción agradable y desagradable; capacidad para solicitar ayuda; expresión de las opiniones; dificultad para interactuar en un lugar nuevo o con una persona desconocida; no compartir actividades de recreación con otros/as chicos/as; falta de grupo de amigos que sirva de soporte y al cual recurrir en caso de tener un problema.

- **En los datos contextuales:**
    - Todos los individuos de la muestra recibieron su diagnóstico en forma tardía.
    - Tres de las familias acompañan de cerca el tratamiento, favoreciendo un abordaje integral, considerando no solo lo conductual sino también lo relacional, y la posible generalización de lo aprendido en el entrenamiento.
    - Dos de los adolescentes han sufrido bullying, ocasionando cambios en su vida cotidiana, desde mudanza hasta la escolaridad en el hogar, reduciendo las situaciones de intercambio social con pares conocidos por el cambio contextual e inclusive forzándolos a adaptarse al mismo. A su vez, ese escenario de violencia, dio origen a ciertas conductas en los adolescentes como modos de defensa ante el ataque, volviéndolos intolerantes ante determinadas circunstancias.

DISCUSIÓN

La vida de las personas acontece en un contexto social, el cual les demanda competencia social para adaptarse satisfactoriamente y mantener relaciones saludables, y así lograr bienestar físico, personal y relacional, alcanzando el estándar de calidad de vida. Sin embargo, esta situación puede tornarse difícil para quienes tienen déficits en las habilidades sociales específicas, como es el caso de las personas con Síndrome de Asperger, que se valen de estrategias y recursos aprendidos en la situación terapéutica de entrenamiento en dichas habilidades para mejorar sus destrezas sociales. Para ello deben aprender de forma explícita como procesar la información intra e interpersonal, puesto que su modo de ver el mundo es distinto y no comprenden el significado del intercambio social y de la comunicación no verbal.

El grupo de entrenamiento en habilidades sociales se constituye en un espacio de aprendizaje y ensayo ecológico para las personas con Síndrome de Asperger, debido a que en dicho contexto terapéutico, no solo se ven favorecidas por los intercambios espontáneos que surgen de la dinámica grupal, sino que también se les da la posibilidad de ensayar sus conductas diarias dentro de una situación contralada por terapeutas que implementan diversidad de intervenciones para modelar las conductas más adecuadas socialmente, de acuerdo a las necesidades y funcionalidad para el perfil de cada paciente, familia y entorno. A su vez, planifican sesiones fuera del consultorio para favorecer la generalización de lo aprendido, indispensable sobre todo en pacientes con Asperger, por su nivel de compromiso en la comunicación, flexibilidad de pensamiento e imaginación social. Sin embargo, se requiere del apoyo de los demás contextos en los que la persona se desempeña a diario para que esa generalización sea efectiva y el entrenamiento resulte exitoso, basado en la certeza de que las habilidades sociales incluyen elementos no solo cognitivos, sino también afectivos y emocionales, tanto en el paciente como en su familia, puesto que los padres están en condiciones de modelar conductas adaptativas. Para lograr esa participación activa y comprometida deben trabajar las fortalezas y debilidades de su hijo, tomando conciencia de las conductas que caracterizan al Síndrome de Asperger.

La generalización de algunas habilidades, en los grupos estudiados, aun no se produjo, en especial, la resolución de conflictos interpersonales, una de las más complejas, porque implica destrezas en las demás (conversacionales, reconocimiento de

emociones y juego) y en las Funciones Ejecutivas y Teoría de la Mente, aspectos no reconocibles en los casos analizados, caracterizados mas bien por la inflexibilidad cognitiva, la dificultad para hipotetizar y decodificar la información brindada por algunos componentes de la comunicación no verbal, como las expresiones faciales. Ello provoca que no logren comprender la necesidad de relacionarse con los demás, obstaculizando el establecimiento de relaciones estables. Por su particular forma de procesar la información y comprender el mundo social, pueden considerar que si las tienen, fundamentándose en un concepto de amistad que no es el establecido convencionalmente, y en función del mismo entienden su desempeño social, lo cual no implica falta de conciencia de su dificultad.

En relación a los trabajos de investigación recabados en el estado del arte, los cuales si bien no relacionan las mismas variables propuestas en esta tesis, si pueden hallarse algunas coincidencias, a saber:

- La mejoría en algunas habilidades sociales y en la autoestima de las personas que participan en grupos de entrenamiento en habilidades sociales, en el caso del estudio de Díaz Sabaja et al. (2007) mediados por la actividad creativa y teatral.
- La necesidad de poseer ciertas habilidades principales para el desempeño social, expuestas en la investigación de Merino Martínez et al. (2008).
- Conciencia que poseen los adolescentes con Síndrome de Asperger de sus dificultades y de maltratos que pueden sufrir debido a ello. (Granizo, Naylor & Del Barrio, 2006)

CONCLUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación ha sido indagar y descubrir cuales son los beneficios que brindan los grupos de entrenamiento en la calidad de vida de las personas con Síndrome de Asperger. En función de los datos recogidos se han extraído las siguientes conclusiones.

Considerando el tiempo de tratamiento de cada adolescente, aquellos que han tenido un acompañamiento familiar cercano, favoreciendo un trabajo integral e interdisciplinario, han mostrado avances estables y funcionales. Sin embargo, la falta de generalización en ciertas habilidades afecta directamente a la *dimensión social* de la calidad de vida, que requiere destrezas en las habilidades más complejas y adaptación a normas y convenciones sociales de difícil comprensión para las personas con Asperger, lo que obstaculiza relaciones interpersonales estables y satisfactorias y el desempeño de roles sociales flexibles y adecuados contextualmente. Mientras que la *dimensión psicológica*, al referirse a estados internos y percepciones personales subjetivas, se ve favorecida, así como la *física* (si bien en este trabajo se la ha tomado en términos generales y subjetivos). Por tanto, al conceptualizar a la calidad de vida desde un modelo ecológico, se reconoce que los adolescentes experimentan subjetivamente cierto bienestar personal aunque las interacciones que mantienen con el contexto sean esporádicas, aspecto satisfactorio desde su percepción. Pero al conjugarla con lo objetivo, ello impide que se integren activamente en la sociedad y disminuyan sus limitaciones funcionales, no logrando encontrar placer en las relaciones interpersonales, lo que favorecería, a la vez, su desarrollo personal.

Cabe contemplar como factor interviniente el diagnóstico, puesto que en todos los casos estudiados fue tardío. De haberse diagnosticado la condición de Asperger tempranamente, se podrían abordar con mayor prematurez las conductas características, realizando un trabajo no solo terapéutico, sino también preventivo, evitando situaciones estresantes y angustiantes como por ejemplo mudanzas, bullying, escolaridad en el hogar.

Futuras investigaciones podrán indagar que obstaculiza específicamente la generalización de algunas habilidades; como influye concretamente en la calidad de vida de la persona con Asperger el haber sido víctima de bullying, situación presente en dos de los adolescentes de la muestra; que beneficios en la calidad de vida se puede apreciar

en otras poblaciones que participen de grupos de entrenamiento en habilidades sociales, porque es una estrategia aplicable en otros cuadros con déficits social; e inclusive estudiar los grupos de entrenamiento en Paraná, una vez que dicho espacio terapéutico se formalice.

El presente estudio es de carácter exploratorio, descriptivo y sincrónico, con una muestra pequeña, limitaciones que se reconocen y deben considerarse en estas conclusiones. Inclusive, en algunos casos de Asperger, es difícil determinar el perfil individual luego de un tiempo de tratamiento, lo que indica que no es adecuado hacer generalizaciones para toda la población con este Síndrome. No obstante, este trabajo investigativo presenta temáticas y datos innovadores, actuales y adecuados al ámbito regional, aportando conocimientos significativos para los profesionales que desean desempeñarse en esta área y generadores de nuevas investigaciones. Y desde el marco específico de la Psicopedagogía se hace inevitable la mención del concepto de aprendizaje, en este caso definido como un proceso complejo y progresivo de adquisición y generalización de habilidades sociales con el objetivo de mejorar la competencia social de los adolescentes con Asperger. Para abordarlo es necesario un trabajo integral e interdisciplinario, debido a la naturaleza propia del Síndrome, de las habilidades sociales y de las limitaciones de cada disciplina.

Johanna E. Siboldi

CUESTIONES ACTUALES ACERCA DEL SÍNDROME DE ASPERGER

NOVEDADES ASPERGER- ABRIL DE 2010/AÑO 2/ BOLETIN Nº 7

Una publicación de Asociación Asperger Argentina

Editorial

Es sabida la actual polémica creada a partir de la nueva redacción del DSM-V, ya que han decidido que desaparezca el síndrome de Asperger como trastorno diferenciado e identificable por ese nombre.
El DSM-V pretende incluirlo en eso que llaman Trastorno del Espectro Autista, dentro de una única denominación: Trastorno autista.
Es posible que no prospere esa pretensión, debido a que hay todo un sólido entorno social alrededor de dicho síndrome: asociaciones locales, nacionales e internacionales, congresos y seminarios, cursillos, guías escolares, libros, investigaciones y estudios, pruebas y escalas, y lo que es más importante, la aceptación tanto de familias como de los propios afectados, de ese diagnóstico, llamándose a sí mismos, incluso con orgullo, “aspies”.
Sabemos que existe toda una connotación social alrededor del término Autista, que por desconocimiento genera confusión y mala predisposición a las autoridades escolares en la temprana edad del niño, y a empleadores en la adultez de los afectados por el SA.
A algunos nos pasó que se acercan docentes que han leído algo acerca del síndrome y nos dicen: "que raro, no parece autista". Obviamente… no es autista!!
Ha costado mucho esfuerzo y hemos dado muchas explicaciones para que, por voluntad de un grupo de profesionales, de golpe carezca de sentido lo que tantas asociaciones de todo el mundo hemos construido en estos años.
No tenemos intención de debatir o refutar los argumentos científicos que pueda tener la modificación propuesta, no es esa nuestra misión, pero consideramos necesario dar a conocer nuestro punto de vista al respecto y las connotaciones negativas que pueda tener para las personas afectadas con el síndrome de Asperger y su entorno familiar.
La Asociación Asperger Argentina, está confeccionando un documento reclamando que no desaparezca el síndrome de Asperger en el nuevo manual de psiquiatría, el que remitiremos a los encargados de la redacción del nuevo DSM-V.
Existe la posibilidad de dirigir propuestas, aunque sean quejas, incluso de particulares a los responsables de la redacción del DSM-V: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx .
Asimismo solicitamos apoyo para que no desaparezca el síndrome de Asperger en la redacción del DSM-V, enviando sus datos personales y comentarios a través de

info@asperger.org.ar. Comisión Directiva.

Investigación Sobre Síndrome de Asperger en Argentina

El Departamento de Física de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires cuenta con el Laboratorio de Neurociencia Integrativa. Desde fines del 2008 el Grupo de Cognición social de dicho laboratorio, lleva adelante una investigación sobre el Síndrome de Asperger.
El objetivo es:
-Estudiar el sustrato fisiológico de la cognición social por medio de estudios comportamentales, de resonancia magnética -estructural y funcional- y electroencefalografía en sujetos neurotípicos.
-Los mismos estudios en personas con Síndrome de Asperger para efectuar comparaciones.
El Grupo está conformado por el Dr. Bruno Wicker, quien vino de Francia y fue quien armó el equipo junto al Dr. Mariano Sigman (ambos dirigen el grupo) y por el Dr. Pablo Barttfeld y el Dr. Sebastián Cukier, entre algunos de sus principales colaboradores.

Más información accediendo la página www.neurociencia.df.uba.ar
En el próximo boletín les informaremos algo más sobre sus actividades.

NOVEDADES ASPERGER- MAYO DE 2010/AÑO 2/ BOLETIN Nº 8

Una publicación de Asociación Asperger Argentina

Investigación sobre Síndrome de Asperger- 2º Parte-

De acuerdo a lo prometido, continuamos con la exposición de las actividades que un grupo de jóvenes profesionales está realizando en Argentina sobre el Síndrome de Asperger.
He aquí las palabras del biólogo Pablo Barttfeld:
"En el Laboratorio de Neurociencia Integrativa estamos realizando las siguientes investigaciones con el objetivo de comprender el Síndrome de Asperger.
1- Estudios comportamentales. Consisten en "juegos de computadora", en los que la persona voluntaria responde ante ciertos estímulos en pantalla, de acuerdo a la consigna del investigador. Esto nos permite estudiar temas de percepción visual y toma de decisiones.
2- Estudios de electroencefalografía. El laboratorio cuenta con un electroencefalógrafo de 128 canales de última generación, que mide el potencial eléctrico natural del cuero cabelludo, producto de la actividad neuronal. Mediante esta tecnología, estudiamos conectividad cerebral, es decir, cuánto se comunican y conectan entre sí las distintas áreas cerebrales, en situaciones de

reposo con ojos cerrados y en situaciones de percepción de estímulos visuales. 3- Estudios de resonancia magnética: En colaboración con el instituto FLENI, realizamos estudios con resonancia magnética funcional y estructural, con el mismo objetivo que los estudios de electroencefalografía, esta técnica nos permite evaluar nivel de conexionado cerebral, con gran detalle espacial, característica que la electroencefalografía no posee. 4- Medición del movimiento ocular. El laboratorio cuenta además con técnicas para medir el movimiento ocular, lo cual permite registrar como miramos la pantalla de una computadora presentando distintos estímulos (figuras sencillas, situaciones sociales, etc.). Combinando estas distintas herramientas, el objetivo es plantear y evaluar hipótesis sobre el Síndrome de Asperger a fin de obtener conocimiento teórico sobre el mismo."

ESCALA AUSTRALIANA DEL SINDROME DE ASPERGER

Instrucciones.
Conteste todas las preguntas. Cada pregunta o afirmación tiene una clasificación, en el que "0" representa el nivel ordinario que se espera de un niño de esta edad.
Puede ser contestado por padres y/o maestros.
Está prueba es absolutamente confidencial

Preguntas	0	1	2	3	4	5	6
=Solo una respuesta por renglón=		**Rara Vez**			**Frecuentemente**		
I. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES							
1. ¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? por ejemplo, ¿Ignora las reglas no escritas sobre juego social?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en la hora del recreo o almuerzo ¿evita el niño el contacto social con los demás? por ejemplo, busca un lugar retirado o se va a la biblioteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? por ejemplo, hacer un comentario personal a alguien sin ser consciente de como el comentario puede ofender a otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.¿Carece el niño de empatía, es decir, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? por ejemplo, no darse cuenta que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? por ejemplo, no darse cuenta que usted no puede saber acerca de algún tema en concreto porque usted no estaba con el niño en ese momento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian cosas, o algo le sale mal?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? por ejemplo, el niño muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.¿Carece el niño de precisión en sus expresiones o emociones? por ejemplo, no ser capaz de entender los niveles de expresión emocional apropiados para diferentes personas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. ¿Carece el niño de interés en participar juegos, deportes o actividades competitivos? 0 significa que el niño disfruta de ellos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? 0 significa que el niño sigue las últimas modas en, por ejemplo, juguetes o ropas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
II. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN							
11. ¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? por ejemplo, se ve confundido por frases del tipo "estás frito", "las miradas matan", o "muérete	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ¿Muestra en niño un tono de voz no usual por ejemplo, que parezca tener un acento "extranjero" o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Cuando se conversa con él ¿Mantiene el niño menos contacto ocular del que cabría esperar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? por ejemplo, habla de manera formal o como un diccionario andante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Presenta el niño problemas para reparar una conversación? por ejemplo, cuando el niño está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le es familiar, o tarda un tiempo indecible en pensar una respuesta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
III. HABILIDADES COGNITIVAS							
16. ¿Lee el niño libros en busca de información, sin parecer interesarle los temas de ficción? por ejemplo, es un ávido lector de enciclopedias y de libros de ciencias, pero no le interesan las historias de aventuras.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? por ejemplo, recordar la matrícula de hace varios años del coche del vecino, o recordar en detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ¿Carece el niño de juego imaginativo social? por ejemplo, no incluye a otros niños en sus juegos imaginarios, o se muestra confuso por los juegos de imaginación de otros niños.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IV. INTERESES ESPECÍFICOS							
19. ¿Está el niño fascinado por un tema en particular, y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema de interés? por ejemplo, el niño se convierte en una enciclopedia andante en conocimientos sobre vehículos, mapas, o clasificaciones de ligas deportivas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ¿Se muestra el niño exageradamente molesto por cambios en su rutina o expectativas? por ejemplo, se angustia si va a la escuela por una ruta diferente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? por ejemplo, alinear todos sus juguetes antes de irse a dormir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V. HABILIDADES EN MOVIMIENTOS							
22. ¿Mira de manera fija al vacío o anda como si no supiera donde va? ¿Tiene el niño una coordinación motriz pobre? por ejemplo, no puede atrapar un balón	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 ¿Tiene el niño un modo extraño de correr?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. OTRAS CARACTERÍSTICAS	
En esta sección, indique si el niño ha presentado alguna de las siguientes características:	
1. Miedo o angustia inusual debidos a:	
- Sonidos ordinarios, p.ej: aparatos eléctricos domésticos	☐
- Caricias suaves en la piel o en el cabello	☐
- Llevar puestos algunas prendas de ropa en particular	☐
- Ruidos no esperados	☐
- Ver ciertos objetos	☐
- Lugares atestados o ruidosos, p.ej: supermercados	☐
2. Tendencia a balancearse o a aletear cuando está excitado o angustiado	☐
3. Falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor	☐
4. Adquisición tardía del lenguaje	☐
5. Tics o muecas faciales no inusuales	

CAST

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Orden de nacimiento: _____

Parto de mellizos o parto único: _____

Nombre de los padres:_____

Profesión de los padres: _____

Edad de los padres en el momento de abandonar su educación a tiempo completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Centro: _____

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se presentan y haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada. Todas las respuestas son confidenciales.

1 ¿Le resulta fácil participar en los juegos con los otros niños?	SI	NO
2 ¿Se acerca de una forma espontánea a usted para conversar?	SI	NO
3 ¿Comenzó el niño a hablar antes de cumplir los dos años?	SI	NO
4 ¿Le gustan los deportes?	SI	NO
5 ¿Da el niño importancia al hecho de llevarse bien con otros niños de la misma edad y parecer como ellos?	SI	NO
6 ¿Se da cuenta de detalles inusuales que otros niños no observan?	SI	NO
7 ¿Tiende a entender las cosas que se le dicen literalmente?	SI	NO
8 A la edad de 3 años ¿pasaba mucho tiempo jugando imaginativamente juegos de ficción?. Por ejemplo, imaginando que era un superhéroe, u organizando una merienda para sus muñecos de peluche?	SI	NO
9 ¿Le gusta hacer las cosas de manera repetida y de la misma forma todo el tiempo?	SI	NO
10 ¿Le resulta fácil interactuar con otros niños?	SI	NO
11 ¿Es capaz de mantener una conversación recíproca?	SI	NO
12 ¿Lee de una forma apropiada para su edad?	SI	NO
13 ¿Tiene los mismos intereses, en general, que los otros niños de su misma edad?	SI	NO
14 ¿Tiene algún interés que le mantenga ocupado durante tanto tiempo que el niño no hace otra cosa?	SI	NO

15 ¿Tiene amigos y no sólo "conocidos"?	SI	NO
16 ¿Le trae menudo cosas con las que está interesado con la intención de mostrárselas?	SI	NO
17 ¿le gusta bromear?	SI	NO
18 ¿Tiene alguna dificultad para entender las reglas del comportamiento educado?	SI	NO
19 ¿Parece tener una memoria excepcional para los detalles?	SI	NO
20 ¿Es la voz del niño peculiar? (demasiado adulta, aplanada y muy monótona?	SI	NO
21 ¿Es la gente importante para él?	SI	NO
22 ¿Puede vestirse él sólo?	SI	NO
23 ¿Muestra una buena capacidad para esperar turnos en la conversación	SI	NO
24 ¿Juega el niño de forma imaginativa con otros niños y participa en juegos sociales de roles?	SI	NO
25 ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o inapropiados socialmente?	SI	NO
26 ¿Puede contar hasta cincuenta sin saltarse números?	SI	NO
27 ¿Mantiene un contacto visual normal?	SI	NO
28 ¿Muestra algún comportamiento repetitivo e inusual?	SI	NO
29 ¿Es su conducta social muy unilateral y siempre acorde a sus propias reglas y condiciones?	SI	NO
30 ¿utiliza algunas veces los pronombres "tú" y "él/ella" en lugar de "yo"?	SI	NO
31 ¿Prefiere las actividades imaginativas como los juegos de ficción y los cuentos en lugar de números o listas de información?	SI	NO
32 En una conversación, ¿confunde algunas veces al interlocutor por no haber explicado el asunto del que está hablando?	SI	NO
33 ¿Puede montar en bicicleta (aunque sea con ruedas estabilizadoras)?	SI	NO
34 ¿Intenta imponer sus rutinas sobre sí mismo o sobre los demás de tal forma que causa problemas?	SI	NO
35 ¿Le importa al niño la opinión que el resto del grupo tenga de él?	SI	NO
36 ¿Dirige a menudo la conversación hacia sus temas de interés en lugar de	SI	NO

continuar con lo que la otra persona desea hablar?		
37 ¿Utiliza frases inusuales o extrañas?	SI	NO
Sección de necesidades especiales Por favor, completar cuando sea apropiado		
38 ¿Han expresado sus profesores o profesionales clínicos alguna preocupación acerca de su desarrollo?	SI	NO
39 ¿Se le ha diagnosticado alguna vez de alguna de las siguientes condiciones?		
Retraso de lenguaje	SI	NO
Hiperactividad/ Trastorno Hipercinético	SI	NO
Problemas de oído o visión	SI	NO
Una discapacidad física	SI	NO
Otros (especifique, por favor):	SI	NO

ESCALA DE COMPORTAMIENTO ASERTIVO PARA NIÑOS- CABS-

(Michelson et al., 1987, pp. 204-209)

En el cuestionario se describen varias situaciones y las posibles respuestas que daría un niño. De sus observaciones en los dos últimos meses, por favor, seleccione la respuesta que mejor describa la respuesta habitual del niño ante las situaciones dadas. Por favor, considere cada situación y sus respuestas alternativas de forma objetiva y precisa. Se le pedirá que conteste la forma en que respondería el niño ante 1) otro niño y 2) un adulto. De esta forma, se necesitan dos respuestas para cada pregunta; una en relación a la forma en que reacciona el niño ante otro niño y, la segunda, en relación a la forma en que reacciona ante un adulto (padres, maestros, miembros del personal, voluntarios…) Se mantendrá una discreción absoluta y toda la información será únicamente utilizada con propósitos clínicos. Por lo tanto, es esencial que sus respuestas estén basadas específicamente en el comportamiento del niño.

NO ESCRIBA EN EL CUADERNILLO DE PREGUNTAS. ESCRIBA SOLO EN LA HOJA DE RESPUESTAS

1. Alguien le dice al niño "Creo que eres una persona muy simpática". ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "No, no soy tan simpático".
(b) Decir: "Sí, creo que soy el mejor".
(c) Decir: "Gracias".
(d) No decir nada y ponerse colorado.
(e) Decir: "Gracias, es cierto que soy muy simpático".

2. Alguien ha hecho algo que el niño cree que está muy bien. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Comportarse como si no estuviera tan bien y decir: "No está mal".
(b) Decir: "Esta bien, pero he visto mejores que éste".
(c) No decir nada.
(d) Decir: "Yo puedo hacerlo mucho mejor".
(e) Decir: "Está muy bien".

3. El niño esta haciendo algo que le gusta y cree que está muy bien. Alguien le dice: "No me gusta". ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Eres estúpido".

(b) Decir: "Yo creo que está muy bien".

(c) Decir: "Tienes razón", aunque en realidad no lo creyera.

(d) Decir: "Creo que es fantástico. Además, ¿Tú que sabes?".

(e) Sentirse herido y no decir nada.

4. El niño se olvida de llevar algo que se suponía debía llevar y alguien le dice "¡Eres un tonto! Olvidarías tu cabeza si no fuera porque la tienes atornillada!" ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "De todas formas, yo soy más listo que tú, además, ¿tú que sabes?".

(b) Decir: "Sí, tienes razón; algunas veces parezco tonto".

(c) Decir: "Si hay alguien tonto, ese eres tú".

(d) Decir: "Nadie es perfecto. No soy tonto sólo porque me haya olvidado algo".

(e) No decir nada o ignorarlo

5. Alguien con quien se tenía que encontrar el niño llega media hora de retraso, hecho que hace que el niño este molesto. Esa persona no da ninguna explicación de su retraso. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Me molesta que me hagas esperar de esta manera".

(b) Decir: "Me preguntaba cuando llegarías".

(c) Decir: "Esla ultima vez que te espero".

(d) No decirle nada

(e) Decir: "¡Eres un fresco! ¡Llegas tarde!".

6. El niño necesita que alguien le haga un favor. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) No pedirlo.

(b) Decir: "Tienes que hacer esto por mí".

(c) Decir: "¿Me harías un favor?" y entonces explicaría lo que quiere.

(d) Hacer una pequeña insinuación de que necesita que le hagan un favor.

(e) Decir: "Quiero que hagas esto por mí".

7. El niño sabe que alguien está preocupado. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) "Pareces preocupado. ¿Puedo ayudarte?".

(b) Estar con esa persona y no hacerle ningún comentario sobre su preocupación.

(c) Decir: "¿Qué pasa contigo?".

(d) No decirle nada y dejarlo solo.

(e) Reírse y decirle: "Eres un crío".

8. El niño está preocupado y alguien le dice "Parecer preocupado". ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) No decir nada.

(b) Decir: "¡A ti qué te importa!".

(c) Decir: "Si, estoy preocupado. Gracias por interesarte por mí".

(d) Decir: "No es nada".

(e) Decir: "Estoy preocupado. ¡Déjame solo!".

9. Alguien comete un error y culpan al niño. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir "¡Estás loco!"

(b) Decir: "No es culpa mía. Lo ha hecho otra persona"

(c) Decir: "No creo que sea culpa mía".

(d) Decir: "¡Yo no he sido! ¡No sabes de lo que estás hablando!".

(e) Aceptar la culpa o no decir nada.

10. Alguien le pide al niño que haga algo, pero el niño no sabe qué es lo que tiene que hacer. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Esto no tiene ningún sentido. No quiero hacerlo".

(b) Hacer lo que le pide la persona y no decir nada.

(c) Decir: "Esto es una tontería. ¡No voy a hacerlo!".

(d) Antes de hacerlo, diría: "No comprendo por qué quieres que haga esto".

(e) Decir: "Si esto es lo que quieres que haga" y hacerlo.

11. Alguien elogia al niño por algo que hizo diciéndole que es fantástico. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Sí, generalmente lo hago mejor que la mayoría".

(b) Decir: "No, no está tan bien".

(c) Decir: "Es cierto. Soy el mejor".

(d) Decir: "Gracias".

(e) Ignorarlo y no decir nada.

12. Alguien ha sido muy amable con el niño. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Has sido muy amable conmigo. Gracias".

(b) Comportarse como si la persona no hubiera sido tan amable y decirle: "Si, gracias"

(c) Decir: "Me has tratado bien, pero me merezco mucho más".

(d) Ignorarlo y no decir nada.

(e) Decir: "¡No me tratas todo lo bien que debieras!"

13. El niño está hablando muy alto con un amigo, y alguien le dice: "Perdona, pero haces mucho ruido". ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Dejar de hablar inmediatamente.

(b) Decir: "Si no te gusta ¡Lárgate!" y continuar hablando alto.

(c) Decir: "Lo siento. Hablaré más bajo" y entonces hablar en voz baja.

(d) Decir: "Lo siento" y dejar de hablar.

(e) Decir: "Muy bien" y continuar hablando alto.

14. El niño está haciendo cola y alguien se cuela delante de él. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Hacer comentarios en voz baja, como por ejemplo: "Algunas personas tienen mucha cara", sin decir nada directamente a esa persona.

(b) Decir: "¡Vete al final de la cola!".

(c) No decir nada a esa persona.

(d) Decir en voz alta: "¡Imbécil, vete de aquí!".

(e) Decir: "Yo estaba primero. Por favor, vete al final de la cola".

15. Alguien hace algo que al niño no le gusta, lo que provoca su enfado. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Gritar: "¡Eres un imbécil! ¡Te odio!".

(b) Decir: "Estoy enfadado. No me gusta lo que has hecho".

(c) Actuar como si se sintiera herido pero no decir nada a esa persona.

(d) Decir: "Estoy furioso. No me caes bien".

(e) Ignorarlo y no decir nada a esa persona.

16. Alguien tiene algo que el niño quiere utilizar. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir a la persona que se lo diera.

(b) No pedírselo.

(c) Quitárselo.

(d) Decir a esa persona que le gustaría utilizarlo y entonces pedírselo.

(e) Hacer un comentario sobre ello, pero no pedirlo.

17. Alguien le pide algo prestado al niño, pero es nuevo y el niño no lo quiere prestar. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "No, es nuevo y no quiero prestarlo. Quizá en otra ocasión.

(b) Decir: "No me hace mucha gracia prestarlo, pero puedes cogerlo".

(c) Decir: "No ¡Cómprate uno!".

(d) Prestarlo aunque no quisiera hacerlo.

(e) Decir: "¡Estás loco!".

18. Alguien esta hablando sobre un pasatiempo que al niño le gusta mucho. El niño quiere participar y decir algo. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) No decir nada.

(b) Interrumpir e inmediatamente empezar a contar lo bien que él hace ese pasatiempo.

(c) Acercarse al grupo y participar en la conversación cuando fuera posible.

(d) Acercarse al grupo y esperar a que se dieran cuenta de su presencia.

(e) Interrumpir e inmediatamente empezar a contar lo mucho que le gusta ese pasatiempo.

19. El niño está haciendo un pasatiempo y alguien le pregunta: "¿Qué haces?". ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Oh, una cosa" o "Oh, nada".

(b) Decir: "No me molestes ¿No ves que estoy ocupado?".

(c) Continuar haciendo el pasatiempo y no decir nada.

(d) Decir: "¡A ti que te importa!".

(e) Dejar de hacer el pasatiempo y explicar lo que hace.

20. El niño ve que alguien se tropieza y cae al suelo. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Reírse y decir: "¿Por qué no miras por dónde vas?".

(b) Decir: "¿Estas bien? ¿Puedo hacer algo?".

(c) Preguntar: "¿Qué ha pasado?".

(d) Decir: "Así son las caídas".

(e) No hacer nada e ignorarlo.

21. El niño se golpea la cabeza con una estantería y le duele. Alguien le dice: "¿Estás bien?". ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Estoy bien. Déjame solo".

(b) No decir nada e ignorar a la persona.

(c) Decir: "¿Por qué no metes las narices en otra parte?".

(d) Decir: "No, me he golpeado la cabeza. Gracias por preguntar".

(e) Decir: "No es nada. Estoy bien".

22. El niño comete un error y culpan a otra persona. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) No decir nada.

(b) Decir: "Es culpa suya".

(c) Decir: "Es mi culpa".

(d) Decir: "No creo que sea culpa de esa persona".

(e) Decir: "Tiene mala suerte".

23. El niño se siente insultado por algo que ha dicho alguien. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Irse y no decir nada sobre su enfado.

(b) Decirle a esa persona que no lo vuelva a hacer.

(c) No decir nada a esa persona aunque se sintiera insultado.

(d) Insultar a esa persona.

(e) Decir a esa persona que no le gusta lo que ha dicho y pedirle que no vuelva a hacerlo.

24. Alguien interrumpe constantemente al niño mientras esta hablando. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Perdona, me gustaría terminar de decir lo que estaba contando".

(b) Decir: "No es justo ¿No puedo hablar yo?".

(c) Interrumpir a la otra persona empezando a hablar otra vez.

(d) No decir nada y dejar que la otra persona continuara hablando.

(e) Decir: "¡Cállate! ¡Estaba hablando yo!".

25. Alguien le pide al niño que haga algo que le impide hacer lo que realmente desea. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "Tengo otros planes, pero hare lo que quieras".

(b) Decir: "¡De ninguna manera! Búscate a otro".

(c) Decir: "¡Oh bueno! Haré lo que tú quieres".

(d) Decir: "Olvídate de eso. ¡Lárgate!".

(e) Decir: "Tengo otros planes. Quizá la próxima vez".

26. El niño ve a alguien con quien le gustaría encontrarse. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Llamar a gritos a esa persona y pedirle que se acercase.

(b) Ir hacia esa persona, presentarse y empezar a hablar.

(c) Acercarse a esa persona y esperar para empezar a hablar.

(d) Ir hacia esa persona y empezar a hablarle sobre sus logros personales.

(e) No decir nada a esa persona.

27. Alguien a quien no conoce el niño le para y le saluda. ¿Qué haría/diría, generalmente, el niño?:

(a) Decir: "¿Qué quieres?".

(b) Decir: "No me molestes. ¡Lárgate!".

(c) No decir nada.

(d) Decir: "¡Hola!, presentarse y preguntar al desconocido quien es".

(e) Hacer un gesto con la cabeza, decir ¡Hola! e irse.

Hoja de respuestas de la Escala CABS

Nombre del niño: Fecha:

Nombre del informante: Evaluación:

Cómo contestaría el niño si el "alguien" de la pregunta fuera 1) otro niño o 2) un adulto.

Otro niño	Un adulto
1. a, b, c, d, e	1. a, b, c, d, e
2. a, b, c, d, e	2. a, b, c, d, e
3. a, b, c, d, e	3. a, b, c, d, e
4. a, b, c, d, e	4. a, b, c, d, e
5. a, b, c, d, e	5. a, b, c, d, e
6. a, b, c, d, e	6. a, b, c, d, e
7. a, b, c, d, e	7. a, b, c, d, e
8. a, b, c, d, e	8. a, b, c, d, e
9. a, b, c, d, e	9. a, b, c, d, e
10. a, b, c, d, e	10. a, b, c, d, e
11. a, b, c, d, e	11. a, b, c, d, e
12. a, b, c, d, e	12. a, b, c, d, e
13. a, b, c, d, e	13. a, b, c, d, e
14. a, b, c, d, e	14. a, b, c, d, e
15. a, b, c, d, e	15. a, b, c, d, e
16. a, b, c, d, e	16. a, b, c, d, e
17. a, b, c, d, e	17. a, b, c, d, e
18. a, b, c, d, e	18. a, b, c, d, e
19. a, b, c, d, e	19. a, b, c, d, e
20. a, b, c, d, e	20. a, b, c, d, e
21. a, b, c, d, e	21. a, b, c, d, e
22. a, b, c, d, e	22. a, b, c, d, e
23. a, b, c, d, e	23. a, b, c, d, e
24. a, b, c, d, e	24. a, b, c, d, e
25. a, b, c, d, e	25. a, b, c, d, e
26. a, b, c, d, e	26. a, b, c, d, e
27. a, b, c, d, e	27. a, b, c, d, e

ESCALA DE OBSERVACION DE HABILIDADES SOCIALES

(Michelson et al., 1987, pp. 184-186)

Nombre: Fecha:	C= Interacción compañero/ Niño A= Interacción Adulto/Niño	
1. Enunciados positivos (cumplidos, elogios…) A. Expresar enunciados positivos	SI	NO
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Afirma lo que merece especial atención (por ejemplo, "has hecho muy bien lavando los platos")		
Explica o da un razonamiento del porqué lo agradece (por ejemplo, "Ahora ya no los tendré que lavar más tarde")		
Expresa elogios, afectos, aprobación, aprecio o apoyo (por ejemplo, "Gracias por tu ayuda")		
B. Responder a enunciados positivos		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Expresa sentimientos ante el cumplido (por ejemplo, "Me alegra que agradezcas mi ayuda")		
Expresa aprecio o agradecimiento (por ejemplo, "Gracias por decirme esto")		
2. Enunciados negativos (quejas, críticas…) A. Expresar enunciados negativos		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Indica cual es el problema o preocupación (por ejemplo, "No has lavado los platos")		
Explica sus sentimientos sobre el problema (por ejemplo, "No me gusta cuando lo dejas desordenado")		
Pide una respuesta al problema o a los sentimientos (por ejemplo, "¿Qué crees que se puede hacer al respecto?")		
Indica los pasos a seguir para solucionarlo (por ejemplo, "¿Por qué no acabas primero tu trabajo, terminas de lavar los platos y luego te vas a jugar?")		
B. Responder a enunciados negativos		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción mientras escucha la queja)		
Pide una aclaración o más detalles (por ejemplo, "¿Te refieres a los platos de la mesa?")		
Expresa comprensión de los sentimientos o de la postura-actitud de los demás (por ejemplo, "Comprendo que estés enfadado por este desorden")		
Expresa pensamientos, sentimientos o acepta la responsabilidad (por ejemplo, "Supongo que también tenía que haber lavado esto")		
Resume los pasos para la solución (por ejemplo, "Lavare los platos cuando termine de hacer los deberes")		
3. Peticiones/Ordenes A. Hacer peticiones/ dar ordenes		

Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Expresa lo que debe hacerse (por ejemplo, "Se tienen que lavar los platos")		
Expresa quien debería hacerlo (por ejemplo, "Creo que hoy los tendría que lavar Joe")		
Proporciona un razonamiento a la petición7 orden (por ejemplo, "Joe no los ha lavado durante toda la semana")		
Pide información en relación a la petición/ orden (por ejemplo, "¿Te parece bien, Joe"?)		
B. Seguir ordenes/ peticiones		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Da información/ solicita aclaración (por ejemplo, "¿Qué platos quieres que lave?")		
Reconoce la petición/ orden (por ejemplo, "Quieres que hoy los lave yo")		
Expresa acuerdo o rechazo y razona su negativa (por ejemplo, "Vale, ya los lavare" o "De ninguna manera, yo los lave dos veces la semana pasada. No me toca a mi")		
4. Tomar parte en conversaciones A. Iniciar y mantener conversaciones		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Saludo/ expresión introductoria (por ejemplo, "Hola ¿Cómo va todo?")		
Expresa sus propios pensamientos, opiniones o información (por ejemplo, "Este nuevo disco es muy bueno")		
Solicita opinión, pensamientos o información de los demás (por ejemplo, "¿Qué os parece este grupo?")		
Resume los puntos principales de la conversación (por ejemplo, "Este es su mejor disco. Deberías oírlo")		
Expresión para terminar o concluir (por ejemplo, "Puede que lo oigas esta noche. Nos veremos el martes y entonces lo comentaremos")		
B. Escuchar a los demás durante las conversaciones		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Hacer preguntas sobre el tema (por ejemplo, "¿Qué quieres decir con_____?")		
Da o expresa información, opiniones, reacciones, sentimientos (por ejemplo, "Es fantástico", "¡Qué interesante!", "¿A quién le importa?")		
5. Manifestar sentimientos/ empatía A. Expresar sentimientos/ manifestar empatía		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Expresa sentimientos o describe su estado emocional (por ejemplo, "Estoy disgustado porque se ha estropeado mi bicicleta")		
Solicita información/ reacciones a sus sentimientos (por ejemplo, "¿Sabéis como se siente uno cuando se le estropea su bicicleta preferida?")		
B. Responder a sentimientos/ manifestaciones de empatía		
Contacto ocular (durante el 60% de la interacción)		
Suministra información/ empatía (por ejemplo, "¡Oh, que lata! Siento oír esto")		

TEST DE ROLE-PLAY DE HABILIDADES SOCIALES

(Michelson et al., 1987, pp. 190-191)

1. A. Expresar enunciados positivos
Terapeuta: "Imagínate que he hecho algo que te gusta:_____(por ejemplo, he hecho un dibujo bonito) y tú me das las gracias por ello".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

B. Responder a enunciados positivos
Terapeuta: "Ahora voy a hacerte un cumplido que puede que te merezcas, y tu me respondes. (Con contacto ocular) Este____(prenda de vestir, por ejemplo, camisa, collar…) es muy bonito/a. cuando te lo pones te favorece mucho. Posiblemente te harán mas elogios".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

2. A. Expresar enunciados negativos
Terapeuta: "Imagínate que te he hecho algo que te hace enfadar o que te molesta, como:_____(por ejemplo, he roto tu lápiz) y te quejas por ello".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

B. Responder a enunciados negativos
Terapeuta: "Ahora voy a expresar una queja. Imagínate que te la mereces, replícame. (Con contacto ocular) la forma en que:_____(por ejemplo, hiciste tu trabajo hoy es horrible. Parece que no te importara y que no quisieras esforzarte) ¿Qué piensas al respecto?".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

3. A. Hacer peticiones y dar ordenes
Terapeuta: "Imagínate que quieras que haga algo por ti, como:_____(por ejemplo, prestarte un libro) Pídemelo".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

B. Seguir ordenes y peticiones
Terapeuta: "¿Me haces un favor?".
Paciente: (Puede que acceda a la petición o que pida una aclaración)
Terapeuta: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta) "Me gustaría que ____ (por ejemplo, recogieras todos los papeles del suelo de la habitación. Así se vera todo más ordenado) ¿Qué te parece?"
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

4. A. Iniciar y mantener una conversación
Terapeuta: "Vamos a conversar brevemente, durante unos minutos, sobre lo que tu quieras. Imagínate que acabo de entrar en la habitación y que me he sentado. Ahora tu inicias la conversación".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

B. Escuchar a los demás durante una conversación
Terapeuta: "Ahora me gustaría escoger un tema y me gustaría hablar sobre_____(por ejemplo, mi programa favorito de televisión) Me gusta mucho Barrio Sésamo. ¿Qué opinas sobre este programa?".
Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

5. A. Expresar sentimientos / manifestaciones de empatía

Terapeuta: "Imagínate que estas triste porque_____(por ejemplo, has perdido en un juego) Intenta expresarme tus sentimientos".

Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

B. Responder a sentimientos / manifestaciones de empatía

Terapeuta: "Ahora te expresaré mis sentimientos. Me pone furioso que_____(por ejemplo, nadie quiere hacer lo que yo quiero. Me hace sentir poco importante porque nadie me ayuda. Desearía que la gente prestara más atención a lo que yo necesito que se haga. Entonces estaría encantado de ayudarles en lo que necesitaran.)"

Paciente: (Darle 30 segundos para que inicie la respuesta y después continuar con el guión)

CUESTIONARIO SOCIOMETRICO DE HABILIDADES SOCIALES

Michelson et al. (1987)

Abajo se presentan una lista de otros niños. Debes rodear, al lado de cada nombre, el número que muestre lo mucho que te gusta esa persona. Rodea el 1 si esa persona no te gusta nada, rodea el 2 si esa persona no te gusta demasiado o mucho, y el 3 si te gusta esa persona.			
Rodear uno			Nombre de la persona
No me gusta	No me gusta demasiado o mucho	Me gusta	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	

Nota: El evaluador/ terapeuta coloca los nombres de los compañeros o amigos de la persona evaluada.

FICHA DE AUTORREGISTRO

(Caballo, 1993, citado en Pérez, 2000, p. 116)

Nombre:						
Hora y día en que ocurrió	Situación	Evaluación de la ansiedad (0-100)	Pensamientos	Conducta social manifestada	Respuesta de los demás	Satisfacción con el resultado. Lo que te gustaría haber hecho

LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

(Pérez, 2000, pp. 156-157, 162-164, 168-171)

Programa de habilidades sociales en la Infancia de Michelson, L; Sugai, D.; Wood, R. y Kazdin, A. (1987)

- **Objetivo**: Enseñar y mejorar las habilidades interpersonales y de comunicación para preparar al niño/a para la participación competente y eficaz en diversos aspectos de la interacción humana.
- **Edad:** Población infantil sin un rango de edad establecido.
- **Año de publicación**: 1983 (publicación en inglés); 1987 (publicación en español)
- **Componentes del programa**:
  - Fundamento teórico para el educador
  - Modelo de lección para los niños
    - Introducción del tema
    - Fundamento teórico
      - Ventajas
      - Inconvenientes
  - Imitaciones (Con o sin guiones)
  - Entre educadores
  - Entre educador y niños
  - Entre dos niños delante de la clase
    a. Información (retroalimentación) del educador
    b. Reforzamiento
    c. Información (retroalimentación) de la clase
  - Discusión de grupo
  - Ensayo conductual (con o sin guiones- toda la clase)
    - Role-Playing (representación)
    - Intercambio de papeles
    - Información (retroalimentación) del educador
    - Discusión en pequeños grupos
  - Discusión en clase
    - Información (retroalimentación) del educador
    - Resumen y revisión
  - Asignación de deberes

- Revisión de los deberes (en la siguiente sesión)

- **Contenidos del programa**
  - a. Hacer cumplidos.
  - b. Formular quejas.
  - c. Dar negativa o decir no.
  - d. Pedir favores.
  - e. Preguntar por qué.
  - f. Solicitar cambio de conducta.
  - g. Defender los propios derechos.
  - h. Conversaciones.
  - i. Empatía.
  - j. Habilidades sociales no verbales.
  - k. Interacciones con estatus diferentes.
  - l. Interacciones con el sexo opuesto.
  - m. Tomar decisiones.
  - n. Interacciones de grupo.
  - *o.* Afrontar los conflictos. Resolución.

El Programa de Desarrollo de las Habilidades Sociales en Niños de 3-6 años (Guía práctica para padres y profesorado) de Álvarez Pillado, A.; Álvarez-Monteserín, Mª.A.; Cañas Montalvo, A.; Jiménez Ramírez, S. y Petit, Mª. J. (1990)

- **Objetivo:** Aprender, desde pequeños y a través de tareas sencillas, a ser libres, críticos, responsables y solidarios.
- **Edad:** niños y niñas de 3 a 6 años.
- **Año de publicación**: 1990
- **Componentes del programa**:
  - Una guía con bases teóricas dirigida a padres y profesorado.
    - La conducta. Proceso de socialización.
    - Técnicas de observación y registro de conductas
    - Técnicas para implementar conductas: refuerzo positivo, imitación y modelado
    - Técnicas para hacer desaparecer conductas: castigo, retirada de atención y tiempo fuera

- Instrumentos de evaluación:
  - Escala de observación de habilidades de interacción social para padres (3 años)
  - Escala de observación de habilidades de interacción social para padres (4-5 años)
  - Escala de observación de habilidades de interacción social para el profesorado (3 años)
  - Escala de observación de habilidades de interacción social para el profesorado (4-5 años)
- Textos programados para padres
- Textos programados para el profesorado
- Soluciones a los textos programados
- Contenidos programáticos
- Hojas de registro
- Situaciones de aprendizaje estructurado
- Listado de reforzadores

- **Contenidos del programa**:

INTERACCIÓN SOCIAL- 3 AÑOS

I. Interacción en el juego

- Aceptar jugar con los compañeros
- Proponer iniciativas de juego
- Participar en el juego que proponen otros
- Saber dejar y pedir juguetes

II. Expresión de emociones

- Ser comunicativo
- Contactar ocularmente cuando habla
- Ser capaz de recibir con agrado de alabanzas
- Ser capaz de empelar un tono de voz adecuado

III. Autoafirmación

- Saber defenderse
- Ser capaz de expresar sus quejas sin agresión
- Ser capaz de preguntar por qué

IV. Conversación

- Ser capaz de respetar los distintos turnos en la conversación

- Contar espontáneamente cosas que ha visto o hecho
- Completar gestualmente su comunicación verbal
- Saber escuchar

INTERACCIÓN SOCIAL- 4-6 AÑOS

I. Interacción en el juego

- Buscar compañeros de juego
- Proponer iniciativas de juego
- Participar en el juego que le sugieren otros niños

II. Expresión de emociones

- Saber hacerse agradable y simpático
- Ser capaz de mantener un tono de voz acorde a la situación
- Ser capaz de expresar con gestos sus distintas emociones: alegría, tranquilidad, tristeza, enfado, etc.
- Ser capaz de recibir con agrado las alabanzas de los demás
- Ser capaz de decir cosas que le gustan de los otros

III. Autoafirmación

- Saber defenderse
- Saber decir no de forma apropiada
- Saber manifestar lo que le interesa o lo que le desagrada
- Saber expresar quejas
- Ser capaz de preguntar por qué
- Ser capaz de preguntar sobre lo que no conoce
- Ser capaz de pedir favores
- Ser capaz de razonar o argumentar sus acciones

IV. Conversación

- Ser capaz de mantener la atención en la conversación respetando los turnos
- Aportar opiniones propias o comentarios
- Expresar espontáneamente acontecimientos en los que ha estado implicado
- Ser capaz de contestar las preguntas que se realizan

El Programa de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) de Monjas, Mª.I. (1993)

- **Objetivo:** promover la competencia social en niños/as en edad escolar lo que significa el fomento de las relaciones interpersonales positivas con los iguales y con los adultos de su entorno social.
- **Edad:** el PEHIS esta diseñado para niños y niñas en edad escolar y esta pensado para su utilización en aulas ordinarias de educación infantil, primaria y secundaria, pero también puede utilizarse en otros entornos educativos (aulas de apoyo, educación compensatoria, talleres, centros de menores) clínicos (gabinetes psicopedagógicos, hospitales) o de ocio ya que puede adaptarse a diversos sujetos y situaciones.
- **Año de publicación:** 1993
- **Componentes del programa:**
  - Marco conceptual
  - El programa de enseñanza de interacción social (PEHIS)
    - Descripción del PEHIS: objetivos, contenidos, sujetos, técnicas de enseñanza
    - Aplicación en el colegio del PEHIS
      - Procedimiento (compañeros tutores, entrenamiento autoinstruccional, instrucción verbal, modelado, moldeamiento, práctica, reforzamiento, retroalimentación y tareas o deberes)
      - Fichas de enseñanza para el colegio
      - Formato y sesiones de enseñanza
      - Evaluación
      - Implicaciones para la practica
    - Aplicación en casa del PEHIS
      - Modelo de formación y entrenamiento de padres para la utilización del PEHIS en casa
      - Guía para padres
- **Contenidos del programa**

(Fueron presentados en el marco teórico, en el capítulo de habilidades sociales, bajo el título de tipos de habilidades sociales)

El Programa de Habilidades Sociales de Caballo, V.E. (1993)

- **Objetivo:** la mejoría del rendimiento social de la persona.
- **Edad y ámbito:** población joven y adulta sin especificación de rango de edad
- **Año de publicación:** 1993
- **Componentes del programa:**
  - El formato del entrenamiento en habilidades sociales
    - Ensayo de conducta
    - Modelado
    - Instrucciones / aleccionamiento
    - Retroalimentación y reforzamiento
    - Tareas para casa
    - Procedimientos cognitivos
  - Generalización y transferencia
  - Formatos individual y grupal del entrenamiento en habilidades sociales
  - Aplicación del entrenamiento en habilidades sociales
    - Ansiedad social
    - Soledad
    - Depresión
    - Esquizofrenia
    - Problemas de pareja
    - Abuso de sustancias psicoactivas
    - Delicuentes/ psicópatas
    - Otros problemas
- **Contenidos del programa:**
- ESTRATEGIAS PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

1. Estrategias iníciales y de calentamiento
2. Ejercicios para la determinación de la ansiedad
3. Ejercicios de relajación
4. Imágenes profundizadoras del estado de relajación
5. Ejercicios para los derechos humanos básicos
6. Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva/no asertiva/ agresiva
7. La modificación de conducta cognitiva

a. La terapia racional emotiva

b. Otras formas de intervención cognitiva

- HABILIDADES SOCIALES

1. El establecimiento de relaciones sociales

a. La iniciación, el mantenimiento y la terminación de conversaciones

b. Estrategias para el mantenimiento de conversaciones

2. Hacer y recibir cumplidos
3. Hacer y rechazar peticiones
4. Expresión de molestia, desagrado, disgusto
5. Afrontar las criticas
6. Procedimientos defensivos
7. Procedimientos de "ataque"
8. Defensa de los derechos
9. Expresión de opiniones personales
10. Expresión de amor, agrado y afecto
11. Habilidades heterosociales

TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

PLANILLA DE OBSERVACIÓN

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre:_____ Edad:_____ Fecha de Observación:_____

	Conductas Específicas	Se observa (✓)	No se Observa (X)	Observaciones
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír			
	Contacto Ocular			
	Saludar			
	Presentación de sí mismo y de los demás			
	Favores (pedir o hacer)			
	Cortesía y Amabilidad			
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social			
	Mantener la conversación			
	Terminar la conversación			
	Unirse a conversaciones			
	Poder conversar en grupo			
	Toma y respeto de turnos			
	Registrar el interés del otro			
	Ser reciproco y permitir reciprocidad			
	Adecuación al contexto e interlocutor			
	Comprensión de la comunicación no verbal			

Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar			
	Unirse al juego de otros			
	Ponerse de acuerdo para jugar			
	Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración			
	Manejar el ganar			
	Creatividad/ Imaginación			
	Cooperar y compartir			
	Reforzar a los compañeros de juego			
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios			
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados			
	Expresar emociones			
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)			
	Alentar a una persona en problemas			
	Responder adecuadamente a las burlas			
Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales			
	Buscar soluciones			
	Anticipar consecuencias			
	Elegir una solución			
	Probar una solución			
	Aceptar No como respuesta			
	Defender las opiniones y derechos propios			

ENTREVISTA PARA ADOLESCENTE

Nombre:_____Edad:_____Fecha:_____.

1- ¿Podrías contarnos cuales eran tus dificultades al ingresar al grupo de entrenamiento?

2- ¿En qué crees que te ayudo el grupo?

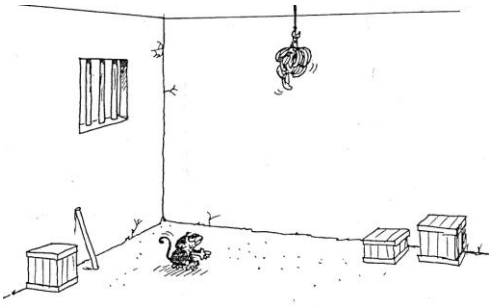
3- ¿Cómo crees que es tu estado de salud?

4- ¿Cómo te describirías a vos mismo? ¿Te sentís a gusto con tu aspecto físico?

5- ¿Te sentís valioso para los demás?

6- ¿Te sentís capaz para realizar tus actividades diarias? ¿Y para resolver problemas?

7-¿Qué quiere el mono? ¿Por qué no lo puede agarrar? ¿Qué puede hacer para alcanzar las bananas?



8- Cuando tenes un problema que no podes resolver solo ¿Pedís ayuda? ¿A quienes?

9- Cuando se te presenta un problema con algún compañero o amigo ¿Qué cosas haces? ¿Cómo lo resolves?

10- ¿Cómo se siente cada uno de los chicos? ¿Qué podría estar pensando para sentirse así?

11- ¿Elegís que actividades hacer vos solo? ¿Vas solo o andas solo por la calle o necesitas de la compañía de alguien?

12- ¿Podes tomar decisiones vos solo o necesitas ayuda de alguien?

13- Cuando conoces a alguien ¿Cómo te presentas?

14- Si ves a un grupo de chicos hablando ¿Qué haces?

15- Si hay un grupo de personas adultas ¿Te acercas para conversar con ellas? ¿Sentís que es más fácil hablar con personas adultas o con chicos de tu edad?

16- ¿Tenés un grupo de amigos? ¿Hace cuánto se conocen?

17- ¿Te sentís bien con ellos? Cuando necesitas ayuda ¿Podes llamarlos?

18- ¿Soles hablar con tus amigos? ¿De qué temas?

19- ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase? ¿Podes conversar con ellos? ¿De qué temas?

20- ¿Qué actividades compartís con tu grupo de amigos?

21- Cuando alguien piensa distinto a vos ¿Qué haces?

Observaciones:

- Aspecto motor (postural) durante la entrevista
- Comunicación Verbal:
    - Comprensión de las preguntas
- Comunicación No Verbal:
    - Uso de gestos por el entrevistado

ENCUESTA PARA PADRES

DATOS DEL HIJO

NOMBRE:_____EDAD:_____FECHA:_____.

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta apropiada. Para responder considere situaciones presentes.
Los datos y respuestas consignados en esta encuesta son confidenciales.

	SI	NO
1- El estado de salud de su hijo/a, en términos generales, ¿Ha mejorado desde que participa en el grupo de entrenamiento? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		
2- ¿Su hijo/a manifiesta sentirse a gusto consigo mismo?		
3- Su hijo/a ¿Responde adecuadamente a los sentimientos de los demás?		
4- Su hijo/a ¿Realiza sus tareas o actividades de modo independiente? Si su respuesta es SI, por favor, detalle al menos 2 tareas o actividades		
5- Su hijo/a cuando va a un lugar nuevo o conoce a alguien ¿Se siente cómodo y puede interactuar sin dificultad?		
6- Su hijo/a ¿Suele sentirse incapaz para realizar sus actividades diarias?		
7- Su hijo/a ¿Participa en actividades de ocio que le interesan con otros chicos?		
8- Su hijo/a ¿Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita?		
9- Su hijo/a ¿Se muestra seguro al tener que dialogar con los demás?		
10- Su hijo/a ¿Expresa sus opiniones abiertamente?		
11- Su hijo/a ¿Participa en actividades de recreación o lúdicas con otros chicos/as?		

12- Si Ud. por determinada situación se siente angustiado/a ¿Su hijo/a reconoce su sentimiento sin que Ud. se lo tenga que decir?		
13- Su hijo/a ¿Responde correctamente a las sugerencias o peticiones de los demás?		
14- Su hijo/a ¿Puede iniciar una conversación con alguien que no conoce?		
15- Su hijo/a ¿Tiene un grupo de amigos al que frecuenta?		
16- Su hijo/a ¿Puede identificar y diferenciar entre una emoción agradable y una desagradable?		
17- Su hijo/a ¿Tiene dificultades para comprender la información que recibe?		
18- Su hijo/a ¿Resuelve con eficacia los conflictos interpersonales? Si su respuesta es NO, por favor, detalle al menos 2 conductas que considere inapropiadas:		
19- Si una persona que esta interactuando con su hijo/a tiene ideas u opiniones contrarias a las de él ¿Responde agresivamente o con enojo?		
20- Su hijo/a ¿Se siente a gusto con su grupo de compañeros del colegio?		
21- Su hijo/a ¿Puede utilizar gestos para comunicar algún mensaje?		
22- Cuando su hijo/a tiene algún problema ¿Tiene uno o dos amigos a los cuales acudir para compartir el mismo?		
23- Su hijo/a cuando tiene que describirse a sí mismo ¿Utiliza palabras agradables?		
24- Su hijo/a ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar con normalidad las actividades diarias? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		
25- Su hijo/a ¿Se muestra seguro cuando tiene que resolver un problema?		

Muchas Gracias por su colaboración

RECOLECCIÓN DE DATOS

PLANILLAS DE OBSERVACIÓN

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: SIMON Edad: 16 Años Fecha de Observación: 09/08/2010 .

	Conductas Específicas	Se observa (✓)	No se Observa (X)	Observaciones
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír		X	
	Contacto Ocular	✓		
	Saludar	✓		
	Presentación de sí mismo y de los demás		X	Solo dice su nombre.
	Favores (pedir o hacer)			
	Cortesía y Amabilidad	✓		
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social	✓		Realiza preguntas.
	Mantener la conversación		X	
	Terminar la conversación		X	
	Unirse a conversaciones	✓		
	Poder conversar en grupo		X	Respuestas literales.
	Toma y respeto de turnos		X	
	Registrar el interés del otro		X	
	Ser reciproco y permitir reciprocidad		X	
	Adecuación al contexto e interlocutor		X	
	Comprensión de la comunicación no verbal		X	
Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar		X	
	Unirse al juego de otros	✓		
	Ponerse de acuerdo para jugar	✓		
	Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración		X	
	Manejar el ganar		X	
	Creatividad/ Imaginación		X	
	Cooperar y compartir			
	Reforzar a los compañeros de juego			
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios		X	
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados	✓		
	Expresar emociones		X	
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)		X	
	Alentar a una persona en problemas			
	Responder adecuadamente a las burlas			
Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales		X	Escasa negociación y resolución.
	Buscar soluciones		X	
	Anticipar consecuencias		X	
	Elegir una solución		X	
	Probar una solución		X	
	Aceptar No como respuesta		X	
	Defender las opiniones y derechos propios		X	

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: ESTEBAN Edad: 19 Años Fecha de Observación: 09/08/2010 .

	Conductas Específicas	Se observa (✓)	No se Observa (X)	Observaciones
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír	✓		
	Contacto Ocular	✓		
	Saludar	✓		
	Presentación de sí mismo y de los demás	✓		
	Favores (pedir o hacer)		X	
	Cortesía y Amabilidad	✓		
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social	✓		
	Mantener la conversación	✓		
	Terminar la conversación	✓		
	Unirse a conversaciones	✓		
	Poder conversar en grupo		X	Busca dominar la conversación.
	Toma y respeto de turnos		X	
	Registrar el interés del otro			
	Ser reciproco y permitir reciprocidad			
	Adecuación al contexto e interlocutor			
	Comprensión de la comunicación no verbal		X	
Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar	✓		
	Unirse al juego de otros	✓		
	Ponerse de acuerdo para jugar	✓		
	Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración		X	Competitivo.
	Manejar el ganar		X	
	Creatividad/ Imaginación	✓		
	Cooperar y compartir	✓		
	Reforzar a los compañeros de juego			
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios	✓		
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados		X	
	Expresar emociones		X	
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)		X	
	Alentar a una persona en problemas		X	
	Responder adecuadamente a las burlas		X	
Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales		X	Mal interpreta la situación.
	Buscar soluciones		X	Pocos recursos.
	Anticipar consecuencias		X	No registra que puede provocar.
	Elegir una solución		X	
	Probar una solución		X	
	Aceptar No como respuesta			
	Defender las opiniones y derechos propios		X	No acepta que piensen distinto.

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: **MARCOS** Edad: 15 Años Fecha de Observación: 10/08/2010 .

	Conductas Específicas	Se observa (✓)	No se Observa (X)	Observaciones
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír	✓		
	Contacto Ocular	✓		
	Saludar	✓		
	Presentación de sí mismo y de los demás	✓		Presento a todo el grupo.
	Favores (pedir o hacer)			
	Cortesía y Amabilidad	✓		
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social	✓		
	Mantener la conversación		X	Exceso y dominio del dialogo.
	Terminar la conversación	✓		
	Unirse a conversaciones	✓		
	Poder conversar en grupo		X	
	Toma y respeto de turnos		X	
	Registrar el interés del otro		X	
	Ser reciproco y permitir reciprocidad		X	
	Adecuación al contexto e interlocutor		X	"La farmacia"
	Comprensión de la comunicación no verbal	✓		Gesto "mas o menos" con mano.
Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar			
	Unirse al juego de otros			
	Ponerse de acuerdo para jugar			
	Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración			
	Manejar el ganar			
	Creatividad/ Imaginación			
	Cooperar y compartir			
	Reforzar a los compañeros de juego			
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios	✓		
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados	✓		Al mandar mensaje a la madre.
	Expresar emociones			
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)			
	Alentar a una persona en problemas			
	Responder adecuadamente a las burlas	✓		
Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales			
	Buscar soluciones			
	Anticipar consecuencias			
	Elegir una solución			
	Probar una solución			
	Aceptar No como respuesta	✓		Con la torta.
	Defender las opiniones y derechos propios	✓		

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: **CARLOS** Edad: 15 Años Fecha de Observación: 10/08/2010 .

	Conductas Específicas	Se observa (✓)	No se Observa (X)	Observaciones
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír		X	
	Contacto Ocular	✓		
	Saludar	✓		
	Presentación de sí mismo y de los demás	✓		Agrega datos a la presentación.
	Favores (pedir o hacer)			
	Cortesía y Amabilidad	✓		
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social	✓		Hace preguntas.
	Mantener la conversación	✓		
	Terminar la conversación	✓		
	Unirse a conversaciones	✓		
	Poder conversar en grupo	✓		
	Toma y respeto de turnos	✓		
	Registrar el interés del otro			
	Ser reciproco y permitir reciprocidad	✓		
	Adecuación al contexto e interlocutor			
	Comprensión de la comunicación no verbal			
Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar			
	Unirse al juego de otros			
	Ponerse de acuerdo para jugar			
	Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración			
	Manejar el ganar			
	Creatividad/ Imaginación			
	Cooperar y compartir			
	Reforzar a los compañeros de juego			
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios	✓		
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados			
	Expresar emociones	✓		
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)			
	Alentar a una persona en problemas			
	Responder adecuadamente a las burlas			
Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales			
	Buscar soluciones			
	Anticipar consecuencias			
	Elegir una solución			
	Probar una solución			
	Aceptar No como respuesta			
	Defender las opiniones y derechos propios			

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: **ALBERTO** Edad: 15 Años Fecha de Observación: 10/08/2010 .

	Conductas Específicas	Se observa (✓)	No se Observa (X)	Observaciones
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír	✓		
	Contacto Ocular	✓		
	Saludar	✓		
	Presentación de sí mismo y de los demás		X	No agrego datos a su presentación.
	Favores (pedir o hacer)			
	Cortesía y Amabilidad	✓		
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social	✓		
	Mantener la conversación	✓		
	Terminar la conversación	✓		
	Unirse a conversaciones	✓		
	Poder conversar en grupo	✓		
	Toma y respeto de turnos	✓		
	Registrar el interés del otro	✓		
	Ser reciproco y permitir reciprocidad	✓		
	Adecuación al contexto e interlocutor			
	Comprensión de la comunicación no verbal			
Habilidades de Juego	Invitar a alguien a jugar			
	Unirse al juego de otros			
	Ponerse de acuerdo para jugar			
	Manejar el perder/ Tolerancia a la frustración			
	Manejar el ganar			
	Creatividad/ Imaginación			
	Cooperar y compartir			
	Reforzar a los compañeros de juego			
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios	✓		
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados			
	Expresar emociones		X	No puede expresarlas a sus papas
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)			
	Alentar a una persona en problemas			
	Responder adecuadamente a las burlas			
Habilidades de Negociación y Resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales			
	Buscar soluciones			
	Anticipar consecuencias			
	Elegir una solución			
	Probar una solución			
	Aceptar No como respuesta			
	Defender las opiniones y derechos propios			

ENTREVISTAS

Nombre: **SIMON** Edad: 16 Años Fecha: 09/08/2010 .

1- E: ¿Podrías contarnos cuales eran tus dificultades al ingresar al grupo de entrenamiento?

e: *Creo que solamente la expresión*.

E: La expresión ¿Qué quiere decir con la expresión?

e: *Que… tratar de relacionarme*.

2- E: ¿En qué crees que te ayudo el grupo?

e: *Creo que a lo que yo mismo conteste*.

E: ¿A qué?

e: *A expresarme*.

E: ¿A expresarte? ¿Y a algo más te ayudo el grupo?

e: *(*Pensativo por unos minutos*) Tal vez*

E: Tal vez ¿a qué?

e: *No se*.

E: Bueno, si se te ocurre después nos lo decís.

3- E: ¿Cómo crees que es tu estado de salud desde lo físico y/o anímico?

e: *¿Mi estado de salud? Hace mucho…creo que esta imperfecta*.

E: Imperfecta ¿Por qué?

e: *No lo se, simplemente no me siento satisfecho de cómo estoy*.

E: ¿Cómo estás física o anímicamente?

e: *Ambas*.

E: ¿Hay algo que desde lo físico sentís alguna molestia?

e: *Tal vez*.

E: ¿Cómo cuál?

e: *Bueno, con el dolor que siento en los ligamentos*.

E: Y desde lo anímico ¿Tenes alguna molestia?

e*: Tal vez, pero no me sale*.

E: ¿Es difícil ponerlo en palabras?

e: *Si*.

E: Pero desde lo anímico es que te sentís triste, desanimado, aburrido, contento…

e: *Tal vez descontento*.

4- E: ¿Cómo te describirías a vos mismo?

e: *¿En qué sentido?*

E: Como sos desde lo interno y lo externo. Por ejemplo, físicamente ¿Cómo sos?

e: *No lo se, nunca me he comparado*.

E: Bueno, y desde lo interno ¿Cómo pensas que sos vos?

e: *Creo que soy un caprichoso que odia perder*.

E: Ah mira… sos un caprichoso que no le gusta perder ¿Y qué más sos? Sos tímido, sociable, introvertido, extrovertido, pacífico, paciente, impaciente…

e: *Tal vez todo lo que has dicho*.

E: Pero todo es contrario. Mira ahí tenes una lista que te puede ayudar.

e: (Marco en la lista las características de sí mismo) *Inseguro, conversador, egoísta, callado, raro, aburrido, intranquilo*.

5- E ¿Te sentís valioso para los demás?

e: *¿Qué cosa?*

E: Si te sentís valioso para los demás.

e: *¿Valioso?*

E: Valioso

e: *No se para quién demás*.

E: Por ejemplo para tu familia, ellos ¿Te valoran? ¿Vos sos valioso para ellos?

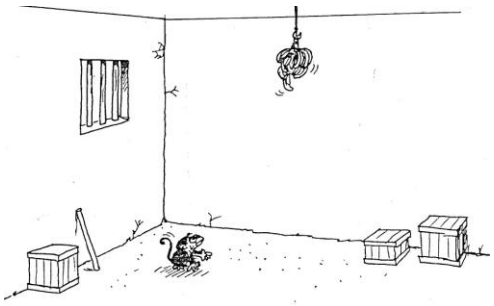
e: *No lo se*.

6- E: ¿Te sentís capaz para realizar tus actividades diarias?

e: *Si*

E: ¿Y para resolver problemas?

e: *Si*



7- E: ¿Qué quiere el mono?

e: *Las bananas obviamente*.

E: ¿Por qué no lo puede agarrar?

e: *Porque está alto*.

E: ¿Qué puede hacer para alcanzar las bananas?

e: *Pues no puede hacer nada*.

E: ¿No puede hacer nada? ¿Nada de nada?

e: *No, no puede. No puede hacerlo solo, eso seguro*.

E: Y entonces ¿Qué podría hacer para alcanzar las bananas?

e*: Depende ¿Se piden ayuda entre otros para pedir ayuda?*

E: Puede ser, no se me ocurrió. ¿A quién podría pedir una ayuda?

e: *A una persona, pero si esta solo no puede hacer nada, es inútil*.

8- E: Cuando se te presenta un problema con algún compañero o amigo ¿Qué cosas haces?

e: *Pido ayuda*.

E: ¿A quién? Por ejemplo en el cole.

e: *No se a quien, a un mayor*.

E: Como ser ¿Qué mayor te puede ayudar en el cole?

e*: Un preceptor*.

E: ¿Y te ha resultado eso de pedir ayuda a un preceptor?

e: *Si.*

9- E: Cuando tenes un problema que no podes resolver solo ¿Pedís ayuda?

e: (Pensativo) *A veces*

E: ¿A quienes?

e: *No lo se. Imposible saberlo.*

E: A quienes les decís ¿Me ayudas?

e: *Tal vez a todos los que conozca. Si es necesario, a alguien que conozca*.

E: Como por ejemplo.

e: *A ustedes. Pero puede ser a cualquiera*.

10- Imagen 1

E: ¿Cómo se siente el nene de arriba?

e: "*Feliz*"

E: ¿Se te ocurre que está pensando si esta feliz?

e: "*No*"

Imagen 2

E: Bueno. ¿El de abajo?

e: "*Tranquilo*"

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: "*Nada*"

Imagen 3

E: ¿El de abajo?

e: "*Enojado*"

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: "*No*"

Imagen 4

E: ¿El próximo?

e: "*Asustado*"

E: Si esta asustado ¿Qué podría estar pensando?

e: "*Peligro*"

Imagen 5

E: ¿Y el último?

e: "*Triste*"

E: ¿Qué podría estar pensando?

e: "*Algo que paso*"

E: Por ejemplo ¿Qué lo pudo haber puesto triste?

e: "*No se que ejemplos poner*"

11- E: Cuando estas en tu casa solo, a vos ¿Se te ocurre o elegís que actividades hacer?

e: "*Si*"

E: Por ejemplo ¿Qué te gusta hacer cuando estas solo?

e: "*Quedarme quieto*"

E: ¿Haciendo algo?

e: "*Tal vez algo*"

E: Entonces ¿Qué te gusta hacer cuando estas solo?

e: "*La verdad, no se que me gusta*"

E: Vos ¿Vas solo, por ejemplo, en colectivo, te moves solo, o todavía no?

e: "*A veces*"

E: A veces. ¿Qué te tomas solo: un colectivo, un taxi o vas caminando?

e: "*Eh… de todo tal vez*"

E: ¿Viajas en colectivo solo?

e: "*Si*"

E: ¿Para ir a dónde?

e: *No se, tal vez para ir a otra cuidad, por ejemplo*

E: ¿Has viajado solo en colectivo a otra cuidad?

e: *Si*

E: ¿A cuál?

e: *A la que está después de Vicente López*

12- E: ¿Podes tomar decisiones vos solo o necesitas ayuda de alguien?

e: *Solo puedo…mira la decisión siempre la toma uno. ¿Tendría sentido que dos tomaran una decisión?*

E: Pero por ahí a mi me pasa que cuando dudo o me cuesta decidirme pido ayuda a una amiga, a mi mamá.

e: *¿Pero te hace que decidas?¿Te dice que hacer?...No!*

E: Me ayuda a elegir

e: *Pero no cambia nada el hecho que existan dos opiniones*

E: No, pero hay gente que es de pedir ayuda y gente que no pide ayuda para tomar decisiones. Yo soy de pedir ayuda ¿Vos?

e: *Tal vez, a veces…igualmente las decisiones son de uno y nada más*

13- E: Cuando conoces a alguien ¿Cómo te presentas?

e: *Pues le digo hola*

E: ¿Algo más le decís?

e: *No*

14- E: Si ves a un grupo de chicos hablando ¿Qué haces?

e: *La verdad ni me interesa de que hablen*

15- E: Si hay un grupo de personas adultas ¿Te acercas para conversar con ellas?

e: *No se si sea solo para conversar*

E: Y ¿Pará qué podría ser?

e: *La verdad, creo que no, no lo haría*

E: ¿Sentís que es más fácil hablar con personas adultas que con chicos de tu edad?

e: *Ninguna de las dos*

16- E: ¿Tenes un grupo de amigos?

e: *No*

19- E: ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?

e: "*No lo se, la verdad no lo se*"

E: ¿Te llevas bien, mal, más o menos?

e: "*No se, no se, quizás eso, más o menos*"

E: ¿Podes conversar con ellos?

e: "*Claro que puedo*"

E: ¿De qué temas hablas con ellos?

e: (Pensativo) "*No se, creo que de todo*"

E: ¿Podes contar algún ejemplo? ¿Hablas con ellos, por ejemplo, como acá de películas?

e: "*Hum…creo…hace mucho que no hago eso*"

E: ¿Y de qué temas hablas con ellos? ¿De la tarea, de futbol…?

e: *Si, pero es bastante rápido*

21- E: Cuando alguien piensa distinto a vos ¿Qué haces?

e: *Es su forma de ser, no tengo porque hacer nada*

E: Por ejemplo, si alguien no esta de acuerdo con vos en alguna película. Por ejemplo, yo te digo "El juego del miedo es una porquería!"

e: *Bueno, debo decir que no le importa nada entonces*

E: ¿Cómo? ¿A vos no te importa nada, a mi no me importa nada? No estoy entendiendo.

e: *Simplemente no puede confiar en nadie*

E: ¿Por qué? Yo te estoy dando mi opinión. Si yo pienso distinto que vos de la película el juego del miedo ¿Vos que haces?

e: *No se*

E: ¿Me vas a discutir, no me vas a discutir, me vas a tratar de convencer?

e: *¿De qué!?*

E: De que la película es buena.

e: *¿Por qué?*

E: Porque pos ahí tenes ganas de que piense igual que vos

e: *¿Por qué?*

E: No se, te estoy preguntando.

e: *¿Y quién dice que yo quería que pienses así?*

E: ¿Entonces a vos no te importa que yo piense que es una mala película?

e: *¿Por qué?*

E: Yo creo que si yo te digo que a mi no me gusto el juego del miedo, vos intentarías convencerme.

e: *¿Convencer de qué?!*

E: De que el Juego del Miedo esta buenísima.

e: *¿Y por qué debo convencerte de eso?*

E: No se, a mi me pareció que es pésima el Juego del Miedo. ¿A vos qué te pareció?

e: (Vacilante)*No se… Miren, ¿por qué hablamos de esto?*

E: Porque era una pregunta, para saber. A mi, por ejemplo, me gusta que la gente piense parecido a mi, entonces si alguien me dice que Toy Story que a mi me gusto, es una porquería, yo lo voy a tratar de convencer. Le voy a decir, no, no es una porquería, fíjate que la historia esta buena, que los personajes son divertidos, o le voy a preguntar porque piensa así, que fue lo que a vos no te gusto.

e: *Pero eso ¿No es fascismo?*

E: No. Es simplemente tratar de compartir la opinión y demostrarle al otro porque yo pienso así, a ver si se puede acercar un poco a lo que yo pienso, y eso no es fascismo porque yo no te estoy obligando a pensar igual que yo.

e: *No…me estarías presionando*

E: No, estoy compartiendo.

e: *Pero…¿Por qué compartir? Si me decís que uno dice lo opuesto del otro*

E: Fascismo es que yo te obligue y te diga ¡Tenes que pensar igual que yo! Yo no te estoy diciendo eso, te estoy diciendo, M. ¿Por qué a vos no te gusto?

e: *¿Y eso como se llama?* (Tono irónico)

E: Tiene que ver con que a mi me gusta que pienses como yo porque me siento mejor si pensamos parecido.

e: *No pregunte otra cosa*

E: No tiene un nombre, es simplemente tratar de compartir con el otro lo que yo pienso y convencerlo o comentarle porque yo pienso así.

e: *¿Por qué lo tengo que convencer de que piense como yo?*

E: Porque eso me puede hacer sentir bien.

e: *Pero eso es algo que nunca va a pasar*

E: ¿Por qué no?

e: *¿No lo sabes?!*

E: No.

e: *¿No sabes lo que es la personalidad?*

E: A ver ¿Qué es la personalidad? Contanos un poco.

e: *Es como una huella digital, nunca va a ser igual*

E: Es verdad, cada uno es distinto pero podemos tener cosas parecidas, quizás vos sos caprichoso y yo también soy caprichosa.

e: *Si y solo eso…no necesito pedir que pienses como yo*

E: Si ya se, no necesitas pero por ahí te gusta.

e: *¿Por qué?*

E: Ya te dije porque me gusta… esto se llama convencer al otro y a vos no te gusta mucho me parece tratar de convencer al otro.

e: *¿De qué? ¿De qué piense como yo?*

E: Claro.

Observaciones:

- Aspecto motor (postural) durante la entrevista: Postura rígida. Descoordinación entre pies y manos al caminar.
- Comunicación Verbal:
  - Comprensión de las preguntas: Necesito en reiteradas oportunidades de ejemplificaciones y explicaciones de las preguntas.
- Comunicación No Verbal:
  - Uso de gestos por el entrevistado: No utilizo. Expresiones y movimientos sin intenciones comunicativas.

Nombre: **ESTEBAN** Edad: 19 Años Fecha: 09/08/2010.

1- E: ¿Podrías contarnos cuales eran tus dificultades al ingresar al grupo de entrenamiento?

e: *Conocer a la gente me da vergüenza y si me decían feo reventaba.*

2- E: ¿En qué crees que te ayudo el grupo?

e: *A hablar más con la gente y socializar más.*

3- E: ¿Cómo crees que es tu estado de salud desde lo físico y/o anímico?

e: *Creo que perfecto.*

4- E: ¿Cómo te describirías a vos mismo?

e: *Inteligente, superior al resto, importante, fuerte.*

E: Bueno, y físicamente ¿Cómo sos?

e: *Normal…bien, por ahí un poco flaco.*

5- E ¿Te sentís valioso para los demás?

e: *A veces sí, a veces no.*

E: ¿Cómo sería a veces si y a veces no?

e: *Con los humanos no, pero con otros seres vivos sí.*

6- E: ¿Te sentís capaz para realizar tus actividades diarias?

e: *Generalmente si.*

E: ¿Y para resolver problemas?

e: *Si.*

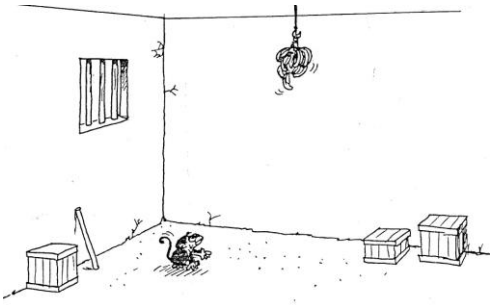
7- E: Qué quiere el mono?

e: *Su banana*.

E: ¿Por qué no lo puede agarrar?

e: *Porque está muy alto*.

E: ¿Qué puede hacer para alcanzar las bananas?



e: *Agarrar esas cajas y usarlas como escaleras*.

8- E: Cuando tenes un problema que no podes resolver solo ¿Pedís ayuda?

e: *Si.*

E: ¿A quienes?

e: *A la persona que este ahí en ese momento.*

9- E: Cuando se te presenta un problema con algún compañero o amigo ¿Qué cosas haces?

e: *Le rompía la cara, diciendo los mayores insultos.*

E: ¿Así resolves el conflicto?

e: (Pensativo) *A veces le digo al profesor*.

10- Imagen 1:

E: ¿Cómo se siente el nene de arriba?

e: *Feliz.*

E: ¿Se te ocurre que está pensando si esta feliz?

e: *No.*

Imagen 2:

E: ¿El que sigue?

e: *Aburrido*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: *No se.*

Imagen 3:

E: ¿Y el tercero?

e: *Furia, enojo*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: *No se…No es recomendable compartirlo.*

E: ¿Vos no le contas a alguien cuando estas enojado o furioso?

e: *Si no conozco a la persona no lo comparto, si es simpático tal vez si*.

Imagen 4:

E: ¿El próximo?

e: *Susto, miedo*

E: ¿Vos porque sentirías miedo?

e: *Generalmente no tengo miedo… Si un ser querido esta en problemas, si tengo miedo.*

Imagen 5:

E: ¿Y el último?

e: *Tristeza, soledad*.

E: ¿Qué podría estar pensando?

e: *Depende de que cosa sea.*

11- E: Cuando estas en tu casa solo, a vos ¿Se te ocurre o elegís que actividades hacer?

e: *Si*

E: Por ejemplo ¿Qué te gusta hacer cuando estas solo?

e: *Jugar a la compu, ver tele.*

E: Vos ¿Vas solo o andas solo por la calle, o necesitas la compañía de alguien?

e: *Puedo solo.*

12- E: ¿Podes tomar decisiones vos solo o necesitas ayuda de alguien?

e: *Si es una decisión fácil lo hago solo, si es difícil pregunto o pido ayuda.*

13- E: Cuando conoces a alguien ¿Cómo te presentas?

e: *Digo hola, mi nombre, hablo un poco, le pregunto la edad, pero primero averiguo si es simpático.*

14- E: Si ves a un grupo de chicos hablando ¿Qué haces?

e: *Que sigan hablando, ¿Pará qué me voy a meter?*

E: No se, ¿Pará qué podrías meterte?

e: …*Si es un tema importante me meto*.

15- E: Si hay un grupo de personas adultas ¿Te acercas para conversar con ellas?

e: *No*.

E: ¿Por qué no?

e: *Porque son aburridas.*

E: ¿Sentís que es más fácil hablar con personas adultas o con chicos de tu edad?

e: *Depende de la inteligencia de la persona…aunque es similar.*

16- E: ¿Tenes un grupo de amigos?

e: *No…solo mis primos con los que converso*.

17- E: ¿Te sentís bien con ellos?

e: *Depende de que primos.*

E: Y cuando necesitas ayuda ¿Podes llamarlos?

e: *No necesito su ayuda.* (Pensativo) *No lo hago.*

E: ¿Por qué?

E: *No tienen capacidad para entender mis cosas*.

18- E: ¿Soles hablar con ellos?

E: *Si.*

E: ¿De que temas?

E: *Videojuegos, nuevas tecnologías, futbol, cosas de hoy en día.*

19- E: ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?

e: *Pésimo*.

E: ¿Por qué?

e: *No se.*

E: ¿Podes conversar con ellos?

e: *No, no puedo conversar con ellos.*

20- E: ¿Qué actividades compartís con tus primos?

e: *Jugar videos juegos, ir a la pileta, ir al cine.*

21- E: Cuando alguien piensa distinto a vos ¿Qué haces?

e: *No me gusta*

E: Y entonces ¿Qué haces?

e: *Si es algo importante, me molesta.*

E: ¿Cómo lo resolves?

e: *Y si me lo dice mal, lo mato…si me lo dice bien, no se…*

Observaciones:

- Aspecto motor (postural) durante la entrevista: Postura distendida.
- Comunicación Verbal:
  - Comprensión de las preguntas: Buena comprensión. Requirió de ejemplificación en pocas preguntas.
- Comunicación No Verbal:
  - Uso de gestos por el entrevistado: Algunas expresiones faciales. Aunque presenta dificultades para comprender la comunicación no verbal.

Nombre: **MARCOS** Edad: 15 AÑOS Fecha: 10/08/2010 .

1- E: ¿Podrías contarnos cuales eran tus dificultades al ingresar al grupo de entrenamiento?

e: *Si…más o menos. No poder relacionarme con los demás.*

2- E: ¿Crees que te ayudo el grupo?

e: *Si.*

E: ¿En qué te ayudo?

e: *No se*.

3- E: ¿Cómo crees que es tu estado de salud?

e: *Próspero*.

4- E: ¿Cómo te describirías a vos mismo?

e: *Humilde.*

E: ¿Te sentís a gusto con tu aspecto físico?

e: *Si.*

5- E: ¿Te sentís valioso para los demás?

e: *Si.*

6- E: ¿Te sentís capaz para realizar tus actividades diarias?

e: *Si.*

E: ¿Y para resolver problemas?

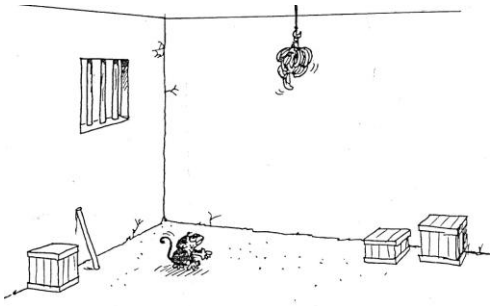
e: *Si.*

7- E: ¿Qué quiere el mono?

e: *Las bananas*.

E: ¿Por qué no lo puede agarrar?

e: *Porque están altas*.



E: ¿Qué puede hacer para alcanzar las bananas?

e: *Podría utilizar las cajas, apilándolas una encima de otra y utilizar el palo que esta ahí para bajarlas.*

8- E: Cuando tenes un problema que no podes resolver solo ¿Pedís ayuda?

e: *Si.*

E: ¿A quienes?

e: *A mis padres*.

9- E: Cuando se te presenta un problema con algún compañero o amigo ¿Qué cosas haces?

e: *Doy excusas*.

E: ¿Lo resolves de ese modo, dando excusas?

e: (Pensativo) *Lo perdono.*

10- Imagen 1

E: ¿Cómo se siente el nene de arriba?

e: *Feliz.*

E: ¿Se te ocurre que está pensando?

e*: A la profe de matemática se le chocó el auto y no viene a clase*.

Imagen 2

E: ¿El siguiente?

e: *Triste.*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: *Lo abandonó la novia*.

Imagen 3

E: ¿El de abajo?

e: *Enojado.*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: *La hermana le volcó coca en la computadora.*

Imagen 4

E: ¿El que sigue?

e: *Loco.*

E: ¿Qué podría estar pensando?

e: *Vio un accidente de auto.*

Imagen 5

E: ¿Y el último?

e: *Vergüenza.*

E: ¿Qué podría estar pensando?

e: *Se tropezó.*

11- E: ¿Elegís que actividades hacer vos solo?

e: *Si.*

E: ¿Cuáles?

e: *Jugar a la play, mirar tele.*

E: ¿Y andas solo por la calle o necesitas de la compañía de alguien?

E: *Y a veces ando solo por la calle.*

12- E: ¿Podes tomar decisiones vos solo o necesitas ayuda de alguien?

e: *A veces si, y a veces no*.

13- E: Cuando conoces a alguien ¿Cómo te presentas?

e: *Me hago el divertido*.

14- E: Si ves a un grupo de chicos hablando ¿Qué haces?

e: *Me meto en la conversación.*

15- E: Si hay un grupo de personas adultas ¿Te acercas para conversar con ellas?

e: *Si.*

E: ¿Sentís que es más fácil hablar con personas adultas o con chicos de tu edad?

e: *Si es más fácil con personas adultas.*

16- E: ¿Tenés un grupo de amigos?

e: *Si.*

E: ¿Hace cuánto se conocen?

e: *Desde la infancia.*

17- E: ¿Te sentís bien con ellos?

e: *Si.*

E: Cuando necesitas ayuda ¿Podes llamarlos?

e: *Si.*

18- E: ¿Soles hablar con tus amigos?

e: *Si.*

E: ¿De qué temas?

e: *De cualquier cosa*.

19- E: ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?

e: *Bien.*

20- E: ¿Qué actividades compartís con tu grupo de amigos?

e: *Charlar y boludear* (sonríe)

21- E: Cuando alguien piensa distinto a vos ¿Qué haces?

e: *Digo lo que pienso si estoy bien, si no me callo.*

<u>Observaciones</u>:

- Aspecto motor (postural) durante la entrevista: postura distendida.
- Comunicación Verbal:
  - Comprensión de las preguntas: No se necesito, en términos generales, explicitar las preguntas.
- Comunicación No Verbal:
  - Uso de gestos por el entrevistado: escaso lenguaje corporal, pero con gesticulaciones faciales.

Nombre: **CARLOS** Edad: 15 AÑOS Fecha: 10/08/2010 .

1- E: ¿Podrías contarnos cuales eran tus dificultades al ingresar al grupo de entrenamiento?

e: *No lo se.*

2- E: ¿En qué crees que te ayudo el grupo?

e: *No se.*

E: ¿Pero pensas que te ayudo o te ayuda?

E: *Si… pero no se en que.*

3- E: ¿Cómo crees que es tu estado de salud?

e: *Bueno.*

4- E: ¿Cómo te describirías a vos mismo?

e: *Copado.*

E: ¿Te sentís a gusto con tu aspecto físico?

e: *Si.*

5- E: ¿Te sentís valioso para los demás?

e: *Si.*

6- E: ¿Te sentís capaz para realizar tus actividades diarias?

e: *Si.*

E: ¿Y para resolver problemas?

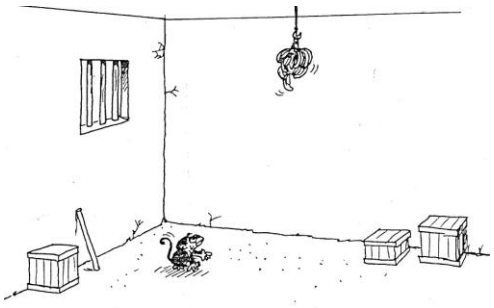
e: *Si.*

7- E: ¿Qué quiere el mono?

e: *Sus bananas.*

E: ¿Por qué no lo puede agarrar?

e: *Porque están fuera de su alcance, por la altura*.



E: ¿Qué puede hacer para alcanzar las bananas?

e: *Usar las cajas como escalera y con el palo bajarlas.*

8- E: Cuando tenes un problema que no podes resolver solo ¿Pedís ayuda?

e: *Si.*

E: ¿A quienes?

e: (Pensativo) *A mis padres.*

9- E: Cuando se te presenta un problema con algún compañero o amigo ¿Cómo lo resolves?

e: *Encaro al tipo.*

10- Imagen 1

E: ¿Cómo se siente primer nene?

e: *Feliz.*

E: ¿Se te ocurre que está pensando?

e: *No se llevó ninguna materia.*

Imagen 2

E: ¿El segundo?

e: *Triste.*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: *Se le murió un familiar.*

Imagen 3

E: ¿El que sigue?

e: *Enojado.*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: . *Lo joden en la escuela.*

Imagen 4

E: ¿El cuarto?

e: *No se.*

E: ¿Qué podría estar pensando?

e: . *Le pegaron en la "jeta".*

Imagen 5

E: ¿Y el último?

e: *No se.*

E: ¿Qué podría estar pensando?

e:*No se me ocurre.*

11- E: ¿Elegís que actividades hacer vos solo?

e: *Si.*

E: ¿Vas solo o andas solo por la calle o necesitas de la compañía de alguien?

e: *Voy solo.*

12- E: ¿Podes tomar decisiones vos solo o necesitas ayuda de alguien?

e: *A veces si, a veces no.*

13- E: Cuando conoces a alguien ¿Cómo te presentas?

E: *Le dio "Hola ¿Cómo andas?" y le doy la mano.*

14- E: Si ves a un grupo de chicos hablando ¿Qué haces?

e: *Me acerco y me meto en la conversación.*

15- E: Si hay un grupo de personas adultas ¿Te acercas para conversar con ellas?

e: *Si.*

E: ¿Sentís que es más fácil hablar con personas adultas o con chicos de tu edad?

e: *No, no es más fácil.*

16- E: ¿Tenés un grupo de amigos?

e: *Si.*

E: ¿Hace cuánto se conocen?

e: *Del cole.*

17- E: ¿Te sentís bien con ellos?

e: *Si.*

E: Cuando necesitas ayuda ¿Podes llamarlos?

e: *Si.*

18- E: ¿Soles hablar con tus amigos?

e: *Si.*

E: ¿De qué temas?

e: *Boludeces de la tele.*

E: ¿Cómo por ejemplo?

e: Ricardo Fort.

19- E: ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?

e: *Bien.*

20- E: ¿Qué actividades compartís con tu grupo de amigos?

e: *Boludear.*

21- E: Cuando alguien piensa distinto a vos ¿Qué haces?

e: *Depende el tema.*

Observaciones:

- Aspecto motor (postural) durante la entrevista: postura corporal distendida pero inquietud, lo que hacia que se moviera continuamente en su mismo lugar.
- Comunicación Verbal:
  - Comprensión de las preguntas: buena compresión.
- Comunicación No Verbal:
  - Uso de gestos por el entrevistado: algunas expresiones faciales.

Nombre: **ALBERTO** Edad: 15 AÑOS Fecha: 10/08/2010 .

1- E: ¿Podrías contarnos cuales eran tus dificultades al ingresar al grupo de entrenamiento?

e: *Si. No me podía relacionar.*

2- E: El grupo ¿Te ha ayudado?

e: *Si.*

E: ¿En qué crees que te ayudo?

e: *No se.*

3- E: ¿Cómo crees que es tu estado de salud?

e: *Alérgico.*

4- E: ¿Cómo te describirías a vos mismo?

e: *No se* (pensativo) *Con capacidades…ambicioso*.

5- E: ¿Te sentís valioso para los demás?

e: *Si.*

6- E: ¿Te sentís capaz para realizar tus actividades diarias?

e: *Si.*

E: ¿Y para resolver problemas?

e: *Si.*

7- E: ¿Qué quiere el mono?

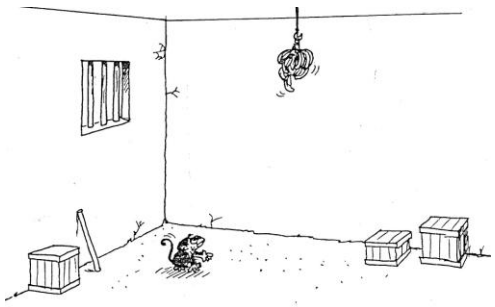
e: *Las bananas*.

E: ¿Por qué no las puede agarrar?

e: *Porque están altas*.

E: ¿Qué puede hacer para alcanzar las bananas?

e: *Usar las cajas para escalar y alcanzarlas.*



8- E: Cuando tenes un problema que no podes resolver solo ¿Pedís ayuda?

e: *Si.*

E:¿A quienes?

e: *A mis padres.*

9- E: Cuando se te presenta un problema con algún compañero o amigo ¿Cómo lo resolves?

e: *Respondo de igual manera.*

10- Imagen 1:

E: ¿Cómo se siente el primer chico?

e: *Feliz.*

E: ¿Se te ocurre que está pensando?

e: *Le dieron "Doritos".*

Imagen 2:

E: ¿El segundo?

e: *Triste.*

E: ¿Que podría estar pensando?

e: *Se llevo una materia.*

Imagen 3:

E: ¿El tercero?

e: *Enojado*

E: ¿Se te ocurre que esta pensando?

e: *Sus padres se negaron a darle algo de comer.*

Imagen 4:

E: ¿El cuarto?

e: *Drogado.*

E: ¿Drogado? ¿Y que estaría pensando?

e: *No se.*

Imagen 5:

E: ¿El quinto?

e: *Miedo*.

E: ¿Qué podría estar pensando?

e: *No se.*

11-E: ¿Elegís que actividades hacer vos solo?

e: *Depende de la actividad.*

E: ¿Por ejemplo?

e: *En los tiempos libres si.*

E: ¿Vas solo o andas solo por la calle o necesitas de la compañía de alguien?

e: *A veces si*.

12- E: ¿Podes tomar decisiones vos solo o necesitas ayuda de alguien?

e: *A veces si, a veces no.*

13- E: Cuando conoces a alguien ¿Cómo te presentas?

e: *No se como hacerlo… depende de la persona*.

14- E: Si ves a un grupo de chicos hablando ¿Qué haces?

e*: Si me cae bien, entro a conversar.*

15- E: Si hay un grupo de personas adultas ¿Te acercas para conversar con ellas?

e: *Si.*

E: ¿Sentís que es más fácil hablar con personas adultas o con chicos de tu edad?

e: *Si es mas fácil con adultos.*

16- E: ¿Tenés un grupo de amigos?

e: *Si.*

¿Hace cuánto se conocen?

e: *Desde hace un año*.

17- E: ¿Te sentís bien con ellos?

e: *Si.*

E: Cuando necesitas ayuda ¿Podes llamarlos?

e: *No.*

18- E: ¿Soles hablar con tus amigos?

E: *Si.*

E: ¿De qué temas?

e: *De cualquier cosa.*

19- E: ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?

e: *Con algunos bien y con otros mal*.

E: ¿Con quienes te llevas mal?

e: *Con los que me joden y aparentan ser homosexuales.*

20- E: ¿Qué actividades compartís con tu grupo de amigos?

e: *Fútbol.*

21- E: Cuando alguien piensa distinto a vos ¿Qué haces?

e: *Lo discrimino.*

Observaciones:

- Aspecto motor (postural) durante la entrevista: postura algo rígida.
- Comunicación Verbal:
  - Comprensión de las preguntas: Buena comprensión. En términos generales no necesito de ejemplificaciones.
- Comunicación No Verbal:
  - Uso de gestos por el entrevistado: escaso lenguaje corporal.

ENCUESTAS

DATOS DEL HIJO

NOMBRE: **SIMÓN** EDAD: 16 AÑOS.

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta apropiada. Para responder considere situaciones presentes.
Los datos y respuestas consignados en esta encuesta son confidenciales.

	SI	NO
1- El estado de salud de su hijo/a, en términos generales, ¿Ha mejorado desde que participa en el grupo de entrenamiento? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos: - ***Habla mas de lo que le pasa***	X	
2- ¿Su hijo/a manifiesta sentirse a gusto consigo mismo?		X
3- Su hijo/a ¿Responde adecuadamente a los sentimientos de los demás?		X
4- Su hijo/a ¿Realiza sus tareas o actividades de modo independiente? Si su respuesta es SI, por favor, detalle al menos 2 tareas o actividades. - ***Para las tareas del colegio necesita seguimiento.***	X (En general.)	
5- Su hijo/a cuando va a un lugar nuevo o conoce a alguien ¿Se siente cómodo y puede interactuar sin dificultad?		X
6- Su hijo/a ¿Suele sentirse incapaz para realizar sus actividades diarias?		X
7- Su hijo/a ¿Participa en actividades de ocio que le interesan con otros chicos?		X
8- Su hijo/a ¿Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita?	X	
9- Su hijo/a ¿Se muestra seguro al tener que dialogar con los demás?		X
10- Su hijo/a ¿Expresa sus opiniones abiertamente?	X (En general)	
11- Su hijo/a ¿Participa en actividades de recreación o lúdicas con otros chicos/as?	Solo las estipuladas por el colegio y natación.	

12- Si Ud. por determinada situación se siente angustiado/a ¿Su hijo/a reconoce su sentimiento sin que Ud. se lo tenga que decir?	A veces.	
13- Su hijo/a ¿Responde correctamente a las sugerencias o peticiones de los demás?	Depende.	
14- Su hijo/a ¿Puede iniciar una conversación con alguien que no conoce?	X (Si le interesa)	
15- Su hijo/a ¿Tiene un grupo de amigos al que frecuenta?		X
16- Su hijo/a ¿Puede identificar y diferenciar entre una emoción agradable y una desagradable?	X	
17- Su hijo/a ¿Tiene dificultades para comprender la información que recibe?	A veces.	
18- Su hijo/a ¿Resuelve con eficacia los conflictos interpersonales? Si su respuesta es NO, por favor, detalle al menos 2 conductas que considere inapropiadas:	Depende.	
19- Si una persona que esta interactuando con su hijo/a tiene ideas u opiniones contrarias a las de él ¿Responde agresivamente o con enojo?		X
20- Su hijo/a ¿Se siente a gusto con su grupo de compañeros del colegio?		X
21- Su hijo/a ¿Puede utilizar gestos para comunicar algún mensaje?	A veces.	
22- Cuando su hijo/a tiene algún problema ¿Tiene uno o dos amigos a los cuales acudir para compartir el mismo?		X
23- Su hijo/a cuando tiene que describirse a sí mismo ¿Utiliza palabras agradables?	(Item no marcado)	
24- Su hijo/a ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar con normalidad las actividades diarias? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos: - ***Para relacionarse con sus pares.***	X	
25- Su hijo/a ¿Se muestra seguro cuando tiene que resolver un problema?	Depende.	

Muchas Gracias por su colaboración

DATOS DEL HIJO

NOMBRE: **ESTEBAN** EDAD: 19 AÑOS

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta apropiada. Para responder considere situaciones presentes.
Los datos y respuestas consignados en esta encuesta son confidenciales.

	SI	NO
1- El estado de salud de su hijo/a, en términos generales, ¿Ha mejorado desde que participa en el grupo de entrenamiento? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:	Es igual	
2- ¿Su hijo/a manifiesta sentirse a gusto consigo mismo?	No manifiesta nada	
3- Su hijo/a ¿Responde adecuadamente a los sentimientos de los demás?	A veces si, a veces no.	
4- Su hijo/a ¿Realiza sus tareas o actividades de modo independiente? Si su respuesta es SI, por favor, detalle al menos 2 tareas o actividades		X (Si la pregunta se refiere a las actividades escolares)
5- Su hijo/a cuando va a un lugar nuevo o conoce a alguien ¿Se siente cómodo y puede interactuar sin dificultad?		X
6- Su hijo/a ¿Suele sentirse incapaz para realizar sus actividades diarias?		X
7- Su hijo/a ¿Participa en actividades de ocio que le interesan con otros chicos?		X
8- Su hijo/a ¿Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita?	X	
9- Su hijo/a ¿Se muestra seguro al tener que dialogar con los demás?	X (Pero no con sus pares)	
10- Su hijo/a ¿Expresa sus opiniones abiertamente?	X	
11- Su hijo/a ¿Participa en actividades de recreación o lúdicas con otros chicos/as?		X
12- Si Ud. por determinada situación se siente angustiado/a ¿Su hijo/a reconoce su sentimiento sin que Ud. se lo tenga que decir?	X	

13- Su hijo/a ¿Responde correctamente a las sugerencias o peticiones de los demás?	X	
14- Su hijo/a ¿Puede iniciar una conversación con alguien que no conoce?		X
15- Su hijo/a ¿Tiene un grupo de amigos al que frecuenta?		X
16- Su hijo/a ¿Puede identificar y diferenciar entre una emoción agradable y una desagradable?	X	
17- Su hijo/a ¿Tiene dificultades para comprender la información que recibe?		X
18- Su hijo/a ¿Resuelve con eficacia los conflictos interpersonales? Si su respuesta es NO, por favor, detalle al menos 2 conductas que considere inapropiadas:	A veces si, a veces no.	
19- Si una persona que esta interactuando con su hijo/a tiene ideas u opiniones contrarias a las de él ¿Responde agresivamente o con enojo?		X
20- Su hijo/a ¿Se siente a gusto con su grupo de compañeros del colegio?		X
21- Su hijo/a ¿Puede utilizar gestos para comunicar algún mensaje?		X
22- Cuando su hijo/a tiene algún problema ¿Tiene uno o dos amigos a los cuales acudir para compartir el mismo?		X
23- Su hijo/a cuando tiene que describirse a sí mismo ¿Utiliza palabras agradables?	X	
24- Su hijo/a ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar con normalidad las actividades diarias? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		X
25- Su hijo/a ¿Se muestra seguro cuando tiene que resolver un problema?	Depende que tipo de problema.	

Muchas Gracias por su colaboración

DATOS DEL HIJO

NOMBRE: **MARCOS** EDAD: 15 AÑOS .

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta apropiada. Para responder considere situaciones presentes.
Los datos y respuestas consignados en esta encuesta son confidenciales.

	SI	NO
1- El estado de salud de su hijo/a, en términos generales, ¿Ha mejorado desde que participa en el grupo de entrenamiento? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos: - ***Esta más tranquilo.***	X	
2- ¿Su hijo/a manifiesta sentirse a gusto consigo mismo?	X	
3- Su hijo/a ¿Responde adecuadamente a los sentimientos de los demás?	X	
4- Su hijo/a ¿Realiza sus tareas o actividades de modo independiente? Si su respuesta es SI, por favor, detalle al menos 2 tareas o actividades - ***Colegio*** - ***Cosas de la casa***	X	
5- Su hijo/a cuando va a un lugar nuevo o conoce a alguien ¿Se siente cómodo y puede interactuar sin dificultad?		X
6- Su hijo/a ¿Suele sentirse incapaz para realizar sus actividades diarias?		X
7- Su hijo/a ¿Participa en actividades de ocio que le interesan con otros chicos?		X
8- Su hijo/a ¿Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita?	X	
9- Su hijo/a ¿Se muestra seguro al tener que dialogar con los demás?		X
10- Su hijo/a ¿Expresa sus opiniones abiertamente?	X	
11- Su hijo/a ¿Participa en actividades de recreación o lúdicas con otros chicos/as?		X
12- Si Ud. por determinada situación se siente angustiado/a ¿Su hijo/a reconoce su sentimiento sin que Ud. se lo tenga que decir?	X	

13- Su hijo/a ¿Responde correctamente a las sugerencias o peticiones de los demás?		X
14- Su hijo/a ¿Puede iniciar una conversación con alguien que no conoce?		X
15- Su hijo/a ¿Tiene un grupo de amigos al que frecuenta?	X	
16- Su hijo/a ¿Puede identificar y diferenciar entre una emoción agradable y una desagradable?	X	
17- Su hijo/a ¿Tiene dificultades para comprender la información que recibe?	X	
18- Su hijo/a ¿Resuelve con eficacia los conflictos interpersonales? Si su respuesta es NO, por favor, detalle al menos 2 conductas que considere inapropiadas: - ***No siempre comprende el conflicto*** - ***No se pone en el lugar del otro***		X
19- Si una persona que esta interactuando con su hijo/a tiene ideas u opiniones contrarias a las de él ¿Responde agresivamente o con enojo?	X	
20- Su hijo/a ¿Se siente a gusto con su grupo de compañeros del colegio?	X	
21- Su hijo/a ¿Puede utilizar gestos para comunicar algún mensaje?	X	
22- Cuando su hijo/a tiene algún problema ¿Tiene uno o dos amigos a los cuales acudir para compartir el mismo?		X
23- Su hijo/a cuando tiene que describirse a sí mismo ¿Utiliza palabras agradables?	X	
24- Su hijo/a ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar con normalidad las actividades diarias? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		X
25- Su hijo/a ¿Se muestra seguro cuando tiene que resolver un problema?	X	

Muchas Gracias por su colaboración

DATOS DEL HIJO

NOMBRE: **CARLOS** EDAD: 15 AÑOS .

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta apropiada. Para responder considere situaciones presentes.
Los datos y respuestas consignados en esta encuesta son confidenciales.

	SI	NO
1- El estado de salud de su hijo/a, en términos generales, ¿Ha mejorado desde que participa en el grupo de entrenamiento? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		X
2- ¿Su hijo/a manifiesta sentirse a gusto consigo mismo?	X	
3- Su hijo/a ¿Responde adecuadamente a los sentimientos de los demás?		X
4- Su hijo/a ¿Realiza sus tareas o actividades de modo independiente? Si su respuesta es SI, por favor, detalle al menos 2 tareas o actividades - ***Compras*** - ***Tareas***	X	
5- Su hijo/a cuando va a un lugar nuevo o conoce a alguien ¿Se siente cómodo y puede interactuar sin dificultad?		X
6- Su hijo/a ¿Suele sentirse incapaz para realizar sus actividades diarias?		X
7- Su hijo/a ¿Participa en actividades de ocio que le interesan con otros chicos?	X	
8- Su hijo/a ¿Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita?	X	
9- Su hijo/a ¿Se muestra seguro al tener que dialogar con los demás?		X
10- Su hijo/a ¿Expresa sus opiniones abiertamente?	X	
11- Su hijo/a ¿Participa en actividades de recreación o lúdicas con otros chicos/as?		X
12- Si Ud. por determinada situación se siente angustiado/a ¿Su hijo/a reconoce su sentimiento sin que Ud. se lo tenga que decir?	X	

13- Su hijo/a ¿Responde correctamente a las sugerencias o peticiones de los demás?		X
14- Su hijo/a ¿Puede iniciar una conversación con alguien que no conoce?	X	
15- Su hijo/a ¿Tiene un grupo de amigos al que frecuenta?	X	
16- Su hijo/a ¿Puede identificar y diferenciar entre una emoción agradable y una desagradable?	X	
17- Su hijo/a ¿Tiene dificultades para comprender la información que recibe?		X
18- Su hijo/a ¿Resuelve con eficacia los conflictos interpersonales? Si su respuesta es NO, por favor, detalle al menos 2 conductas que considere inapropiadas:	X (Con Ayuda)	
19- Si una persona que esta interactuando con su hijo/a tiene ideas u opiniones contrarias a las de él ¿Responde agresivamente o con enojo?		X
20- Su hijo/a ¿Se siente a gusto con su grupo de compañeros del colegio?		X
21- Su hijo/a ¿Puede utilizar gestos para comunicar algún mensaje?	X	
22- Cuando su hijo/a tiene algún problema ¿Tiene uno o dos amigos a los cuales acudir para compartir el mismo?		X
23- Su hijo/a cuando tiene que describirse a sí mismo ¿Utiliza palabras agradables?	X	
24- Su hijo/a ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar con normalidad las actividades diarias? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		X
25- Su hijo/a ¿Se muestra seguro cuando tiene que resolver un problema?		X

Muchas Gracias por su colaboración

DATOS DEL HIJO

NOMBRE: **ALBERTO** EDAD: 15 AÑOS .

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta apropiada. Para responder considere situaciones presentes.
Los datos y respuestas consignados en esta encuesta son confidenciales.

	SI	NO
1- El estado de salud de su hijo/a, en términos generales, ¿Ha mejorado desde que participa en el grupo de entrenamiento? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		X
2- ¿Su hijo/a manifiesta sentirse a gusto consigo mismo?	X	
3- Su hijo/a ¿Responde adecuadamente a los sentimientos de los demás?		X
4- Su hijo/a ¿Realiza sus tareas o actividades de modo independiente? Si su respuesta es SI, por favor, detalle al menos 2 tareas o actividades		X
5- Su hijo/a cuando va a un lugar nuevo o conoce a alguien ¿Se siente cómodo y puede interactuar sin dificultad?		X
6- Su hijo/a ¿Suele sentirse incapaz para realizar sus actividades diarias?		X
7- Su hijo/a ¿Participa en actividades de ocio que le interesan con otros chicos?		X
8- Su hijo/a ¿Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita?	X	
9- Su hijo/a ¿Se muestra seguro al tener que dialogar con los demás?		X
10- Su hijo/a ¿Expresa sus opiniones abiertamente?	X	
11- Su hijo/a ¿Participa en actividades de recreación o lúdicas con otros chicos/as?		X
12- Si Ud. por determinada situación se siente angustiado/a ¿Su hijo/a reconoce su sentimiento sin que Ud. se lo tenga que decir?	X	

13- Su hijo/a ¿Responde correctamente a las sugerencias o peticiones de los demás?	X	
14- Su hijo/a ¿Puede iniciar una conversación con alguien que no conoce?		X
15- Su hijo/a ¿Tiene un grupo de amigos al que frecuenta?		X
16- Su hijo/a ¿Puede identificar y diferenciar entre una emoción agradable y una desagradable?	X	
17- Su hijo/a ¿Tiene dificultades para comprender la información que recibe?		X
18- Su hijo/a ¿Resuelve con eficacia los conflictos interpersonales? Si su respuesta es NO, por favor, detalle al menos 2 conductas que considere inapropiadas:	A veces	
19- Si una persona que esta interactuando con su hijo/a tiene ideas u opiniones contrarias a las de él ¿Responde agresivamente o con enojo?		X
20- Su hijo/a ¿Se siente a gusto con su grupo de compañeros del colegio?		X
21- Su hijo/a ¿Puede utilizar gestos para comunicar algún mensaje?	X	
22- Cuando su hijo/a tiene algún problema ¿Tiene uno o dos amigos a los cuales acudir para compartir el mismo?		X
23- Su hijo/a cuando tiene que describirse a sí mismo ¿Utiliza palabras agradables?	X	
24- Su hijo/a ¿Tiene algún problema de salud que le impida realizar con normalidad las actividades diarias? Si la respuesta es SI, por favor, de al menos 2 ejemplos concretos:		X
25- Su hijo/a ¿Se muestra seguro cuando tiene que resolver un problema?		X

Muchas Gracias por su colaboración

PLANILLAS OBSERVACIÓN

	Conductas Específicas	SIMON	ESTEBAN	MARCOS	CARLOS	ALBERTO
Habilidades Básicas de Interacción Social	Sonreír	No	Si	Si	No	Si
	Contacto Ocular	Si	Si	Si	Si	Si
	Saludar	Si	Si	Si	Si	Si
	Presentación de sí mismo y de los demás	No	Si	Si	Si	No
	Favores (pedir o hacer)	No se observo	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Cortesía y Amabilidad	Si	Si	Si	Si	Si
Habilidades Conversacionales	Iniciar la conversación e interacción social	Si	Si	Si	Si	Si
	Mantener la conversación	No	Si	No	Si	Si
	Terminar la conversación	No	Si	Si	Si	Si
	Unirse a conversaciones	Si	Si	Si	Si	Si
	Poder conversar en grupo	No	No	No	Si	Si
	Toma y respeto de turnos	No	No	No	Si	Si
	Registrar el interés del otro	No	No se observo	No	No se observo	Si
	Ser reciproco y permitir reciprocidad	No	No se observo	No	Si	Si
	Adecuación al contexto e interlocutor	No	No se observo	No	No se observo	No se observo
	Comprensión de la comunicación no verbal	No	No	Si	Si	No se observo
Habilidades de Negociación y resolución de Problemas y Conflictos	Identificar problemas interpersonales	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Buscar soluciones	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Anticipar consecuencias	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Elegir una solución	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Probar una solución	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Aceptar NO como respuesta	No	No se observo	Si	No se observo	No se observo
	Defender las opiniones y derechos propios	No	No	Si	No se observo	No se observo

	Conductas Específicas	SIMON	ESTEBAN	MARCOS	CARLOS	ALBERTO
Habilidades de Juego	Invitar a alguien a Jugar	No	Si	No se observo	No se observo	No se observo
	Unirse al juego de otros	Si	Si	No se observo	No se observo	No se observo
	Ponerse de acuerdo para jugar	Si	Si	No se observo	No se observo	No se observo
	Manejar el perder/ tolerancia a la frustración	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Manejar el ganar	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Creatividad/ Imaginación	No	Si	No se observo	No se observo	No se observo
	Cooperar y compartir	No se observo	Si	No se observo	No se observo	No se observo
	Reforzar a los compañeros de juego	No se observo	No se observo	No se observo	No se observo	No se observo
Habilidades relacionadas con las Emociones	Reconocer los sentimientos propios	No	Si	Si	Si	Si
	Mantenerse calmo ante sentimientos propios no deseados	Si	No	Si	No se observo	No se observo
	Expresar emociones	No	No	No se observo	Si	No
	Responder a emociones y sentimientos de los demás/ Mostrar comprensión (empatía)	No	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Alentar a una persona en problemas	No se observo	No	No se observo	No se observo	No se observo
	Responder adecuadamente a las burlas	No se observo	No	Si	No se observo	No se observo

ENTREVISTAS

DIMENSIÓN	INDICADOR	PRE-GUN-TA	SIMON
FISICA	Percepción subjetiva del estado de salud general	3	*¿Mi estado de salud? Hace mucho…creo que esta imperfecta.* *No lo se, simplemente no me siento satisfecho de cómo estoy.* *Ambas.* *Tal vez. Bueno, con el dolor que siento en los ligamentos.* *Tal vez, pero no me sale. Si. Tal vez descontento.*
	Aspecto motor	Se observo	Postura rígida al caminar y al sentarse durante la entrevista. Descoordinación entre pies y manos al caminar
PSICOLOGI-CA	Estima positiva hacia si mismo	4	*¿En qué sentido?* *No lo se, nunca me he comparado.* *Creo que soy un caprichoso que odia perder.* *Tal vez todo lo que has dicho.* *Inseguro, conversador, egoísta, callado, raro, aburrido, intranquilo.*
		5	*¿Qué cosa? ¿Valioso?* *No se para quién demás.* *No lo se.*
	Percepción positiva de las destrezas cognitivas	6	*Si.* *Si.*
	Capacidad para resolver problemas	7	*A veces.* *No lo se. Imposible saberlo.* *Tal vez a todos los que conozca. Si es necesario, a alguien que conozca.* *A ustedes. Pero puede ser a cualquiera.*
		8	*Las bananas obviamente.* *Porque está alto.* *Pues no puede hacer nada.* *No, no puede. No puede hacerlo solo, eso seguro.* *Depende ¿Se piden ayuda entre otros para pedir ayuda?* *A una persona, pero si esta solo no puede hacer nada, es inútil.*
		9	*Pido ayuda.* *No se a quien, a un mayor.* *Un preceptor.* *Si.*
	Reconoci-miento de emociones	10	*Feliz. No* *Tranquilo. Nada* *Enojado. No* *Asustado. Peligro* *Triste. Algo que paso. No se que ejemplos poner*
		11	*Si* *Quedarme quieto*

	Independencia en las acciones		*Tal vez algo* *La verdad, no se que me gusta* *A veces* *Eh… de todo tal vez* *Si* *No se, tal vez para ir a otra cuidad, por ejemplo* *Si* *A la que está después de Vicente López*
		12	*Solo puedo…mira la decisión siempre la toma uno. ¿Tendría sentido que dos tomaran una decisión?* *¿Pero te hace que decidas?¿Te dice que hacer?...No!* *Pero no cambia nada el hecho que existan dos opiniones* *Tal vez, a veces…igualmente las decisiones son de uno y nada más*
SOCIAL	Desenvolvimiento social	13	*Pues le digo hola* *No*
		14	*La verdad ni me interesa de que hablen*
		15	*No se si sea solo para conversar* *La verdad, creo que no, no lo haría* *Ninguna de las dos*
	Establecimiento de relaciones estables	16	*No*
		17	No se pregunto porque en la pregunta anterior se contesto con negativa.
	Entablar diálogo con los demás	15	*No se si sea solo para conversar* *La verdad, creo que no, no lo haría* *Ninguna de las dos*
		18	No se pregunto porque el adolescente contesto no tener grupo de amigos.
		19	*No lo se, la verdad no lo se* *No se, no se, quizás eso, más o menos* *Claro que puedo* *No se, creo que de todo* *Hum…creo…hace mucho que no hago eso* *Si, pero es bastante rápido*
	Respeto por las opiniones propias y ajenas	21	*Es su forma de ser, no tengo porque hacer nada* *Bueno, debo decir que no le importa nada entonces* *Simplemente no puede confiar en nadie* *No se* *¿De qué!?* *¿Por qué?* *¿Por qué?* *¿Y quién dice que yo quería que pienses así?* *¿Por qué?* *¿Convencer de qué?!* *¿Y por qué debo convencerte de eso?* *No se… Miren, ¿por qué hablamos de esto?* *Pero eso ¿No es fascismo?* *No…me estarías presionando* *Pero…¿Por qué compartir? Si me decís que uno dice lo opuesto del*

			otro *¿Y eso como se llama?* *No pregunte otra cosa* *¿Por qué lo tengo que convencer de que piense como yo?* *Pero eso es algo que nunca va a pasar* *¿No lo sabes?! ¿No sabes lo que es la personalidad?* *Es como una huella digital, nunca va a ser igual* *Si y solo eso…no necesito pedir que pienses como yo* *¿Por qué?* *¿De qué? ¿De qué piense como yo?*
	Uso de la comunicación no verbal	Se observo	No puede utilizar la comunicación no verbal, sus mensajes son trasmitidos solo por lenguaje verbal. Su postura es rígida aunque el contenido del mensaje requeriría de cambios posturales.
	Participa-ción en actividades lúdicas	20	No se pregunto porque el adolescente contesto no tener grupo de amigos.

DIMEN-SIÓN	**INDICADOR**	**PRE-GUNTA**	**ESTEBAN**
FISICA	Percepción subjetiva del estado de salud general	3	*Creo que perfecto.*
	Aspecto motor	Se obser-vo	Postura distendida durante la entrevista.
PSICO-LOGI-CA	Estima positiva hacia si mismo	4	*Inteligente, superior al resto, importante, fuerte.* *Normal…bien, por ahí un poco flaco.*
		5	*A veces sí, a veces no.* *Con los humanos no, pero con otros seres vivos sí.*
	Percepción positiva de las destrezas cognitivas	6	*Generalmente si.* *Si.*
	Capacidad para resolver problemas	7	*Su banana.* *Porque está muy alto.* *Agarrar esas cajas y usarlas como escaleras.*
		8	*Si.* *A la persona que este ahí en ese momento.*
		9	*Le rompía la cara, diciendo los mayores insultos.* *A veces le digo al profesor.*
	Reconoci-miento de emociones	10	*Feliz. No.* *Aburrido. No se.* *Furia, enojo. No se…No es recomendable compartirlo. Si no conozco a la persona no lo comparto, si es simpático tal vez si.* *Susto, miedo. Generalmente no tengo miedo… Si un ser querido*

			esta en problemas, si tengo miedo. *Tristeza, soledad. Depende de que cosa sea*
	Independen-cia en las acciones	11	*Si* *Jugar a la compu, ver tele.* *Puedo solo.*
		12	*Si es una decisión fácil lo hago solo, si es difícil pregunto o pido ayuda.*
SO-CIAL	Desenvolvi-miento social	13	*Digo hola, mi nombre, hablo un poco, le pregunto la edad, pero primero averiguo si es simpático.*
		14	*Que sigan hablando, ¿Pará qué me voy a meter?* *...Si es un tema importante me meto.*
		15	*No.* *Porque son aburridas.* *Depende de la inteligencia de la persona...aunque es similar.*
	Establecimien-to de relaciones estables	16	*No...solo mis primos con los que converso.*
		17	*Depende de que primos.* *No necesito su ayuda...No lo hago.* *No tienen capacidad para entender mis cosas.*
	Entablar diálogo con los demás	15	*No.* *Porque son aburridas.* *Depende de la inteligencia de la persona...aunque es similar.*
		18	*Si.* *Videojuegos, nuevas tecnologías, futbol, cosas de hoy en día.*
		19	*Pésimo.* *No se.* *No, no puedo conversar con ellos.*
	Respeto por las opiniones propias y ajenas	21	*No me gusta* *Si es algo importante, me molesta.* *Y si me lo dice mal, lo mato...si me lo dice bien, no se...*
	Uso de la comunicación no verbal	Se obser-vo	Uso de algunas expresiones faciales, aunque se presentan dificultades en la comprensión de la comunicación no verbal.
	Participación en actividades lúdicas	20	*Jugar videos juegos, ir a la pileta, ir al cine.*

DIMEN-SIÓN	**INDICADOR**	**PREGUN-TA**	**MARCOS**
FISICA	Percepción subjetiva del estado de salud general	3	*Próspero.*
	Aspecto motor	Se observo	Postura distendida.
	Estima positiva hacia si mismo	4	*Humilde.* *Si.*

PSICO-LOGICA		5	*Si.*
	Percepción positiva de las destrezas cognitivas	6	*Si.* *Si.*
	Capacidad para resolver problemas	7	*Las bananas.* *Porque están altas.* *Podría utilizar las cajas, apilándolas una encima de otra y utilizar el palo que esta ahí para bajarlas*
		8	*Si.* *A mis padres.*
		9	*Doy excusas.* *Lo perdono.*
	Reconocimiento de emociones	10	*Feliz. A la profe de matemática se le chocó el auto y no viene a clase.* *Triste. Lo abandonó la novia* *Enojado. La hermana le volcó coca en la computadora.* *Loco. Vio un accidente de auto* *Vergüenza. Se tropezó.*
	Independencia en las acciones	11	*Si.* *Jugar a la play, mirar tele.* *Y a veces ando solo por la calle.*
		12	*A veces si, y a veces no.*
SOCIAL	Desenvolvimiento social	13	*Me hago el divertido.*
		14	*Me meto en la conversación.*
		15	*Si.* *Si es más fácil con personas adultas.*
	Establecimiento de relaciones estables	16	*Si.* *Desde la infancia.*
		17	*Si.* *Si.*
	Entablar diálogo con los demás	15	*Si.* *Si es más fácil.*
		18	*Si.* *De cualquier cosa.*
		19	*Bien.*
	Respeto por las opiniones propias y ajenas	21	*Digo lo que pienso si estoy bien, si no me callo.*
	Uso de la comunicación no verbal	Se observo	Gesticulaciones faciales, pero escaso lenguaje corporal.
	Participación en actividades lúdicas	20	*Charlar y boludear.*

DIMEN-SIÓN	INDICADOR	PREGUN-TA	CARLOS
FISICA	Percepción subjetiva del estado de salud general	3	*Bueno.*
	Aspecto motor	Se observo	Postura corporal distendida pero inquietud, lo que hacia que se moviera continuamente en su mismo lugar.
PSICO-LOGICA	Estima positiva hacia si mismo	4	*Copado.* *Si.*
		5	*Si.*
	Percepción positiva de las destrezas cognitivas	6	*Si.* *Si.*
	Capacidad para resolver problemas	7	*Sus bananas.* *Porque están fuera de su alcance, por la altura.* *Usar las cajas como escalera y con el palo bajarlas.*
		8	*Si.* *A mis padres.*
		9	*Encaro al tipo.*
	Reconocimiento de emociones	10	*Feliz. No se llevó ninguna materia.* *Triste. Se le murió un familiar.* *Enojado. Lo joden en la escuela.* *No se. Le pegaron en la jeta.* *No se. No se me ocurre.*
	Independencia en las acciones	11	*Si.* *Voy solo.*
		12	*A veces si, y a veces no.*
SOCIAL	Desenvolvimiento social	13	*Le dio "Hola ¿Cómo andas?" y le doy la mano.*
		14	*Me acerco y me meto en la conversación.*
		15	*Si.* *No, no es más fácil.*
	Establecimiento de relaciones estables	16	*Si.* *Del cole.*
		17	*Si.* *Si.*
	Entablar diálogo con los demás	15	*Si.* *No, no es más fácil.*
		18	*Si.* *Boludeces de la tele.* *Ricardo Fort.*
		19	*Bien.*
	Respeto por las opiniones propias y ajenas	21	*Depende del tema.*
	Uso de la comunicación no	Se observo	Uso de algunas expresiones faciales.

	verbal		
	Participación en actividades lúdicas	20	*Boludear.*

DIMEN-SIÓN	INDICADOR	PREGUN-TA	ALBERTO
FISICA	Percepción subjetiva del estado de salud general	3	*Alérgico.*
	Aspecto motor	Se observo	Postura corporal un poco rígida.
PSICO-LOGICA	Estima positiva hacia si mismo	4	*No se (*pensativo*) Con capacidades…ambicioso.*
		5	*Si.*
	Percepción positiva de las destrezas cognitivas	6	*Si.* *Si.*
	Capacidad para resolver problemas	7	*Las bananas.* *Porque están altas.* *Usar las cajas para escalar y alcanzarlas.*
		8	*Si.* *A mis padres.*
		9	*Respondo de igual manera.*
	Reconocimiento de emociones	10	*Feliz. Le dieron "Doritos"* *Triste. Se llevó una materia* *Enojado. Sus padres se negaron a darle algo de comer.* *Drogado. No se.* *Miedo. No se.*
	Independencia en las acciones	11	*Depende de la actividad.* *En los tiempos libres si.* *A veces si.*
		12	*A veces si, y a veces no.*
SOCIAL	Desenvolvimiento social	13	*No se como hacerlo… depende de la persona.*
		14	*Si me cae bien, entro a conversar.*
		15	*Si.* *Si es más fácil con adultos.*
	Establecimiento de relaciones estables	16	*Si.* *Desde hace un año.*
		17	*Si.* *No.*
	Entablar diálogo con los demás	15	*Si.* *Si es más fácil con adultos.*
		18	*Si.*

			De cualquier cosa.
		19	*Con algunos bien y con otros mal.* *Con los que me joden y aparentan ser homosexuales.*
	Respeto por las opiniones propias y ajenas	21	*Lo discrimino.*
	Uso de la comunicación no verbal	Se observo	Escasa utilización de lenguaje corporal y facial.
	Participación en actividades lúdicas	20	*Fútbol.*

ENCUESTAS

DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	INDICADOR	ITEM	PADRES SIMON	PADRES ESTEBAN	PADRES MARCOS	PADRES CARLOS	PADRES ALBERTO
FISICA	Percepción subjetiva del estado de salud general	1	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
		24	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
PSICOLOGICA	Estima positiva hacia si mismo	2	Negativo	Rta. dudosa	Positivo	Positivo	Positivo
		23	No contesto	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
	Percepción positiva de las destrezas cognitivas	6	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
		17	Rta. dudosa	Positivo	Negativo	Positivo	Positivo
	Capacidad para resolver problemas	18	Rta. dudosa	Rta. Dudosa	Negativo	Positivo	Rta. dudosa
		25	Rta. dudosa	Rta. dudosa	Positivo	Negativo	Negativo
	Reconocimiento de emociones	3	Negativo	Rta. dudosa	Positivo	Negativo	Negativo
		16	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
	Independencia en las acciones	4	Rta. dudosa	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo
		8	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
SOCIAL	Desenvolvimiento social	5	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
		7	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo
		13	Rta. dudosa	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo
		20	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
	Establecimiento de relaciones estables	15	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo
		22	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
	Entablar diálogo con los demás	9	Negativo	Rta. dudosa	Negativo	Negativo	Negativo
		14	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo
	Respeto por las opiniones ajenas	10	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
		19	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo	Positivo
	Uso de la comunicación no verbal	12	Rta. dudosa	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
		21	Rta. dudosa	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo
	Participación en actividades lúdicas	11	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
		7	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association de Washington. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales]. España. Masson.

Attwood, T. (2002) *El Síndrome de Asperger: una guía para la familia*. España. Paidós.

Atwood, T. (2009) *Guía del Síndrome de Asperger*. España. Paidós.

Ballester Arnal, R. & Gil Llario, M. (2002) *Habilidades sociales. Evaluación y tratamiento*. España. Síntesis.

Bunge, E.; Gomar, M. & Mandil, J. (2008) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires. Akadia.

Cumine, V.; Leach, J. & Stevenson, G. (1998). *Asperger Syndrome. A practical guide for teachers*. [Síndrome de Asperger: una guía para profesores] London. David Fulton Publishers.

García-Viniegras, C. (2008*) Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires. Paidós.

Griffa, M. & Moreno, J. (2005) *Claves para una psicología del desarrollo*. Volumen II. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (1998) *Metodología de la investigación.* México. McGraw-Hill.

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

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

Nuñez, B. (2008) *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

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

Rodríguez, M. (2007) *Tipos de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes*. Tesis para acceder al titulo de Lic. en Psicología. Paraná. Universidad Católica Argentina.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1998) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* España. Paidós.

Vila, A. (2010) "*Los valores actitudinales como pilares resilientes. Síndrome de Asperger en un hijo, una oportunidad de crecimiento*". Proyecto de Tesis para acceder al título de Lic. en Psicología. Paraná. Universidad Católica Argentina.

Wing, L. (1998) *El Autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. España. Paidós.

Sitios web

Asociación Asperger Argentina (Abril, 2010*). Novedades Asperger*. Año 2. Boletin nº 7. Extraído el día 24 de Abril de 2010 del sitio web http://www.asperger.org.ar/images/stories/boletines/mailing_7.html

Asociación Asperger Argentina (Mayo, 2010*). Novedades Asperger*. Año 2. Boletin nº 8. Extraído el día 5 de Junio de 2010 del sitio web http://www.asperger.org.ar/images/stories/boletines/mailing_8.html

Aranibar Murita, P. *Calidad de vida y vejez*. Extraído el día 24 de Agosto de 2010 del sitio web http://www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5b1%5d.doc.

Bauer, S. *Asperger Syndrome.* Extraído el día 20 de Julio de 2009 del sitio web http://www.aspergersyndrome.org/Articles/kelley.aspx

Barnhill, G. (2002) *Diseñar intervenciones de habilidades sociales para alumnos con Síndrome de Asperger*. Extraído el día 7 de Abril de 2010 del sitio web http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=139&cat=6

Bellini, S. (2009). *Making (and keeping) friends: A model for social skills interaction*. Extraído el día 19 de Julio de 2010 del sitio web http://www.iidc.indiana.edu/index.php?pageId=488

Camacho Gómez, C. & Camacho Gómez, M. (2005) "*Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención"*. [Versión electrónica] Revista profesional española Nº 3. Pág. 1- 27. Extraído el 20 de Marzo de 2010 del sitio web http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v03/habilidades.pdf.

Díaz-Sibaja, M.; Jiménez-Vallecillo, J.; Carmona, R.; Trujillo, A. & Martínez-Serna, O. (2007). *"Vive el Teatro": Un programa de tratamiento para mejorar las habilidades sociales y la autoestima*. Extraído el día 13 de Noviembre de 2009 del sitio web http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=191&cat=6

García Vargas, E. & Jorreto Lloves, R. (2005) *Síndrome de asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas de la 1º jornada Científico-sanitaria sobre Síndrome de Asperger*. Asociación Asperger Andalucía. Extraído el 20 de Marzo de 2010 del sitio web http://www.psyncron.com/es/docs/asperger_enfoque_multidisciplinar.pdf#page=26

García-Villamisar, D. & Muela Morente, C. (2006) *Calidad de vida y rehabilitación socio-laboral en personas con Autismo*. Extraído el día 22 de Julio de 2010 del sitio web http://www.aetapi.org/congresos/vigo_00/comun_22.pdf

Granizo, L.; Naylor, P. & Del Barrio, C. (2005). *Análisis de las relaciones sociales de los alumnos con Síndrome de Asperger en escuelas integradas de secundaria: un estudio de casos*. Revista de Psicodidáctica. Año 2006. Volumen 11. Nº2. Págs. 281- 292- Extraído el día 10 de Noviembre de 2009 del sitio web http://alweb.ehu.es/revistapsicodidactica/historico/2006/20061102.pdf#page=113

Freire Prudencio, S.; Llorente Comí, M.; González Navarro, A.; Martos Peréz, J.; Marténez Díaz, C.; Pascual, R. & Artigas, J. (2007). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Extraído el día 5 de Marzo de 2010 del sitio web http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/578/1/Un%20acercamiento%20al%20SA%20Andalucia.pdf

Klin, A. & Volkmar, F. (1996) *Síndrome de Asperger. Tratamiento e intervención. Algunas recomendaciones para los padres*. Extraído el 28 de Abril de 2010 del sitio web http://www.asperger.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=65

Maristany, M. (2002) *El alumno con Síndrome de Asperger en la escuela primaria*. Extraído el 28 de Abril de 2010 del sitio web http://www.asperger.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=60

Martin Borreguero, P. (2004) *Síndrome de Asperger ¿Excentricidad o Discapacidad Social? Capitulo 5: El diagnóstico diferencial del Síndrome de Asperger*. Extraído el 7 de Septiembre de 2010 del sitio web http://www.asperger.es/asperger.php?t=9.

Merino Martínez, M.; De la Iglesia Gutiérrez, M.; Olivar Parra, J.; Remírez de Ganuza, C.; Hortigüela Terrel, V. & Martínez Martin, M. (2008). *El papel de las habilidades sociales y comunicativas en la inserción laboral de las personas con TEA*. Extraído el día 13 de Noviembre de 2009 del sitio web http://www.aetapi.org/congresos/donosti_08/inicio_archivos/C5Papelhabilidadessociales.pdf

Monjas Casares, M. & González Moreno, B. (1998) *Las habilidades sociales en el currículo*. Extraído el día 30 de Junio de 2010 del sitio web http://213.0.8.18/portal/Educantabria/RECURSOS/Materiales/Biblinter/HABILIDADES.pdf

Schalock, R. & Verdugo Alonso, M. *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Extraído el 7 de Septiembre de 2010 del sitio web http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/55873

Simarro Vázquez, L. & Belinchón Carmona, M (2004) *Síndrome de Asperger y generatividad: evidencia de alteraciones*. Extraído el día 13 de Noviembre de 2009 del sitio web http://www.aetapi.org/congresos/canarias_04/comun_18.pdf

Verdugo Alonso, M. (2004) *Calidad de vida y calidad de vida familiar.* Extraído el 21 de Julio de 2010 del sitio web http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/images/stories/Integracion/cdvfverdugo.pdf

Verdugo Alonso, M.; Gómez Sánchez, L. & Arias Martínez, B. (2009) *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La escala FUMAT*. Extraído el 21 de Julio de 2010 del sitio web http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

Cursos de Formación

Millán, E.; Rubio, M. & Larroulet, A. (2010) *Curso introductorio en habilidades sociales*. Socializarte. Buenos Aires.

INDICE

Página

ABSTRACT..... 2

INTRODUCCIÓN..... 3

ESTADO DEL ARTE..... 5

CAPÍTULO 1: SÍNDROME DE ASPERGER

1.1 Historia del Síndrome de Asperger..... 11

1.2 Haciendo distinciones..... 12

1.3 El Síndrome de Asperger..... 13

1.4 El diagnóstico..... 14

1.5 Criterios diagnósticos..... 16

1.6 Diagnóstico diferencial..... 19

1.6.1 Trastornos comórbidos..... 20

1.6.2 Criterios de diagnóstico diferencial..... 20

1.7 Causas y aspectos neurobiológicos..... 22

1.8 Prevalencia..... 24

1.9 Características del SA..... 25

1.10 Tres teorías acerca del SA..... 29

1.10.1 Teoría sobre el déficit en la "Teoría de la Mente"..... 29

1.10.2 Teoría del déficit de la "Función Ejecutiva"..... 30

1.10.3 Teoría de la "Disfunción del Hemisferios Derecho"..... 30

1.11 El desarrollo de la persona con SA

1.11.1 El niño preescolar..... 30

1.11.2 El niño escolar..... 31

1.11.3 El adolescente..... 32

1.11.4 El adulto 33

1.12 Tratamientos

1.12.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC) 34

1.12.2 Farmacológico 36

1.12.3 Psicoterapia 36

CAPÍTULO 2: HABILIDADES SOCIALES

2.1 Un poco de historia 37

2.2 ¿Qué son las habilidades sociales? 37

2.3 Competencia social y asertividad 39

2.4 Componentes de las habilidades sociales 40

2.5 Adquisición de las habilidades sociales 41

2.6 Tipos de habilidades sociales 43

2.7 Déficit en habilidades sociales 45

2.8 Evaluación de las habilidades sociales 48

2.9 Entrenamiento 54

2.9.1 Entrenamiento individual o grupal 55

2.9.2 Tipos de sesiones grupales 56

2.9.3 Elegir un programa y armar el grupo 57

2.9.4 Técnicas utilizadas en el entrenamiento 58

2.9.5 Generalización de las habilidades entrenadas 61

2.9.6 Fracaso en el entrenamiento 62

CAPÍTULO 3: CALIDAD DE VIDA

3.1 Historia del concepto calidad de vida 63

3.2 Definición 63

3.3 Calidad de vida en personas con discapacidad 65

3.4 Dimensiones e indicadores de la calidad de vida..... 65

3.5 Evaluación de la calidad de vida..... 67

CAPÍTULO 4: MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación..... 68

4.2 Selección de la muestra..... 69

4.3 Técnicas de recolección de datos..... 70

4.4 Operacionalización de variables..... 72

4.5 Plan de tratamiento y análisis de los datos..... 74

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1 Características del espacio y personas de este estudio

5.1.1 Espacio..... 75

5.1.2 Sesiones de EHS..... 75

5.1.3 Grupos..... 76

5.2 El trabajo de campo..... 78

5.3 Sistematización de los datos..... 79

5.4 Análisis de los datos en función de cada adolescente..... 80

5.5 Aspectos recurrente en los análisis..... 92

DISCUSIÓN...... 97

CONCLUSIÓN..... 99

ANEXOS..... 101

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 190

ÍNDICE..... 195