

ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES MEDIANTE TRABAJO EN GRUPO EN EL SÍNDROME DE ASPERGER

María José Buceta Cancela, Facultad de Psicología / Universidad de Santiago de Compostela,
mjosecarmen.buceta@usc.es

Dagmar Gabriela Nedelcu. Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de
Compostela, dagmargabriela.nedelcu@usc.es

Resumen: El cuadro diagnóstico de un Trastorno de Asperger, al igual que el de un diagnóstico de Trastorno Autista, mantienen el criterio sobre la incapacidad para la reciprocidad social y emocional, con especiales dificultades a nivel de comportamiento no verbal y uso del lenguaje, añadiéndose en algunos casos, el interés por establecer amistad con los demás, acompañado de la conciencia de soledad.

El presente trabajo muestra una resumida revisión teórica de lo que significa la adquisición y el desarrollo de habilidades sociales en el Trastorno de Asperger y se propone presentar un programa de trabajo en grupo, desarrollado a lo largo de un año con 10 alumnos con edades comprendidas entre 10 y 14 años, con un diagnóstico confirmado de Trastorno de Asperger.

La valoración psicopedagógica, se ha realizado a través de la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS, Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C. y Risi, S., 2008) y la escala de Wechsler - WISC-IV (Wechsler, D., Madrid, 2005).

Los resultados reflejan una mejora de la calidad de vida tanto de los sujetos como y de sus familias desde la perspectiva de convivencia y aceptación social.

Palabras clave: Síndrome de Asperger, Trabajo en Grupo, Habilidades Sociales.

Introducción

En 1944, Asperger, publicó un artículo en una revista de psiquiatría y neurología donde hablaba de un grupo de niños con características similares a las descritas con un año antes por Kanner (1943).

Mucho más tarde Wing (1981), traduce el artículo y substituye el término original de psicopatía autista por el de Síndrome de Asperger.

Actualmente en las clasificaciones oficiales se tienen en cuenta las características con respeto a la interacción social descritas inicialmente por Asperger (1944).

Se mantiene el criterio sobre la incapacidad para la reciprocidad social y emocional, añadiéndose las dificultades a nivel de comportamiento no verbal, aumentando en algunos

casos, el interés por establecer amistad con los demás acompañado de la conciencia de soledad.

Es llamativa la similitud entre las dos clasificaciones (Asociación Psiquiátrica Americana-APA y Organización Mundial de la Salud - OMS) en el área de la interacción social y la comunicación con los criterios del Trastorno Autista/Autismo Infantil, la CIE-10, haciendo especial hincapié en esta observación.

Asperger (1944), teniendo en cuenta la edad de las primeras sospechas, afirma que el trastorno se manifiesta a partir del tercer año de vida. Esta característica ha constituido un problema muy controvertido a nivel de clasificaciones internacionales.

La inclusión de este criterio ha impedido la recepción del diagnóstico a personas que habían experimentado un retraso en el desarrollo del lenguaje y la comunicación en los 3 primeros años de vida.

Las clasificaciones oficiales dejan de lado las observaciones iniciales con respecto a un desarrollo lingüístico (gramática y sintaxis) adecuado o con frecuencia avanzado, mientras que el nivel pragmático se ve gravemente afectado. De aquí la necesidad de realizar nuevas clasificaciones, que aunque no fueron oficiales se utilizaron de forma generalizada tanto a nivel de práctica clínica como de investigación (criterios de diagnóstico según Gillberg, 1989, 1991, según Szatmari, Bremner & Joan, 1989 y según Tantam, 1988, 1991).

Se precisa un desarrollo cognitivo dentro de los límites de la normalidad, la OMS añade la importancia que tienen los aspectos de desarrollo motor, y la posibilidad de presencia de habilidades especiales aunque no las consideran necesarias para el establecimiento del diagnóstico. El aspecto cognitivo constituiría en este caso otro rasgo diferenciador de las características del perfil de desarrollo intelectual del Trastorno Autista/Autismo Infantil.

Los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger (APA) y de F84.5

Síndrome de Asperger (OMS) son iguales que los descritos en el caso del Trastorno Autista/Autismo Infantil. La única diferencia la introduce la OMS, que en comparación, destaca una frecuencia disminuida de estos en lo referente a los manierismos y preocupación por parte de los objetos.

Se insiste en la falta de funcionalidad de las preocupaciones absorbentes hacia temas específicos sobre las cuales estas personas acumulan una gran cantidad de información, lo que Asperger (1943) describe como comportamientos repetitivos e intereses obsesivos de naturaleza idiosincrásica.

La APA acentúa el carácter de discapacidad en oposición a la visión optimista de excentricidad social que se ha fomentado en los últimos años.

Referente a las pautas de diagnóstico diferencial, la OMS tiene en cuenta, además de los TGD y la esquizofrenia (igual que la APA), problemáticas como el trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de personalidad o de vinculación.

La terapia con estas personas se realiza generalmente de forma individual, pero sin embargo cada vez más se apoya la intervención en grupo. El hecho de formar un grupo, además de implicar, en comparación con la intervención individual, un ahorro importante de energía permite crear un clima propicio que estimula pensamientos y conductas en un ambiente controlado.

En el presente trabajo nos hemos propuesto exponer la experiencia de trabajo en grupo a lo largo de un año con 10 sujetos con diagnóstico confirmado de T Asp. Hemos enfocado nuestra intervención en una adaptación de los principios de terapia cognitivo-conductual a las características específicas de nuestros participantes. En este contexto por cognitivo entendemos los *pensamientos*, por conductual hacemos referencia a nuestras *acciones* y por Trastorno de Asperger entendemos personas que organizan de forma excéntrica sus pensamientos y que conforme la media de la población expresan dificultades importantes de

relación social y de adaptación. Concretamente la intervención se ha centrado en detectar, reconocer en conjunto con los participantes, que pensamientos, acciones y sentimientos influyen en el control y la habilidad de relación social con los demás.

Métodos

Sujetos

El grupo ha estado formado por 10 varones diagnosticados de T Asp. y edades comprendidas entre 10 y 14 años (Media=147.70, Sx=20.35). Todos los sujetos estaban escolarizados en colegios ordinarios de distintos lugares de la geografía gallega, de los que 8 eran públicos, 1 privado y 1 concertado.

Instrumentos

Para recoger el nivel de desarrollo de las principales áreas que delimitan el diagnóstico de T Asp. hemos empleado la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, ADOS (Lord, Rutter, DiLavore, & Risi, 2008).

El ADOS (Lord et al., 2000) es el más citado y utilizado instrumento diagnóstico en la actualidad, siendo citado a menudo como el patrón oro para el diagnóstico de los TEA (Ozonoff, Goodlin-Jones & Salomon, 2005). De aplicación individual, exigiendo una edad mental mayor de 2 años, consiste en una evaluación semiestructurada de la comunicación, interacción social y juego.

Para la evaluación del nivel cognitivo se ha optado por la aplicación de la Escala de Wechsler, WISC-IV (Wechsler, 2005).

Procedimiento

La intervención con el grupo se está llevando a cabo una hora a la semana, teniéndose prevista una duración total de la intervención de un año.

La sesión de grupo la hemos considerado útil desde la perspectiva de que nos ha facilitado:

- Fomentar el intercambio de intereses y preocupaciones con los demás miembros del grupo.
- Crear un ambiente controlado y agradable.
- Crear situaciones problemáticas que permitan luego encontrar entre todos la modalidad adecuada para contestar.
- Adaptar las actividades y el material empleado a las capacidades de comprensión de los sujetos con T Asp.
- Llevar a la práctica lo que ya se había adquirido a nivel teórico

Planteamiento del Programa de Trabajo en Grupo

Antes de la inicio del *Programa de Trabajo en Grupo* hemos considerado fundamental conocer las características de desarrollo de nuestros participantes. Hemos realizado este análisis en el contexto de que las personas con T Asp. puedan presentar características y niveles desiguales de desarrollo. Aunque los criterios de diagnóstico hablan de la ausencia de retraso mental, existen investigaciones que hablan de excepciones. En consecuencia, en la Tabla 1. Mostramos la media y la desviación típica del perfil cognitivo de los sujetos tras la aplicación del Test Inteligencia WISC-IV, antes del inicio del programa de intervención. Aunque el nivel de inteligencia global ha sido medio para todos los participantes, la Velocidad de Procesamiento ha encontrado en el caso de 5 participantes niveles situados por debajo de la media.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos del nivel cognitivo de los sujetos en la prueba WISC-IV*

Variable	Media (Sx)	Mínimo	Máximo
Comprensión Verbal	105.90 (11.73)	91	128
Razonamiento Perceptivo	100.90 (12.32)	85	120
Memoria de Trabajo	93.10 (7.40)	85	108
Velocidad de Procesamiento	90.40 (12.14)	73	112
CI Total	98.00 (9.33)	90	113

En la Tabla 2 expondremos los estadísticos recogidos para las áreas evaluadas a través de la Escala ADOS antes del proceso de intervención.

Tabla 2. *Estadísticos para las Áreas evaluadas a través de la Escala ADOS, antes del inicio de la intervención*

Variable	Media (Sx)	Mínimo	Máximo
Comunicación	4.00 (1.49)	2	6
Interacción Social	8.70 (3.16)	5	12
Imaginación y Creatividad	1.10 (0.56)	0	2
Comp. Estereotipados	2.10 (0.99)	1	3

El planteamiento del *Programa de Trabajo en Grupo* se ha establecido a través de la distinción inicial de tres bloques:

1. De que forma la relación que tenemos con la gente afecta a nuestros pensamientos.
2. De que forma los pensamientos afectan nuestra relación social con los demás.
3. De que forma nuestras actividades afectan la relación social que tenemos con los demás.

Como principio general hemos considerado que, pertenecer a un grupo, es una modalidad gratificante de hacerse escuchar, compartir problemas comunes, inquietudes, reivindicaciones, aprender los turnos de diálogo y el respeto a los intereses de los demás, estrategias de organización y planificación, de “sintonizar” con la gente. Pretendemos fomentar un autoconcepto realista y una buena autoestima, fomentar la tolerancia y el respeto a las diferencias, aprender a respetar los turnos conversacionales y a modular la intensidad y

el tono de voz, ser consciente y respetar la distancia interpersonal, ser capaz de aceptar críticas y realizarlas de forma constructiva, hacer y pedir favores así como hacer y recibir halagos, fomentar la autonomía personal en distintos espacios sociales y aprender a tomar decisiones, aumentar la comprensión de estados emocionales ajenos y en base a estos aprender a respetar las normas.

Como objetivo general del programa nos hemos propuesto crear una herramienta de trabajo para comprender la complejidad de las relaciones sociales en un ambiente controlado y estructurado que faciliten la satisfacción de sus intereses, deseos y necesidades en el contexto del respeto y aprecio a los demás. Concretamente no hemos buscado que hagan amistades, sino comprender como funcionan las relaciones sociales en distintos ambientes: familiar, escolar, etc.

Nos hemos propuesto las siguientes actividades:

1. Dinámicas de Presentación (primera sesión).
2. Crear un libro personal (yo por fuera, yo por dentro, mis puntos fuertes conforme a mi, mis puntos fuertes conforme a los demás, mis puntos no tan fuertes conforme a mi, mis puntos no tan fuertes conforme a los demás, mis emociones, los 5 mejores acontecimientos de mi vida, los 5 peores acontecimientos de mi vida, como es mi familia, cual es mi opinión en relación al colegio, que es la amistad y cuales son mis mejores amigos, cosas que yo hago y molestan a los demás, cosas que los demás hacen y me molestan a mi, como actuar en distintos contextos: un restaurante, de excursión, etc. (10 sesiones).
3. Role-playing: representar un diálogo en el que uno de los compañeros se está aburriendo, de un problema de conducta en el que a uno de los interlocutores se le castiga (2 sesiones).
4. Hacer un guion conversacional de una escena de una película sin voz (2 sesiones).

5. Jugar a juegos de mesa de estrategia: tipo ajedrez así como juegos de azar, en los que el jugador que pierde no pueda influir en la dinámica de juego (2 sesiones).
6. Aprender a ser asertivos a través del programa “Ratones, Dragones y Seres Humanos Auténticos” (5 sesiones).
7. Aportar soluciones a los posibles conflictos y acontecimientos de día a día (5 sesiones).
8. Construir entre todos un muñeco de trapo, añadiendo su aportación original durante el periodo de una semana en el que cada uno se responsabiliza en cuidarlo en su casa, hasta el próximo encuentro del grupo (10 sesiones).
9. Escribir un cuento ilustrado, entre todos los miembros del grupo, en relación a las aventuras del personaje creado durante la anterior actividad (se pretende darle nombre, asumirle características, conductas, deseos, intereses, etc.) (3 sesiones).
10. Trabajar en conjunto (hacia el verano) en el invernadero que tenemos en el centro, escogiendo la planta que cada uno desea tener, aportando información en relación a la misma, llevarla a su casa para poder compartir su interés con su familia o con sus amigos (4 sesiones).

Como metodología hemos empleado continuamente apoyo visual a través de termómetros para medir el nivel de respuesta emocional, comprensión, etc. A la vez para evitar la percepción de los miembros del grupo de abuso de poder por parte del terapeuta se han establecido desde al principio las siguientes normas generales a seguir:

- Respetar los turnos de conversación.
- Escuchar el contenido de lo relatado por un compañero para poder contestar sin desviar la conversación.
- Evitar coger materiales de la sala que no estaban relacionados con la temática abordada.

- Hablar de los intereses específicos únicamente en las sesiones programadas con este propósito.
- No tocar ni quitar el material a los compañeros.
- Llegar puntual a las sesiones para no hacer esperar a los demás.
- Acudir semanalmente para poder mantener la dinámica y el ritmo de trabajo.
- Evitar las críticas negativas a favor de los comentarios constructivos.
- Concentrarse en las soluciones y no en lo difíciles o desagradables que parezcan las situaciones.
- Realizar las tareas propuestas en cada sesión a pesar de los intereses específicos personales.
- Respetar la confidencialidad del grupo sin compartir con las personas ajenas a este (con la excepción de los padres) lo que se está llevando a cabo.
- Hacer preguntas para poder recibir las aclaraciones necesarias.
- Estar abierto al punto de vista de otros miembros del grupo.
- Participar en las discusiones.

A Modo de Conclusiones

Las evaluaciones intermedias, realizadas cada tres meses, se han llevado a cabo a través de entrevistas con la familia y los profesores de los centros escolares (con una posibilidad de respuesta de 0 a 10, en el que el 0 significa poco frecuente y 10 muy frecuente).

Se ha recogido información en base a los siguientes ítems:

1. Respeta el niño los temas de conversación.
2. Participa activamente, de forma recíproca en las conversaciones.
3. Espera de forma adecuada su turno de pregunta y de trabajo.

4. Se ha observado una disminución en los intentos de acaparar las conversaciones con temas específicos de interés.
5. Se observa una diversificación en los intereses, deseos y actividades del niño.
6. Se recoge una disminución importante de comportamientos y reacciones exageradas e inadecuadas frente a cambios o situaciones que el niño no comprende.
7. Comparte su material sin dificultad y sin dejarse acosar por los demás.
8. Se muestra el niño más relajado a lo largo de toda la jornada diaria (para los padres: Descansa su hijo mejor de noche).
9. Ha disminuido la intensidad de los miedos que presenta el niño, así como el desajuste comportamental relacionado con estos.
10. Han disminuido los comportamientos o movimientos estereotipados que su hijo manifestaba con anterioridad.
11. Ha disminuido el tiempo en el que el niño es capaz de llevar a cabo una tarea o una actividad.
12. Es el niño capaz de planificar y organizar el material que necesita para las tareas o actividades.
13. Es capaz su hijo entender que pensar no significa expresar y que es necesario comunicar a los demás lo que desea.
14. Ha empezado su hijo a contar por si mismo los acontecimientos importantes del día.
15. Realiza con mayor facilidad el resumen de un texto.
16. Ha aumentado la comprensión del niño en relación a las emociones básicas de sí mismo.
17. Ha aumentado la comprensión del niño en relación a las emociones básicas de los demás.

18. Ha aumentado la comprensión del niño en relación a emociones complejas de sí mismo.
19. Ha aumentado la comprensión del niño en relación a las emociones complejas de los demás.
20. Ha disminuido el deseo del niño de castigar a los demás, así como los comentarios relacionados con el odio de personas situadas en el entorno inmediato del niño.

En la actualidad, estamos llevando a cabo el programa y después de 6 meses de aplicación se ha relatado, tanto por parte de la familia, así como por parte de los profesores un cambio a todos los niveles evaluados. La mejora en el nivel de adaptación escolar y la disminución de los problemas de conducta, y con aumento de la capacidad de comprensión de las relaciones sociales ha disminuido la ansiedad y el malestar de todos los participantes del grupo. En la actualidad el cambio positivo de actitud está influyendo a todos los niveles el desarrollo global de estas personas. Está prevista, realizar una evaluación a través de pruebas estandarizadas al finalizar el programa. Además consideramos importante, realizar un seguimiento de los participantes a lo largo de 6 meses para poder valorar el mantenimiento en el tiempo de hábitos, habilidades y aprendizajes facilitados por la intervención en grupo.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed.4, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen", en Klindesalter. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136. (Trad. ing. *Autistic psychopathy in childhood*. En Frith U. (Eds.), *Autism and Asperger Síndrome* (pp. 1-36). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991.
- Gillberg, C. (1991). Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. En U. Frith (Eds.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 122-146). Cambridge: University Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-50.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., & Risi, S. (2002). Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ozonoff, S., Goodlin-Jones, B. L., & Solomon, M. (2005). Evidence-Based Assessment of Autism Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34 (3), 523-540.
- Szatmari, P., Bremner, R., & Joan, N. (1989). Asperger's Syndrome: A review of clinical features. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 34 (6), 554-560.
- Tantam, D. (1991). Problems of diagnosis. Paper presented at study weekend on 'Asperger syndrome'. The Inge Wakehurst Trust.
- Wechsler, D. (2005). Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV. Madrid: TEA Ediciones.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.