

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: ENFOQUE BASADO EN PROBLEMAS
EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ASPERGER**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Psic. FERNEY MAURICIO BIANCHA ALMEYDA

BUCARAMANGA

2013

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: ENFOQUE BASADO EN PROBLEMAS
EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ASPERGER**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Psic. FERNEY MAURICIO BIANCHA ALMEYDA

Asesora

Psic. Mag. Luzmar Quintero Delgado

BUCARAMANGA

2013

Agradecimientos:

a mi familia que me ha enseñado a vivir,

para así poder enseñar;

que me ha permitido disfrutar,

aun en medio de las vicisitudes.

Contenido

	Pág.
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Del diagnosticar y ser diagnosticado.....	9
De los trastornos generalizados del desarrollo y el Asperger.....	17
Los postulados teóricos de la terapia cognitivo-conductual, enfoque basado en problemas...	22
Metodología de intervención.....	26
Primer contacto y descripción del motivo de consulta.....	26
Historia: análisis diacrónico.....	27
Instrumentos de evaluación empleados.....	28
Estado actual: análisis diacrónico, los problemas presentes.....	30
Evaluación multiaxial.....	33
Intervención propuesta.....	33
Resultados.....	37

Discusión.....	40
Conclusión y recomendaciones finales.....	42
Bibliografía.....	43
Anexo 1: Dimensiones alteradas en los cuadros con espectro autista.....	47
Anexo 2 MOCI: Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley.....	52
Anexo 3 BY-BOCS: Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown.....	53
Anexo 4 GADS: Escala Gilliam para Evaluar trastorno de Asperger.....	54
Anexo 5 Consentimiento informado.....	55
Anexo 6 Formato de historia clínica.....	56

RESUMEN

TITULO	La terapia cognitivo conductual: enfoque basado en problemas en un paciente con diagnóstico de trastorno de Asperger
AUTOR	Psic. Ferney Mauricio Biancha Almeyda
FACULTAD	Especialización en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga
ASESOR	Psic. Mag. Luzmar Quintero Delgado

En el presente documento se muestra el proceso resultante de un estudio de caso, de una paciente de 13 años de edad que cumple los criterios diagnósticos para trastorno de Asperger. Se muestran los resultados obtenidos de la aplicación teórica y práctica de la terapia cognitivo-conductual, basado en los problemas tras 14 sesiones en curso de 16 dispuestas. La terapia dispuesta tiene como objetivo generar conductas adaptativas reconocidas por la paciente y el entorno donde se desenvuelve cotidianamente, frente a las conductas disruptivas, pensamiento rígido, inflexible y sostenido, y malestar emocional ante el reconocimiento de las conductas anormales. Se muestra como para generar las conductas adaptativas se aplican técnicas conductuales de control en la respuesta, tras la previa evaluación con la Escala Gilliam para evaluar el trastorno de Asperger (GADS); y la Escalas de obsesiones y compulsiones para niños Yale-Brown (CY-BOCS) y el inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI).

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, Asperger, normalidad

ABSTRACT

TITLE Cognitive Behavioral therapy: problem based approach in a patient with diagnosis of Asperger's disorder

AUTHOR Psic. Ferney Mauricio Biancha Almeyda

SCHOOL Especialización en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga

COUNSELOR Psic. Mag. Luzmar Quintero Delgado

This paper shows the process resulting from a case study of a 13 years old patient who meets diagnosis criteria for Asperger's disorder. It shows the results obtained from the theoretical and practical application of cognitive-behavioral therapy, problem based course after 14 sessions of a 16 arranged. Willing therapy aims to generate adaptative behaviors recognized by the patient and the environment in wich it operates daily, copared with disruptive behaviors, rigid thinking, uncompromising and sustained, and emotional distress to the recognition of abnormal behavior. It shows how generate adaptative behavioral techniques in the response control, after the previous evaluation to assess Scale Gulliam Asperger's Disorder (GADS) and the absessions and compulsions sacale os children Yale-Brown (CY-BOCS) and the inventory of obsessions and cumpulsions Maudsley (MOCI).

Keywords: cognitive-behavioral therapy, Asperger, normality

INTRODUCCIÓN

El presente documento se genera como resultado de un estudio de caso realizado en el Instituto de Familia y Vida (IFV) de la Universidad Pontificia Bolivariana, a razón de ejercicio de práctica para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica. El IFV como unidad académica, interdisciplinaria, investigativa y de servicios a la luz de los principios cristianos, se ocupa de la difusión, promoción y desarrollo de la calidad de vida de las familias santandereanas, sus miembros y de la sociedad en general. La atención, orientación y psico-pedagogía funcionan como IPS debidamente habilitada, con la adecuada utilización de formatos de consentimiento informado (ver Anexo 5) e historia clínica (ver Anexo 6) y ofrece los servicios de atención psicológica a nivel individual de pareja y de familia. Promueve programas de desarrollo y educación familiar (escuela de padres, formación de maestros, pautas de crianza, manejo de la autoridad, ciclo vital familiar, entre otros) así como trabajo pastoral sobre del matrimonio y la familia. Los consultorios destinados para la realización de las sesiones son valorados como favorables ya que la privacidad en sesión y acomodación en ellos permite la realización de actividades terapéuticas de forma cómoda. Al igual que en el manejo de historia clínica el propio IFV asegura el adecuado manejo y la confidencialidad de las mismas al ser manipuladas únicamente por la personal responsable de archivo y el terapeuta.

Previo al ingreso del IFV se realizaron 60 horas prácticas en la Clínica San Pablo S.A. (CSP) dada la facilidad de ingreso del estudiante a esta institución ya que en su momento era el lugar del trabajo permanente del estudiante. En CSP se realizó seguimiento a tres casos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas en pacientes hospitalizados. En busca de un mejor resultado en el proceso de aprendizaje el estudiante solicita el cambio de sitio de práctica a un ambiente no

controlado, con el fin de dar cuenta de los cambios por efecto de la terapia cognitivo-conductual: enfoque basado en problemas en los pacientes que no habían estado bajo seguimiento psiquiátrico y receta psicofarmacológica. En el IFV se realizó la intervención a nueve casos diferentes con problemáticas tales como crisis estructural de pareja, esquizofrenia, depresión, ansiedad, estrés postraumático y trastorno de Asperger durante 40 horas prácticas por 6 horas semanales. El trastorno de Asperger es tomado como el caso principal de análisis, ya que representa características de interés para el estudiante por ser problema conceptualizado relativamente nuevo en el tiempo y requiere de la inclusión del grupo familiar o cuidadores.

REFERENTE TEÓRICO

Del diagnosticar y el ser diagnosticado

El cambio habido generacionalmente sobre la concepción de paciente y la necesidad de ser intervenido, ya sea con el propósito de aliviarle o “aliviar” su entorno, se elige iniciar esta propuesta teórica con las palabras de Michael Foucault ante el propósito de establecer una postura crítica en las páginas siguientes.

También se encontrara en este texto, la idea, de que la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica. La norma, por consiguiente, es portadora de una pretensión de poder. No es simplemente, y ni siquiera, un principio de inteligibilidad; es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder. Concepto polémico, dice

Canguilhem. Tal vez podría decirse político. En todo caso [...], la norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir, rechazar. Al contrario, siempre está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo.

(Foucault, 2007, p.57)

Para describir como se produce en el responsable de observar al paciente la necesidad de elección, me remito a lo postulado por Foucault sobre la pretensión de poder. Ya que allí es donde en principio se le otorga al profesional la autoridad de observar y emitir un juicio sobre lo que se le presenta. Acto que es posible por la establecida normalización de reconocer al profesional con la habilidad y la autoridad para el diagnóstico. Así es como Canguilhem (1972, p.169-222) citado por Foucault advierte que de este poder, finalmente se pretenda la ejecución de una técnica positiva (o útil), responsabilidad del profesional suscrito al sistema que le pone en contacto con el sujeto observado.

Por lo anterior, se ha de tener en cuenta que de manera consensuada la labor del profesional, para sí mismo adquiere una función dialéctica que es importante definir aun antes de entrar en contacto con la contraparte. En los términos del área en salud el profesional o terapeuta goza de una honra y respeto especiales gracias a que la comunidad reconoce su posición como profesional de la salud mental (Guy, 1995, p.27). Pero también es reconocido como el encargado de orientar el curso de esa relación, si bien tiene el poder de iniciarla y terminarla, tiene a la vez la labor por transformarla puesto que son los expertos de se han forjado con alta formación

académica, finalmente reconociendo al sujeto objeto de observación como el “paciente”. En adelante se buscara lograr una definición clara sobre como un persona llega a ser categorizada como “el paciente”, ya que para ello deben ocurrir una suerte de eventos y conductas, a la vez que de interpretaciones sobre la existencia misma.

Ahora bien, sobre la anormalidad Campusano y Cuevas (2005, p.21) citan a Foucault (2006) al referir en “Los anormales” que el anormal se constituye como un dominio específico a partir de la síntesis de tres personajes: el monstruo humano, el individuo a corregir y el onanista. Personajes pertenecientes a distintos momentos históricos, y que confluyen en la configuración de la identidad señalando como loco, delincuente, discapacitado o pobre, entre otras anormalidades posibles, evoca, en alguna medida, imágenes de alguna de estas tres figuras. No se sostiene la idea sobre la anormalidad fundida en la simple existencia de una persona, sino en las conductas que este releva. También entra en juego el componente interpretativo de los otros (anormales o no) que con la habilidad clasificatoria adecuada incluyen en la categoría a aquellos que deseen. Según Foucault, la fuerza clasificatoria y productiva de la normalización de la sociedad moderna se sostuvo en dos estrategias complementarias: la constitución, en el plano del discurso, del concepto de ‘anormal’ y la medicalización de la sociedad. Medicalización que solo se reserva a aquellos que denominan pacientes.

Por lo escrito anteriormente se alude a la conclusión de que tanto el terapeuta como el paciente personifican un ser substancialmente similar, pero que cumplen roles diferentes en la escena social. Se entiende que los actos del uno justifican los del otro, los del paciente al del

terapeuta, así es que esa relación de poder se retroalimenta constantemente dependiendo de los cambios, sin un guion, solo con la oportunidad de predicción basada en la evidencia empírica y los estudios de caso. Es importante tener presente que para responder a cuáles son entonces las condiciones normalizadas que permiten la definición de paciente, y que avalan la acción del terapeuta en todo momento. Es válido concebir que así como se habla sobre normalidad como conducta, en contra posición se presente la anormalidad definida por Halgin y Whitbourne (2009, p.5-6) basada en procedimientos de diagnóstico como:

1. La angustia o experiencias de dolor emocional o físico que suelen ser comunes, llevan a que un individuo encuentre difícil funcionar. Por ejemplo la depresión profunda o ansiedad intensa, que pueda ser tan grande que algunas personas se vuelven incapaces de realizar actividades cotidianas.
2. Sobre el deterioro implica la reducción progresiva de la capacidad de una persona para funcionar a un nivel óptimo, aun sin hacer referencia a la sensación de malestar emocional o físico.
3. El riesgo para sí mismo o para otras personas, teniendo en cuenta que el *riesgo* hace referencia a un peligro o amenaza para el bienestar psicológico o integridad física, enmarcando aun los pensamientos y comportamientos que generan temor o angustia.
4. El último de los criterios es el comportamiento social y cultural inaceptable, del cual se toman en cuenta los actos que van en contra de lo establecido por la sociedad que en un contexto en particular puede ser visto como extraño o malintencionado, si no tienen cabida en la práctica cotidiana o significado alguno para el grupo social. Es importante tomar en cuenta que los comportamientos considerados extraños para una cultura o sociedad determinada pueden ser bastante común en otra.

En dado caso al reconocer que los comportamientos de una persona pueden ser juzgados como extraños o anormales no pasa de ser solo eso, y crear un sentimiento de incomodidad o desconcierto hacia sí mismo u otros; es entonces que debe de irse más allá, al punto de comprender como un evento anormal puede llegar a llamarse trastorno. Para así justificar la acción del terapeuta. Al tener en cuenta los criterios de anormalidad anteriormente descritos y la definición de trastorno mental que se concibe como:

Un síndrome o pauta conductual o psicológica clínicamente significativa que ocurre en un individuo y que se asocia con angustia presente (por ejemplo, un síntoma doloroso) o discapacidad (por ejemplo, deterioro de una o más áreas de funcionamiento importante) o con un aumento significativo del riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome o pauta no debe ser solo una respuesta esperable y sancionada culturalmente o un evento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido.

Halgin y Whitbourne (2009, p.47)

Se opta por concebir que la supuesta naturaleza intrínseca de dicha anormalidad justifica que el cambio de las conductas en cuestión se conciba como un problema de carácter terapéutico y, por ende, que la finalidad de los procedimientos psicológicos de cambio sea ajustar al individuo, mediante la eliminación o el debilitamiento de sus características anormales, a las formas de

comportamiento que se consideran *congruentes* con los criterios de valor empleados (Ribes, 1990, p.113). Al hablar de normalidad y trastornos mentales se llega a la conclusión de que los medios de análisis de los eventos particulares sean gobernados por las representaciones que la comunidad tiene sobre el malestar y la búsqueda funcional dentro del malestar por la adaptación y aprendizaje.

Para dar paso al abordaje teórico sobre que comportamientos observados se tornan relevantes en la relación terapeuta y paciente para generar un diagnóstico clínico lo más acertado posible, se centra nuevamente la atención sobre que tener en cuenta y cómo abordar la formulación de un caso clínico. Esto como guía en la estructuración de los beneficios integrativos, en la medida que resume aspectos relevantes de un caso entorno a ideas centrales; explicativos, en la medida que provee [tomar contacto] entorno a los aspectos intrapersonales e interpersonales del problema; prescriptiva, en la medida que facilita el diseño de metas adecuadas, puntos de intervención, modalidades y estrategias; predictiva, en la medida que provee una línea base con la cual ir comparando los avances, a la luz de la identificación de facilitadores y obstaculizadores del proceso y, finalmente, es también una guía para relación terapéutica, al facilitarle al terapeuta la comprensión más profunda de la relación terapéutica, identificar las dificultades de la relación, y finalmente facilitar la empatía con el (la) paciente acerca de la verdadera naturaleza de sus problemas, esto explicado por Sim, Gwee y Bateman (Gonzalez, 2009, p.94). La formulación de caso clínico es una herramienta de trabajo que se puede y se debe ocupar una vez que el contacto se ha establecido y que la alianza de trabajo se ha consolidado. [...] Se supone que la formulación clínica debe facilitar la comprensión del caso y no entorpecerla. Y al tiempo, este ejercicio de conceptualizar un caso, representa el logro que el terapeuta obtiene por la intensidad

en que atiende las necesidades del paciente. No solo por las habilidades sociales que pueda tener, sino por el interés real de conocer tanto el origen como el desarrollo del caso durante la intervención.

Si bien es válido creer que se aprende más de los pacientes, de la práctica clínica constante y del ejercicio de conceptualizar casos clínicos, que de teorías explicativas en libros de texto, es inevitable comprender lo complejo de enfrentar problemas de orden humano sin una estrategia comprobada y organizada previamente para los mismos. Para esto la American Psychiatric Association (Frances y Ross, 2002, p.12-14) pone a disposición una guía clínica para el diagnóstico diferencial, en donde describe 6 etapas para mantener la coherencia:

1. Descartar una etiología relacionada con sustancias (p. ej. Una droga de abuso, un medicamento o la exposición a tóxicos). Recoger una historia cuidadosa y probablemente realizar un examen físico o pruebas de laboratorio para develar si ha habido exposición a alguna sustancia. De ser el caso el clínico debe comprobar si existe una relación etiológica entre el consumo de sustancias y los síntomas psiquiátricos, así como el tipo de relación.
2. Descartar una etiología relacionada con una enfermedad médica. Las enfermedades médicas pueden causar síntomas psiquiátricos mediante el efecto fisiológico directo sobre el sistema nervioso central o provocar síntomas, como la depresión o la ansiedad, que son reacciones psicológicas. Los clínicos que evalúan a pacientes en el ámbito de la salud mental deben ser minuciosos cuando han de considerar etiologías relacionadas con enfermedades médicas, sobre todo en pacientes con manifestaciones atípicas.

3. Determinar el trastorno primario específico que se manifiesta. El DSM se organiza presentando los síntomas, y se deben revisar, en primer lugar, los diagnósticos del apartado que parece más aplicable para determinar qué trastorno encaja mejor en la manifestación. Por ello se proporcionan tres tipos de ayuda en el proceso:
 - a. Los criterios de muchos trastornos del manual incluyen criterios de exclusión, indicando otros trastornos con síntomas similares que deberían tenerse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial.
 - b. El apartado de diagnóstico diferencial de todos los trastornos del texto incluyen comentarios detallados sobre otros trastornos que deban considerarse y cómo distinguirlos.
 - c. El apéndice A proporciona algoritmos de decisión para el diagnóstico diferencial que predisponen al clínico a considerar los trastornos en todos los apartados pertinentes cuando se evalúa cierto tipo de síntoma.
4. Diferencias un trastorno adaptativo de un trastorno no especificado. El no cumplimiento de criterios de síntomas para un diagnóstico específico, el clínico debe tener la pertinencia de contemplar ya sea el diagnóstico de trastorno adaptativo o la categoría de no especificado.
5. Establecer el límite con la ausencia de trastorno mental. Los diagnósticos psiquiátricos actuales incluyen muchos estados que se encuentran muy cerca del límite de la normalidad. Para que el clínico pueda decidir si existe un trastorno mental, es necesario que los síntomas causen problemas clínicamente significativos.
6. Descartar un trastorno facticio o simulación. Cuando un paciente finge los síntomas para conseguir un objetivo externo se considera simulación. Cuando un paciente produce o

finge síntomas no para conseguir un beneficio externo, sino para asumir el rol de enfermo, el clínico debería considerar un diagnóstico de trastorno facticio.

De los trastornos generalizados del desarrollo y el Asperger

Los trastornos generalizados del desarrollo descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995) en su cuarta edición o DSM-IV, clarifican en detalle los criterios principales a manera guía ante la aparición de las conductas anormales en los pacientes. Pero haciendo caso al breve recorrido hecho por el profesor Martin (2003) sobre cómo ha ido evolucionando el concepto de enfermedad frente a los problemas actuales, se recuerdan las categorizaciones previas avaladas por la American Psychiatric Association (1995, p60-62.) en sus ediciones de texto, caso específico del autismo:

1. DSM I – DSM II (1952 – 1968) El autismo era considerado un síntoma de la esquizofrenia.
2. DSM III (1980) Inicia la descripción de autismo infantil
3. DSM III-R (1987) Inclusión del autismo como trastorno
4. DSM IV – DSM IV-TR (1995 – 2000) Se definen cinco categorías diagnósticas dentro de los trastornos generalizados del desarrollo
 - a. Trastorno autista
 - b. Trastorno de Rett
 - c. Trastorno desintegrativo infantil
 - d. Trastorno de Asperger
 - e. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
5. DSM 5 (2013) Se clasifica una única categoría como Trastorno del espectro autista

Es útil la descripción de la cuarta edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, puesto que en este se describe en detalle cuál de los criterios diagnósticos es más oportuno a manera de lista de chequeo y observar el cumplimiento de los mismos en el paciente. Basado en el componente principal de los trastornos generalizados del desarrollo, Comeche y Vallejo (2005, p.551) parten desde la definición de este trastorno hecha por Kanner (1943) como llena de interrogantes acerca de su origen y de su naturaleza, calificándose en numerosas ocasiones como un trastorno enigmático. Enigmático, porque es difícil poder explicar, para las `actuales` teorías del desarrollo, un patrón evolutivo tan atípico y disarmónico. Caracterizado por la coexistencia de alteraciones cualitativas en capacidades psicológicas específicamente humanas que el niño adquiere en su proceso de desarrollo de forma absolutamente incidental sin un aprendizaje explícito, y que tienen que ver con el comprender al otro, con la interacción y con la comunicación; con capacidades que están bien desarrolladas (procesamiento visual, memoria mecánica, habilidades viso-espaciales). En este punto cabe resaltar estos problemas sean de carácter irreversible, o que quien tiene estas condiciones “incidentales”, como las denomina, se deban a un problema específicamente orgánico que impida propender el cambio. Así es como continua en su reflexión diciendo que “el `enigma` se amplía cuando se observa la gran variedad con la que se manifiestan esas alteraciones,” para enfocarse en el objeto principal de atención, o mejor dicho, donde se genera la necesidad de cambio; diciendo “en relación a la interacción social podemos encontrar desde niños que no tienen ninguna intención de relación, hasta aquellos otros que tienen interés por los demás, pero que encuentran serias dificultades debido a su falta de empatía y de conocimiento de las reglas que regulan las interacciones sociales. Lo mismo ocurre con la comunicación y el lenguaje”.

Es entonces que se crea una serie de alternativas tanto de concepción de los problemas como de la forma de intervenirlos, ya que si algunos pacientes presentan estados de gravedad mayor, otros por el contrario utilizan las habilidades adquiridas para ser `normales`. Comeche y Vallejo (2005), en el mismo texto termina su conceptualización sobre los trastornos generalizados del desarrollo llamando la atención a estar atento de la variada sintomatología autista por la posibilidad de manifestarse desde la incomunicación absoluta que observamos en los niños que no tienen ninguna intención comunicativa, hasta aquellos otros que adquieren el lenguaje pero encuentran dificultades en su uso (no entienden el doble sentido, la ironía, etc.)”, así como del “predominio de conductas estereotipadas y ritualistas que vemos en algunos niños, hasta manifestaciones de inflexibilidad como son las idea obsesivas, rígidas y perseverantes que caracterizan el comportamiento de otros.

Es claro que los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por el deterioro evidente en la expresión comunicativa o interacción social, así como de la presencia de conductas extrañas, repetitivas, estereotipadas y en cierta medida un estilo de pensamiento inflexible, que puede ser visto inclusive como obsesivo (hay que advertir que esto último es dependiente del observador). Así es que para tener en cuenta al momento de generar un diagnóstico frente a esta categoría, es importante identificar las variadas condiciones que se presentan en este caso. Por parte del terapeuta el reconocimiento de su experticia y lineamientos teóricos; en el paciente, todo aquello que lo conforma: desarrollo, ambiente y relaciones socio-comunicativas. Ahora bien, “el diagnóstico correcto y temprano del autismo es importante por sus implicaciones para el pronóstico, la utilización y la planeación de servicios médicos y educativos, así como la elección de programas de intervención (Albores-Gallo, Hernández-

Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández, 2008, p.40). Hoy en día, por albor popular se concibe como de menor gravedad un diagnóstico de trastorno Asperger a otros de los denominados trastornos generalizados del desarrollo. Ya que si se toma en cuenta la función de comunicación y diálogo, en los pacientes con este diagnóstico existe la respuesta, tal vez no congruente, frente a la sensación de anormalidad.

Para llegar a ello se debe tomar en cuenta, quizás siendo la aportación más importante de Kanner, en donde intuye sobre el autismo como un trastorno del neuro-desarrollo, citado por Artigas-Pallares y Pérez (2012, p.573) lo siguiente:

Por tanto, debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal, biológicamente proporcionado, con las personas; al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas. Si esta hipótesis es correcta, un estudio más profundo de nuestros niños puede ayudar a proporcionar unos criterios más concretos relativos a las todavía difusas relaciones sobre los componentes constitucionales de la respuesta emocional. Por el momento parece que tenemos ejemplos puros de trastornos autistas innatos del contacto afectivo.

Leo Kanner (1943)

De Leo Kanner a Hans Asperger no existe una gran diferencia temporal así como conceptual sobre los estudios del autismo. Ya que la psicopatía autista (termino compartido por estos dos teóricos) describían fielmente los patrones de conducta caracterizados por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas específicos y torpeza motora y mala coordinación Artigas-Pallares y Pérez (2012).

Ahora bien, identificando las condiciones anormales que se presentan en los pacientes con diagnóstico Asperger. El foco de atención clínica en este caso, no debe centrarse en la descripción de las conductas, sino en la intención de cambio de las mismas y la forma de como propiciar este cambio. Teniendo presente que la conducta, cualquiera que sea su forma (hacer, decir, pensar, tener una emoción, imaginar) cumple alguna función adaptativa en el quehacer de la vida. En este sentido, el trastorno no deja de ser un esfuerzo de la persona aunque resulte disfuncional (Pérez, 2003, p.27). Frente a los elementos clave que identifican al Asperger como trastorno pueden encontrarse en la estructura misma de la “Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger” (GADS) de Manual Moderno (2008) que puede ayudar en el diagnóstico de Asperger. Dividiendo los componentes en subescalas de:

1. Interacción social, como resultado de análisis de la relación social independiente de la efectividad de la misma. Pero si su función en la expresión y reconocimiento de sentimientos.
2. Patrones restringidos de conducta, como referencia a las formas más excéntricas de comportamiento.

3. Patrones cognitivos, como los elementos diferenciales de pensamiento inflexible y habilidades superiores de aprendizaje (o inteligencia).
4. Habilidades pragmáticas, en contexto social que permite un normal desarrollo de acuerdo a las pretensiones de la relación.

Finalmente, de una forma más detallada puede verse en el Anexo 1 como Rivière (2002) define en doce dimensiones psicológicas la función de las alteraciones un trastorno generalizado del desarrollo, utilizadas como guía en el proceso evaluativo y clasificatorio de las conductas problemáticas que la Terapia Cognitiva-Conductual toma como relevantes.

Los postulados teóricos de la terapia cognitivo-conductual, enfoque basado en problemas

Este análisis de la conducta formado a principios del siglo XX con los trabajos de Watson por los que solía afirmar que *“la conducta es lo único objetivo y práctico, contrario a la conciencia que es abstracta e irreal”*, le llevaron percatarse que podía estudiar el comportamiento animal aunque no pudiera hacerles preguntas a los animales ni saber lo que estaban pensando (Coon, 1999, p.9). Y sobre la psicología cognitiva que se preocupa por el estudio del individuo durante procesos activos de la memoria, percepción o el aprendizaje, formación de conceptos y razonamiento lógico, permite avanzar en el registro del cambio tanto en la conducta como de dar cuenta de ella siendo consciente durante el proceso.

Los conceptos pertinentes para la comprensión del tema, son expuestos claramente por Beck (2000, p.26) en cuanto propone que las perturbaciones psicológicas tengan origen y mantenimiento en lo que llamó distorsiones del pensamiento, perturbaciones que generalmente se traducen con afectaciones en el estado de ánimo. El mismo Beck (1967 y 1979) citado en el trabajo de Galvis (2008) declara previamente que las distorsiones cognitivas pueden ser vista como fallos en el procesamiento de la información, errores cognitivos como:

Pensamiento dicotómico

- Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Personalización

- Se refiere a la tendencia excesiva del individuo a atribuir acontecimientos externos como referidos a si mismo sin que exista evidencia para ello.

Sobregeneralización

- Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

Magnificación y minimización

- Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado con base en la evidencia real.

Inferencia arbitraria

- Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

Abstracción selectiva

- Consiste en centrarse en un detalle abstraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia con base en ese detalle.

El hecho de que la terapia cognitiva sea un procedimiento activo, directivo, estructurado [...] utilizado para tratar diferentes alteraciones psiquiátricas como lo describe Aaron Beck, en la aplicación psicológica permite identificar como aquellas condiciones problema descritas anteriormente, impulsan la creación de estrategias de intervención basadas en la habilidad de razonar del paciente así como de dar cuenta de los cambios en el estado de ánimo a medida que se avanza.

Una de las opciones favorables para poner en práctica la TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) se basan en como párrafos anteriores se ha descrito, inicial una relación con el paciente y el entorno para enfocarse en los denominados problemas. En este aspecto los problemas tienen la necesidad de ser resueltos para aliviar la tensión producida cotidianamente, es decir, estado en curso: la presencia de quejas, problemas o síntomas y estado deseado: el logro de los objetivos. Nezu, Nezu y Lombardo (2006, p.13-14) continúa explicando que de acuerdo con este marco de resolución de problemas, se presentan numerosos obstáculos que impiden que los individuos alcancen sus metas sin la ayuda profesional del terapeuta. Para lo cual se plantea el diseño de tratamientos cognitivo-conductual basado en el problema. Crear el enlace entre un caso de Asperger y la conceptualización del mismo basado en TCC requiere de la formulación de

metas puntuales. Las cuales deben de guiar y marcar el fin de la intervención. En la aplicación del modelo de resolución de problemas descrito por Nezu, Nezu y Lombardo las metas de la formulación son:

1. Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente.
2. Identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades.
3. Diseñar objetivos y metas de tratamiento.

El cumplimiento de los objetivos requiere de especial atención por parte del paciente para que experimente el cambio, a pesar de ello, es responsabilidad del terapeuta guiar en la consecución de ello. Por esto, a continuación se presentan cuatro aspectos esenciales que el terapeuta debe mantener en acción. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006, p.19-23)

Variables relacionadas con el paciente

- La referencia a factores que tiene que ver con el paciente, como los antecedentes conductuales, afectivos, cognitivos, biológicos y social/étnicos/culturales.

Variables relacionadas con el ambiente

- Como resultados instrumentales que provienen del ambiente físico o social. Ambiente físico como la vivienda, integrantes del hogar y familia, clima o condiciones de vida. Ambiente social como relaciones de amistad entre paciente, familia y amigos, conyugue u otros miembros de comunidades laborales o sociales.

Dimensión temporal

- La dimensión temporal permite recopilar información referente al funcionamiento en curso y anterior del paciente. Con la historia familiar de un paciente se obtiene información referente a la manera como se desarrollan creencias sobre el mundo.

Dimensión funcional

- La función se refiere a la covariación que existe entre dos o más variables y está en armonía con la perspectiva de sistemas de forma que parte de la orientación terapéutica.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Primer contacto y descripción del motivo de consulta

Martina (nombre falso en procura de mantener la confidencialidad del paciente) llega a consulta acompañada por la madre por recomendación médica con diagnóstico psiquiátrico de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de asperger del año 2012, ya que “ha estado presentado un comportamiento mucho más extraño últimamente, y la familia y el colegio están preocupados por no saber qué hacer cuando le vienen las `crisis nerviosas’”, adicionalmente refiere la madre, que se nota un “desinterés por tener amigos y relacionarse bien con las personas. A veces no sigue las ordenes en las clases o en la casa y se enoja si no puede hacer lo que quiere”.

Sin historia clínica previa a la cual recurrir para contextualizar el caso inicialmente, se reportan impresiones de malestar en Martina al referir que sabe que es “una persona diferente”, explicando que reconoce que de la forma como ella actúa en ocasiones molesta a otros, al igual

que las conductas de otros también le son molestas. Esta razón la amplía diciendo sentirse triste al darse cuenta de esta situación y no entender porque “esto es así”. Adicionalmente dice estar “preocupada” ya que últimamente nota que “muchas personas están muy pendientes de ella”.

Historia: Análisis diacrónico

Martina es una niña de 13 años, tercera hija de tres hermanos y estudiante de 8° grado, con historia previa de “conductas extrañas” similares a las de Martina en el hermano mayor durante la infancia. Sus padres detectan a los 6 años de edad e inicio de la etapa escolar de Martina constante verbalización sobre sentimientos de insatisfacción al estar con personas de su misma edad, al punto de evitar participar en actividades grupales, cerrándose o centrándose en sí misma impidiendo que otros la motiven a participar. La madre refiere que a lo largo de la vida en familia con Martina ha sido dificultoso establecer relaciones de tolerancia entre los miembros del hogar. Los padres, impulsados por la duda, ya que en su hijo mayor las llamadas conductas extrañas en el hermano de Martina cesaron al iniciar sus estudios primarios, buscan el proceso de evaluación por parte de medicina general y psiquiatría desde los 9 años de edad. En el transcurso del tiempo de evaluación a la actualidad Martina ha ido incrementando las conductas vistas como rígidas y fallando con responsabilidades tanto del colegio como en el hogar. Se reporta la utilización de un lenguaje estructurado, coherente pero al mismo tiempo pretencioso y conductas disruptivas como interrumpir una conversación y hablar de un tema de mayor interés para ella o responder retardadamente al sentirse obligada a seguir una orden que no considera importante o atractiva. Los intentos de los familiares o docentes por razonar con ella para desviar su atención de sus intereses personales que le impiden responder funcionalmente se traducen en irritabilidad y conducta agresiva, lanzando objetos, tensionando el cuerpo o ignorando las personas. A razón

de esto ha tenido momentos de abstracción atencional, desvanecimientos, dolor de cabeza, mareos, caídas, a lo que llamó crisis nerviosas.

Martina es la hija menor de tres hijos de un familia nuclear sostenida económicamente por el padre de 50 años, la madre de 46 años y el hermano de 26 años, la hermana de 20 años trabaja esencialmente por gastos personales; la relación familiar es vista como estable, en donde no se presentan conflictos estructurales evidentes o distanciamiento entre los miembros de la familia. El parto de Martina es a pre-término moderado de 33 semanas, con la aclaración que nace presentando un hematoma craneal, la pérdida de líquido amniótico a los 7 meses de embarazo no repercuten en su desarrollo normal de acuerdo a los exámenes clínicos realizados en su momento, sin exámenes posteriores luego de estos. La madre hace referencia del desarrollo del lenguaje gradual, siendo escaso, elaboración de palabras a los 18 meses de edad, pero sin retraso en el mismo.

En los últimos años es continua la intolerancia a los cambio, si bien no tiene rutinas claras y sistematizadas permanentes, se le dificulta comprender nuevas situaciones, expresando su incomodidad por ello. En ocasiones tiene dificultades para adaptarse a la nueva situación, dependiendo del acompañamiento que tiene, si es más asertivo o claro puede realizar actividades por obligación. Después de ello no se mantienen las nuevas actividades o situaciones como hábitos adquiridos de conducta.

Instrumentos de evaluación empleados

CY-BOCS, Escala de obsesiones y compulsiones para niños de Yale-Brown. (Raheb y Batlle, 2013)

Entrevista semiestructurada (Anexo 2) de 10 ítems, 5 para obsesiones y 5 para compulsiones que se emplea para evaluar la gravedad de los síntomas de estar presentes. A través de la comprobación de síntomas obsesivo-compulsivos también estudia dentro de la prueba tiempo empleado de respuesta, interferencia, distrés, resistencia y control.

MOCI, Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley. (Raheb y Batlle, 2013)

Cuestionario auto-aplicable (Anexo 3) en el que Hodgson y Rachman (1997) definen 5 áreas a evaluar: comprobación, limpieza, enlentecimiento, duda-escrupulosidad, rumiación.

GADS (Escala Gilliam para evaluar trastorno de Asperger)

Es un instrumento altamente estandarizado diseñado para la evaluación de personas con trastorno de Asperger y otros trastornos conductuales graves. La GADS proporciona información normativa y de referencia que puede ayudar en el diagnóstico de Asperger. Los reactivos de la GADS se basan en definiciones del trastorno de Asperger adoptados del DSM IV-TR y de la CIE-10. La GADS fue estandarizada en una muestra de 371 sujetos con trastorno de Asperger de los Estados Unidos de América, Canadá, Gran Bretaña, México, Australia y otras ciudades.

Frente a la confiabilidad, la consistencia interna de la GADS fue determinada usando el análisis Alpha de Cronbach. Los estudios revelan coeficientes alpha de .88 para Interacción social; .81 para Patrones restringidos de conducta; .86 para Patrones cognitivos; .84 para Habilidades pragmáticas; y .95 para el Coeficiente de Trastorno de Asperger. Estos coeficientes de confiabilidad son fuertes e indican que los reactivos de cada subescala (ver Anexo 4) son consistentes con la medición de las conductas características de las personas con asperger y otros trastornos conductuales graves. Todos los reactivos son suficientemente confiables y contribuyen a las importantes decisiones del diagnóstico. La validez de la GADS fue demostrada a lo largo de varios análisis rigurosos. El análisis de los reactivos de cada subprueba estableció que los reactivos de la GADS son consistentes y discriminan de manera adecuada. Estudios de validez de criterio concurrente demostraron que las puntuaciones de la GADS pueden ser usadas para identificar sujetos que pertenecen a diferentes grupos de diagnóstico.

Estado actual: análisis sincrónico, los problemas presentes

Durante la primera sesión puede identificarse en Martina una actitud despreocupada, haciendo referencia a sentir "curiosidad" por encontrarse en el consultorio. En sesión muestra inicialmente un estado de ánimo eutímico, con poca expresión afectiva hacia la madre e indiferente hacia el terapeuta, a medida que progresa la sesión emplea un lenguaje inclusivo donde expresa ideas o pareceres sobre su estadía en el consultorio, al transcurrir la mitad de la sesión su estado de ánimo es más activo y expansivo, tiene breves momentos de euforia espontánea. Lenguaje estructurado, coherente; higiene personal adecuada, refiere verbalmente despreocupación por el sentido de la moda o como otros juzguen su forma de vestir.

Tiene dificultad para mantener el interés de conversación en sesión sobre temas específicos, perdiendo la coherencia en contexto, con facilidad termina la conversación que no es de su interés diciendo "eso no me interesa"; de igual forma está muy atenta al término de la sesión para poder ver programas de televisión o ingresar a internet, le preocupa que por estar en sesión no pueda hacer alguna de sus rutinas. La forma comunicativa con la madre en la primera sesión es escasa, corta y no se pueden identificar habilidades comunicativas asertivas. A referir las conductas Martina interrumpe constantemente expresando su desacuerdo por lo que dice la madre. Y al explicar los intentos por mejorar la situación, han reposado las posibles apreciaciones de bienestar en el cumplimiento de acuerdos y negociación entre castigos y refuerzos.

Posteriormente, los propios dominios de análisis sincrónico permiten describir los repertorios conductuales de Martina como:

Afectivo/emocional:

- No se observa interés y satisfacción por compartir con otras personas intereses comunes.
- Ocasionalmente se muestra insensible a las necesidades de los demás, mostrando distanciamiento en situaciones de las que puede beneficiar a otros a sí misma.
- Se enoja ante el no cumplimiento de sus peticiones o pareceres.
- Con esfuerzo expresa apropiadamente sentimientos de empatía con otros, pero no es grosera.
- Muestra preocupación por objetos o temas de conversación muy específicos.
- Se siente triste al darse cuenta que no actúa como otros niños de su edad.

Cognitivo/verbal:

- Muestra adecuada comprensión y expresión de lenguaje estructural.
- Tiene dificultades para entender expresiones de uso común.
- En menor grado presenta dificultades para predecir consecuencias en situaciones sociales.
- Con dificultad reconoce cuando es objeto de burla por parte de otros.
- Emplea un lenguaje excesivamente preciso, rígido y pretencioso.
- Constantemente habla sobre un solo tema de interés particular (estudio de inglés, dibujo, programas de televisión favoritos como novelas y series).
- Prefiere concertar su atención en demostrar habilidad superior en temas específicos.
- Tiene dificultad para entender el humor, las bromas y el sarcasmo.
- Otorga significados muy concretos a las palabras.
- Su memoria normal y no presenta olvidos intencionales.

Interacción social:

- Inicia actividades sin requerir instrucciones complejas y específicas.
- Parece desconocer reglas sociales y códigos de conducta del colegio al seguimiento de órdenes.
- Las personas refieren que carece de sutileza en la expresión de emociones.
- Prefiere no cooperar en grupo.
- Tiene dificultad para iniciar juegos con otros niños de su edad.
- Busca seguridad y afirmación por parte de sus familiares cuando las cosas combinan o no funcionan como lo esperaba, ante esta situación en el colegio opta por aislarse.

Repertorio relacionado con salud/enfermedad:

- Realiza actividades artísticas de dibujo de agrado personal como actividad ocupacional.
- Ejecuta actividades de auto-ayuda y auto-cuidado con normalidad.
- Invierte tiempo excesivo y energía en actividades de ocio como internet.

Recordando que desde antes del inicio de las sesiones por psicología se ha mantenido la formulación medica por psiquiatría de fluoxetina entre 40-60 mg/día, como medida terapéutica ante el diagnóstico psiquiátrico de trastorno obsesivo-compulsivo y terapia ocupacional semanal. Posteriormente al inicio de sesiones se mantienen la regularidad en sesiones por psicología, dando paso a la elaboración de los objetivos terapéuticos y estructura de las sesiones dispuestas para el caso de Martina.

Evaluación multiaxial

Eje I: F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

Eje II: Ninguno.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos a la enseñanza por conflictos con compañeros y profesores, y dificultad para cumplir con actividades académicas.

Problemas relativos a la interacción social como dificultad para adaptarse en su propio foco cultural.

Eje V: EEAG = 71-74 (anterior)

EEAG = 81-84 (actual)

INTERVENCIÓN PROPUESTA

Los problemas que Martina reporta permiten comprender que las situaciones conflictivas a nivel social se explican por la carencia misma de las habilidades necesarias para expresar asertivamente en palabras las emociones y control de la conducta en situaciones de estrés, o de cambio ambiental. Ante esta situación se implementan las etapas de intervención basadas en la capacidad de adquisición de conocimientos, aprendizaje y administración de refuerzos de manera permanente.

En principio, en Martina no se han detectado problemas de aprendizaje tales como retraso clínicamente significativo en la función del lenguaje o la cognición que impidan poner en acción un programa correctivo de la conducta, por el que se reconozcan los factores de cambio hacia un adecuado funcionamiento en el contexto social. Así pues, dado que la paciente no presentaba síntomas de riesgo, tales como impulsividad, agresión o autolesión, en la primera y segunda sesión (1° y 2°) se destinan a contextualizar el caso y generar una historia clínica detallada inicial, de donde resulta la comprensión de los problemas más frecuentes para Martina, que a la vez son las mismas situaciones preocupantes para las personas que integran su grupo familiar y académico. Así se da paso a evaluar la certeza de un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo durante las dos sesiones siguientes al inicio de las mismas.

A medida que se habría el espacio para poder intervenir en los problemas expuestos en el caso de Martina, y se generaba un adecuado encuadre terapéutico que permitiera reconocer tanto en la paciente como en su familia condiciones favorables para continuar, se plantea como necesario permitir *regular la conducta disruptiva y desadaptativa, entrenar en habilidades sociales y comunicación asertiva, contextualizar el aprendizaje circunstancial en el colegio y generar una conciencia de enfermedad general* tal que permita la funcionabilidad en las relaciones sociales, familiares y consigo misma. Con el propósito de lograr que estas metas se consigan se le muestra a la madre (3°, 4° y 5° sesión) el diseño de las pautas generales de intervención que describen Comeche y Vallejo (2005, p.569-570), lo cual requiere de una detallada exposición que permita guiar el tratamiento en casa.

Pautas generales de intervención

1. Programa de enseñanza personalizado en un marco evolutivo que posibilite un desarrollo real de la persona: Los objetivos y procedimientos terapéuticos son muy variables pues en cada caso tienen que ajustarse a las características individuales del paciente.
2. Contextos de intervención muy estructurados y predecibles: Regular durante el proceso, inicial a un ambiente relativamente simple, sin estímulos distractores; a medida que el individuo vaya aprendiendo a autorregular su conducta el entorno se irá haciendo más flexible. La presentación y control de los estímulos discriminativos y la respuesta facilitan al sujeto la comprensión de las relaciones entre su propia conducta y las contingencias del medio.
3. Procedimientos de aprendizaje sin error: Para llevar a cabo este tipo de procedimientos es necesario programar sistemas de ayudas para cada uno de los objetivos de intervención y desvanecerlas progresivamente para evitar la dependencia de ayuda.

4. Favorecer la motivación: Koegel y Koegel (1995) proponen distintas estrategias: Utilizar reforzadores relacionados con las respuestas / Hacer partícipe al sujeto en la selección de las actividades y de los materiales / Utilizar diferentes materiales y tareas para trabajar los mismos objetivos / Reforzar las aproximaciones sucesivas a los objetos de aprendizaje. (Comeche y Vallejo, 2005, p.570)

En el transcurso de la quinta sesión (5°) con la intención de generar un aumento en la frecuencia de las conductas favorables en el hogar se instruye a Martina y a la madre a poner en práctica reforzadores positivos mediante un sistema de punto o economía de fichas, primando el componente verbal y secundario lo que se denominarían premios por la perseverancia consciente de mantener las pautas auto-regulatorias y comunicativas. Así se da paso a realizar en la siguiente sesión (6°), sin la presencia de Martina una sesión familiar para aclarar dudas sobre la posibilidad confirmar un diagnóstico de trastorno Asperger únicamente, se genera una discusión informativa sobre las condiciones del trastorno y la posibilidad de cambio por efecto de la psicoterapia. De igual forma el espacio le permite a la familia reconocer su preocupación por la condición de la paciente y decidir participar activamente en el proceso terapéutico en casa u otros escenarios de ser necesario. En la séptima sesión (7°) se le aplica a Martina en compañía de su hermana mayor el GADS (Escala Gilliam para evaluar el trastorno de Asperger).

Al determinar que el foco de atención recae sobre los síntomas que se asocian con el Asperger, se inician en las sesiones siguientes (8° a 14°) las actividades destinadas para propender el cambio de manera práctica en:

Comunicación y lenguaje (en sesión con confirmación de progresos percibido en casa en la siguiente sesión)

1. Entrenamiento incidental del lenguaje basado en el refuerzo naturalizado previamente (por economía de fichas) tras elegir la respuesta correcta que se relaciona con una respuesta comunicativa más esperada.
2. Retos en competencia comunicativa apoyados en los familiares por medio de actividades divertidas (reconocidas por Martina) y juego de roles en determinados momentos del día.
3. El entrenamiento en signos por encadenamiento o modelamientos permite que Martina expresara un mayor repertorio de funciones comunicativas y las comprendiera en contexto

Comportamiento y cognición (en sesión con confirmación de progresos percibido en casa en la siguiente sesión)

1. Inicialmente la comprensión de la capacidad de anticipar y planificar al igual que la autorregulación o sensación de control y toma de decisiones se incrementa a medida que confirma conductualmente el cambio en la frecuencia de respuesta disruptiva, en cuenta que es apoyada por el nuevo discurso percibido en donde hay menos regaños por parte de “las otras personas” y felicitaciones hacia sí misma.
2. La flexibilidad centrada en la persona (Martina) permiten reconocer las opciones ante el juego y los interés personales tales que le permiten relacionarse con las personas, puesto que se contempla, primero la elección basada en la función y la negociación como propuesta de cambio de la situación o el entorno para que le sea más favorable.

Interacción social

1. De manera práctica se lleva a que Martina ejercite el elegir la mejor respuesta, puesto que al reconocerlo también es evidente para ella la cercanía en las relaciones con los otros de manera afectiva.

Hasta este momento las sesiones con Martina se encuentran en curso, ya que se ha destinado un total de 16 sesiones con el fin de generar en los directamente relacionados con el caso, ya sean familiares, docentes, pares u otros, la conciencia de enfermedad que les lleve a actuar. Cambiando la idea de preocupación e incertidumbre frente al qué hacer y aprendan como mantener en curso una intervención tanto en el consultorio como en el hogar.

RESULTADOS

Hasta el momento de redacción de este documento se han desarrollado catorce (14) sesiones entre los meses de Abril y Septiembre, manteniendo presente que dentro del plan de intervención están contempladas dos (2) sesiones más en terapia hasta el cierre terapéutico. Al mismo tiempo se deja abierta la posibilidad de continuar con nuevas sesiones frente a las mismas metas propuestas o nuevas de ser necesario.

Los resultados obtenidos de las sesiones demuestran un cambio general favorable, puesto que las conductas extrañas presentadas por Martina, al mismo tiempo que las preocupaciones de las personas que le rodean han disminuido, en principio por la referencia de su red de apoyo en la

disminución de la frecuencia de las conductas y mismo tiempo que la tranquilidad por actual por comprender el origen de las mismas y el conocimiento de cómo intervenir en el hogar.

Los primeros instrumentos utilizados para evaluar el diagnóstico psiquiátrico de obsesión-compulsión (que son *CY-BOCS* y *MOCI*) permiten ver las situaciones problemas de manera privada como consecuencia de una inadecuada comprensión en la lectura de contextos, mas no cómo de origen cognitivo inamovible, inflexibles, basadas en la fijación de ideas irracional y terribles por el no cumplimiento de ellas. Puesto que con una adecuada guía, que le sea comprensible puede adaptarse a la nueva situación y vivirla como normal, pensando y actuando sobre ella por cuenta propia. Frente a lo anterior se toma en cuenta que de no ser agradable para Martina se presenta la resistencia y para ello la comunicación asertiva en familia es importante.

Caso contrario es la *GADS* que arroja como resultado de probabilidad de trastorno de Asperger como Alto/Probable, puesto el coeficiente de trastorno de Asperger es 97 puntos. Ubicándose por sobre el umbral de puntuación en cada una de las subescalas. Tras estas evaluaciones, finalmente puede descartarse la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo, y se centra la atención en el trastorno de Asperger.

Durante los periodos de entrenamiento se registran cambios sesión tras sesión, lo que genera en la paciente y familia mayor seguridad en el manejo de las situaciones difíciles cuando se presentan. En el caso de *Comunicación y lenguaje* se hace hincapié en la mejoría al relacionarse con otros iniciando por presentarse y mantener una conversación, para ello es importante

recordar las razones por las cuales participa en la conversación y como puede aportar en ella de manera activa (en cierto sentido, Martina le llama: creativa). Una de las ganancias más significativas para la paciente es comprender y utilizar las metáforas como herramienta de ayuda de estudio, así como para clasificar sobre de sí misma emociones. El lenguaje continúa siendo estructurado, al igual que pretencioso.

A medida que las sesiones avanzaban se hace evidente que las conductas evitativas hacia personas y/o tareas (responsabilidades) van disminuyendo, el *Comportamiento y cognición* previstos para mejoría en mantener una respuesta basada en la consecución de objetivos, puesto que ya no interrumpe en medio de las conversaciones con otros temas, así como reconocer la pertinencia al verbalizar sensaciones y elegir una opción de respuesta más adaptativa, eligiendo la menos disruptiva. El elemento conflictivo visto por la familia como falta de empatía o rudeza al no tomar en “cuenta los sentimientos de los otros” deja de contemplarse como tal, puesto que expresan las emociones con más claridad para Martina.

Como resultado final en la *Interacción social* Los cambios dentro del núcleo familiar tienen que ver con el proceso psio-educativo. Pasando de sentimientos de preocupación e incertidumbre a reconocer en el trastorno de Asperger los cambios tras mantener las pautas de comunicación y economía de fichas. La familia ha comprendido que por medio de la economía de fichas se pueden generar conductas cada vez más funcionales. Esta presunción se convierte en una necesidad para la familia de ampliar el rango de acción a otros contextos como el aula de clases.

DISCUSION

El asperger como trastorno debe de ser diagnosticado con prontitud, en el caso de Martina al no ser de esta manera produjo se una serie de eventos preocupantes e incomprensibles para la familia, para sus maestros y compañeros, y en mayor medida para Martina misma. Si bien al inicio del proceso psicológico argumentaba no importarle mucho lo que le pasaba, no comprendía el porqué de sus “crisis nerviosas”, deseaba obtener una respuesta satisfactoria y finalmente sentirse “normal” ya que los sentimientos de inquietud e inconformidad eran claros para ella.

Si bien no se conocen (por el momento) marcadores biológicos en los que se pueda apoyar una explicación más detallada de porque ante el trastorno de Asperger se demuestran conductas problema, la base teórica del aprendizaje necesita de una definición clara de normalidad en la funciones neuronales, por ende cognitivas. Un diagnóstico oportuno, en edad más temprana permite generar los patrones de cambio favorables aun antes de verse en condiciones de exigencia social, donde enfrentaría mayores problemas por la ineficacia de la respuesta adaptativa mostrada en párrafos anteriores. Si bien no puede darse por el momento una explicación etiológica/patológica clara sobre el trastorno de Asperger, se han reconocido los problemas y riesgos por el no cumplimiento de las categorías de normalidad, pero la gravedad de los mismos por postergar una valoración profesional, justificado por la experiencia previa en familia de conductas similares y luego la extinción de ellas.

La acción de la familia es vital, tan importante que el buen pronóstico de adaptación depende del nivel de compromiso, posiblemente las dificultades mayores de los pacientes de Asperger

radican por la sensación de indiferencia y olvido, viéndose obligado a aprender a responder por ensayo y error dependiendo exclusivamente del nivel de tolerancia del contexto donde se encuentre. Para los casos más “afortunados” (como el de Martina) se confirma la impresión que una adecuada guía direccionada, con facilidad para aprender y poner en práctica estrategias autorregulatorias mejoran el estado de ánimo, o por lo menos se equilibra. Y finalmente obtienen mejora la conducta, generando una relación empática ente el paciente y las personas con quien convive y comparte el día. Las conductas adaptativas en los pacientes de Asperger finalmente se revelan con la puesta en práctica de las actividades que comúnmente para los pacientes no mantienen en su repertorio, esto es que los cambios están supeditados a reconocer una condición y decidir cambiar el patrón que hasta el momento es natural. La edad del paciente en esencia no es significativa, pero si el desarrollo del lenguaje utilizado que le permite explicar su propia situación y comprometerse al cambio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Es importante mencionar sobre la pertinencia del trabajo terapéutico interdisciplinar ante la presencia de un trastorno de Asperger, siendo seguimiento psiquiátrico o por terapia ocupacional, permite tener un espectro más amplio de funciones en cambio. Es decir, que a medida que la experiencia terapéutica del paciente con los distintos beneficios le permite dar cuenta de los cambios funcionales y cuáles son los que se mantienen como desadaptativos; ahora bien, no siendo únicamente el paciente, sino también la familia que puede reportar estos eventos.

La manera como la paciente ha llegado a comprender que el diagnóstico generado en el proceso de estudio de trastorno de Asperger le ha ilustrado sobre importantes dudas que tenía sobre sí misma y su comportamiento, se insta a que mantenga el ánimo por continuar en el entrenamiento de control conductual. Pues como bien sabe Martina en estos momentos, el lograr expresar la mejor respuesta depende esencialmente tener a disposición el repertorio de opciones y elegir la que mayor ganancia le produzca.

Le corresponde a la familia mantener la propuesta de aprendizaje junto con Martina de expresar aquellas emociones, que dan sentido a la relación familiar, asertivamente y disponer de ellas para la consecución de los logros de Martina, en otras palabras, brindar un refuerzo a la conducta de Martina que le ayude a reconocer el entorno con normalidad, adaptativamente.

Al lector y al autor; como participantes activos pero al mismo tiempo distante en los procesos de intervención necesarios para generar el bienestar buscado por los consultantes, le corresponde al psicólogo/investigador proponer nuevas maneras de comprender este trastorno. Ya que si no se traduce este malestar a un lenguaje técnico que permita ser cada vez más efectivos, así como un lenguaje coloquial que sensibilice a la comunidad, marca el declive en la acción profesional. Esto no es más que la responsabilidad ética hacia el paciente, quien es quien valida la participación del terapeuta, y al mismo tiempo `alimenta´ las ideas del psicólogo hasta ver conclusa su participación. Como se ha podido ver brevemente en este documento.

REFERENCIAS

- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. y Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: una discusión. *Salud mental. Volumen 31: (1), 40.*
- American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV Breviario, criterios diagnósticos. Barcelona: Masson.
- Artigas-Pallares, J. y Pérez, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Volumen 32: (115), 567-587.*
- Battle, S. y Raheb, C. (2013). *Evaluación psicológica del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes.* Barcelona: Centre Londres 94 – Familianova Schola.
http://www.familianova-schola.com/documentos/evaluacion_psicologica_del_trastorno_obsesivo_compulsivo_en_ninos_y_adolescentes (URL)
- Beck, A. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización.* Barcelona: Gedisa.
- Canguilhem, G. (1972). Le normal et le pathologique. *Dist et Ecríst. Volumen 4, 774-776.*
- Campusano, M y Cuevas, C. (2005). *Exclusión social en discapacitados mentales: estudio de caso en síndrome Asperger.* Tesis de maestría Instituto Nacional de Capacitación Profesional. Copiapó, Chile.
- Comeche, M., Vallejo, M. (2005). *Manual de terapia de conducta en la infancia.* Madrid: Dickinson.
- Conn, D. (1999). *Psicología: exploración y aplicaciones.* México: International Thomson.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales.* Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Frances, A y Roos, R. (2002). *Estudio de casos, guía clínica para el diagnóstico diferencial.* Barcelona: American psychiatric association

- Galvis, L. (2008). *Atención psicológica con enfoque cognitivo-conductual orientado a población del centro de proyección social de Piedecuesta*. Tesis de pregrado Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia.
- Gonzales, L. (2009). Formulaciones clínicas en psicoterapia. *Terapia psicológica, volumen (27)*, 94.
- Guy, J. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Halgin, R. y Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas de los trastornos psicológicos*. México: McGraw-Hill.
- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Siglo cero (1993)*, volumen 149, 5-25.
- Koegel, R. y Koegel, L (Eds.) (1995). *Teaching children with Autism*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Manual Moderno. (2008). *GADS: Escala Gilliam para evaluar trastorno de Asperger*. México: Autor.
- Martin, A. (2003). *La nueva definición del autismo en el DSM-V*. Madrid: Redacción.
<http://www.autismomadrid.es/autismo/la-nueva-definicion-del-autismo-en-el-dsm-v/>
(URL).
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Editorial manual moderno.
- Pérez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial universitas.
- Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Rivière, A. (2002). *IDEA: Inventario de espectro autista*. Buenos Aires: Fundec.

ANEXOS

ANEXO 1

Dimensiones alteradas en los cuadros con espectro autista

Desarrollo social

Relaciones sociales:

1. Aislamiento completo. Ausencia de apego a personas.
2. Incapacidad de relación. Vínculo con algunos adultos.
3. Relaciones con iguales infrecuentes, e inducidas.
4. Alguna motivación para la relación con iguales, pero dificultad para establecerla por falta de empatía y de conocimiento social.

2. Capacidades de referencia conjunta:

1. Falta de interés por las personas y sus acciones, ausencia de acciones conjuntas.
2. Acciones conjuntas simples, sin miradas de referencia conjunta.
3. Empleo de miradas de referencia conjunta, pero León situaciones dirigidas.
4. Pautas de atención y de acciones conjuntas pero no de preocupación conjunta.

3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas:

1. Falta de interés por las personas. Ausencia de expresión emocional correlativa.
2. Respuestas intersubjetivas primarias.
3. Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución a explícita de estados mentales.
4. Capacidad de mentalizar.

Comunicación y lenguaje

4. Funciones comunicativas:

1. Ausencia de comunicación intencional, y de conductas instrumentales con personas.
2. Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (peticiones).
3. Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental.
4. Conductas comunicativas de declarar comentar, etc., pero con escasas declaraciones subjetivas del mundo interno.

5. Lenguaje expresivo:

1. Mutismo total o funcional.
2. Palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de oraciones.
3. Lenguaje oracional, pero no capacidad para reproducir discurso, o conversar.
4. Discurso y conversación, pero con alteraciones pragmáticas y prosódicas.

6. Lenguaje receptivo:

1. "Sordera central". Tendencia a ignorar el lenguaje.
2. Asociación de enunciados verbales y conductas propias, sin indicio de que los enunciados se asimiles a un código.
3. Comprensión, literal y poco flexible de enunciados. No se comprende el discurso.
4. Comprensión del discurso y de la conversación, pero con gran dificultad para diferenciar el significado literal del intencional.

Anticipación y flexibilidad

7. Anticipación:

1. Adherencia inflexible a estímulos de que repiten de forma idéntica. Resistencia a los cambios. Falta de conductas anticipatorias.
2. Conductas anticipatorias en rutinas cotidianas. Oposición a cambios.
3. Tienen incorporadas estructuras temporales amplias (Curso, vs. Vacaciones), pero puede hacer reacciones catastróficas ante cambios no previstos.
4. Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.

8. Flexibilidad:

1. Predominan las estereotipias motoras simples.
2. Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios mínimos.
3. Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.
4. Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo.

9. Sentido de la actividad:

1. Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.
2. Sólo se realizan actividades breves con consignas externas. Cuando no las hay se pasa al nivel anterior.
3. Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.

4. Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.

Simbolización

10. Ficción e imaginación:

1. Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.
2. Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.
3. Juego simbólico, en general como espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.
4. Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento.
Ficciones poco flexibles.

11. Imitación:

1. Ausencia completa de conductas de imitación.
2. Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.
3. Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.
4. Imitación establecida. Ausencia de "modelos internos".

12. Suspensión (capacidad de crear significantes):

1. No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o pro gestos instrumentales con personas.
2. No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos.

3. No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.
4. No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.

ANEXO 2

CY-BOCS: Escala de obsesiones y compulsiones para niños de Yale-Brown

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>
OBSESIONES AGRESIVAS:				
- Miedo a poder hacerse daño a sí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a poder hacer daño a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Imágenes violentas o terribles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a hacer algo embarazoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a robar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:				
- Preocupación o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los animales (insectos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por sustancias o residuos viscosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por poder enfermarse por contagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupado por poder contagiar a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3

MOCI: Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley

MOCI

INVENTARIO DE OBSESIONES Y COMPULSIONES DE MAUDSLEY

NOMBRE Y APELLIDOS _____

EDAD _____ **FECHA** _____

Conteste con una cruz verdadero o falso. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas engañosas. Responda rápidamente, sin pensar demasiado el significado exacto de las preguntas.

	V	F
1.- Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- A menudo he de revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc) varias veces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Tengo una conciencia muy estricta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 4

GADS: Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger

GADS

Cuadernillo
de respuestas

ITP 01-2

Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger

Sección I. Información de identificación

Nombre _____

Dirección _____

Nombre del padre o tutor _____

Escuela _____

Nombre del examinador _____

Hombre Mujer

Título o cargo del examinador _____

	Años	Mes	Día
Fecha de aplicación de la GADS	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento del evaluado	_____	_____	_____
Edad del evaluado	_____	_____	_____

Sección II. Resumen de puntuaciones

Sección IV. Perfil de calificaciones

Subescalas	Puntaje natural	FE	Rango percentil	ZEM	Subescalas GADS	Otras pruebas
Interacción social	_____	_____	_____	1	Puntuación estándar	Calificación
Patrones restringidos de conducta	_____	_____	_____	1	Interacción social	Calificación
Patrones cognitivos	_____	_____	_____	1	Interacción restringida	Calificación
Habilidades pragmáticas	_____	_____	_____	1	Interacción cognitiva	Calificación
Suma de Puntuaciones estándar	_____	_____	_____	1	Habilidades pragmáticas	Calificación
Coefficiente de Trastorno de Asperger	_____	_____	_____	4	Calificación de Trastorno de Asperger	Calificación

Sección III. Guía de interpretación

Coefficiente de Trastorno de Asperger	Probabilidad de trastorno de Asperger
≥ 80	Alta Probable
70-79	Límite
≤ 69	Baja/No Probable

Manual Moderno®
S.A. de C.V.
Carretera al Aeropuerto Nacional S.S. de México, S.L.
C.P. 56100, Toluca, Estado de México

ISBN 978-970-729-124-2 (este libro)
ISBN 978-970-729-121-3 (este cuadernillo)

Copyright © 2002 por
Publicación de Estudios Psicológicos, S.A. de C.V.
9700 Blvd. Calle del Comercio
Miami, FL 33171-3827

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad por separado de los artículos de esta obra.

1

ANEXO 5

Consentimiento informado

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Identificado/a con Documento No.- _____ de _____, por medio de la presente que acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Psicóloga del Instituto de Familia y Vida, de los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL** y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en _____, a los _____ días, del mes _____ del año _____

FIRMA: _____

D.I.No. _____

FIRMA: _____

Psicóloga Instituto de Familia y Vida.

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE					
Balbucear		Primeras Palabras		Frases Completas	
Observaciones del Desarrollo del Lenguaje					
7. ESCOLARIDAD					
Edad de ingreso a Institución educativa					
Descripción del proceso de adaptación					
Rendimiento Escolar:	Bueno		Regular		Deficiente
Cursos Reprobados					
Áreas de dificultad					
Relación con maestros					
Relación con pares y compañeros					
Cambios de Colegio					
Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)					
					Folio No.

8. ANTECEDENTES MÉDICOS					
PERSONALES					
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento			
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento			
FAMILIARES					
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento			
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento			
Observaciones sobre antecedentes médicos					
Patrones de sueño y alimentación					
9. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	DIFICULTADES PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
					Folio No.

