



**ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES; MÁS ALLÁ DE UN  
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ASPERGER.**

Catalina Rojas Paredes<sup>1</sup>  
Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja<sup>2</sup>

Doctoranda Facultad de Psicología de la UNED<sup>1</sup>  
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras<sup>2</sup>

**SOCIAL SKILLS TRAINING; BEYOND A DIAGNOSIS OF ASPERGER.**

Catalina Rojas Paredes  
Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja

Doctoranda Facultad de Psicología de la UNED<sup>1</sup>  
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras<sup>2</sup>

Dirección de contacto y envío de correspondencia:  
Ed. Plaza Mayor, Bl.6, 1º B  
(11202) Algeciras  
(Cádiz)  
España

Correo electrónico: [crp@psicologosplazamayor.es](mailto:crp@psicologosplazamayor.es)

## **Entrenamiento en habilidades sociales, más allá de un diagnóstico confirmado de Asperger.**

En este trabajo se presenta el caso clínico de una adolescente de 17 años de edad que tenía desde muy pequeña problemas de interacción social y dificultades en entender ciertos aspectos no verbales de las relaciones sociales. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron: "Escala australiana del síndrome de Asperger", "Ejercicios de atención y percepción social" y "Entrevista semiestructurada". El tratamiento se desarrolló en el transcurso de 14 sesiones, aunque continúa en la actualidad con citas de seguimiento, y se centró especialmente en el entrenamiento de habilidades sociales, técnicas de relajación muscular, reestructuración cognitiva y técnicas de exposición (mediante experimentos conductuales a los estímulos temidos). Después de 14 sesiones del programa de tratamiento, se observa una mejoría importante de los síntomas y, en especial, en las relaciones interpersonales.

**Palabras Clave:** síndrome de Asperger, habilidades sociales, diagnóstico diferencial

## **Social skills training; beyond a diagnosis of asperger.**

In this paper we present a case of an adolescent of 17 years old who presents social interaction problems and difficulty understanding nonverbal aspects of social relations since she was a child. The assessment instruments used were: "The Australian Scale of Asperger's Syndrome", "exercises of attention and social perception" and "semi-structured interview". The treatment was developed in the course of 14 sessions, but continues today with follow-up appointments. The interventions was focused especially on the social skills training, muscle relaxation techniques, cognitive restructuring and exposure techniques (using behavioral experiments to stimuli feared). After 14 sessions, there was a significant improvement of symptoms, especially in relationships.

**Keywords:** Asperger syndrome, social skills, differential diagnosis



## **Entrenamiento en habilidades sociales, más allá de un diagnóstico confirmado de Asperger.**

### **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.**

#### **Motivo de la consulta**

Marta es una adolescente de 17 años, estudiante de segundo de bachiller, que acude a consulta acompañada de sus padres por presentar problemas de relación interpersonal con sus compañeros de instituto. Según refieren los progenitores, le cuesta mucho levantarse por las mañanas y manifiesta mucha ansiedad anticipatoria ante la asistencia a clase. Marta comenta que ha acudido a terapia a instancias de sus padres, ya que a ella “le da igual” tener amigos, no le parece muy importante, a pesar de que reconoce que podría estar bien relacionarse más. Según sus propias palabras, llevaba el curso “regular”, sobre todo en las asignaturas de ciencias, que no le gustaban mucho.

#### **Historia del problema**

A Marta siempre le había costado hacer amigos, aunque últimamente era más acusado el problema de relación social. Ella lo atribuía a varios motivos. En primer lugar, pensaba que sus opiniones no resultaban interesantes para los demás. Tampoco sabía cómo empezar ni qué decir en una conversación con un desconocido. Se definió como muy selectiva en sus amistades y pensaba que los demás la veían rara. No sabía interpretar muy bien por qué la veían así y lo atribuía a factores tales como, por ejemplo, no llevar el pelo alisado, no fumar o tener un sentido del humor distinto. En ocasiones no sabía cómo interpretar algunos gestos o comentarios de sus compañeros, por ejemplo, darse una palmada en la espalda al saludarse o decir “cariño” a una amiga a la que se aprecia. Según Marta, estas acciones implicaban “ponerse en ridículo.

Varios meses antes de acudir a consulta, tuvo una pelea con una compañera de su antiguo colegio y acabaron “tirándose de los pelos mutuamente”. Este hecho propició un cambio de centro escolar, aunque no mejoraron las cosas, ya que, en su nuevo instituto, ella se sentía continuamente en tensión, pensando que sus compañeros podían gastarle alguna broma que la dejara en ridículo.

Por lo que respecta a los antecedentes personales, los padres de Marta manifestaron que su desarrollo evolutivo fue normal en cuanto a la adquisición del lenguaje, el control de esfínteres y el desarrollo motor. Asimismo, no había antecedentes familiares conocidos de enfermedad mental.

En relación a su estado somático actual y su estilo de vida, manifestaron que tenía una alimentación saludable, que no tomaba excitantes, ni drogas y que no padecía ningún problema de sueño.



No practicaba ejercicio físico desde hacía unos meses, cuando su vecina (amiga desde que eran pequeñas) dejó de asistir con ella al gimnasio. A ella le hubiera gustado continuar, pero desistió porque no quería ir sola.

En cuanto a las relaciones interpersonales y al apoyo social, los padres de Marta manifestaron que estos eran sus problemas principales. Marta hablaba muy poco con otras personas. A la vuelta del instituto se solía quedar en casa y, aparte de estudiar, veía la tele y jugaba con el ordenador. Cabe destacar que Marta era hija única. Tenía primos, aunque con mucha diferencia de edad y los veía en muy contadas ocasiones. En el Instituto se relacionaba con una chica, que se parecía a ella en la forma de ser. En un par de ocasiones se habían visto fuera del contexto escolar y lo habían pasado bien. Algo más de relación tenía con una amiga de su antiguo colegio, con la que pasaba un rato a la semana charlando y jugando a los videojuegos.

### **Técnicas de Evaluación.**

Dado que el principal motivo de consulta era la falta de relación con sus iguales, se consideró oportuno pasar una batería de pruebas que nos permitiera realizar un adecuado diagnóstico diferencial de entre las posibles patologías en las que la dificultad de habilidades sociales es el eje principal del trastorno: síndrome de Asperger, Fobia social, Trastorno Esquizoide de la personalidad o trastorno Esquizotípico.

**Entrevista semiestructurada.** Durante las primeras sesiones se entrevistó a la paciente y a sus padres acerca de los siguientes aspectos de interés clínico: motivo de consulta, historia del problema, factores desencadenantes del episodio actual, antecedentes familiares y personales, estado somático actual y valoración del soporte familiar y social.

En el transcurso de estas primeras sesiones de evaluación se prestó especial atención a los aspectos no verbales de la comunicación. Se pudo apreciar que Marta tenía poco contacto visual, se tumbaba sobre la mesa con los brazos cruzados y dirigía la mirada con mucha frecuencia hacia abajo. Por lo que respecta al contenido del lenguaje, solía contestar a las preguntas con monosílabos y sobre todo con “no sé”. No obstante, cuando el tema era de su interés, solía sonreír y relataba la historia de forma pormenorizada, ensimismándose en cada uno de los detalles del relato. A pesar de interrumpirla y pedirle explícitamente que pasáramos a otro tema de conversación, ella seguía hablando de lo mismo como si no hubiera oído la petición.

**Auto-registros.** Para conocer y valorar las pautas actuales de relación con sus compañeros y el malestar que ello le causaba, se utilizó un auto-registro (AR) diario con una estructura sencilla (Ver figura 1). Se le pidió a Marta que cada vez que tuviera una situación molesta con los chicos o chicas del Instituto, anotase en el AR el día y la hora de su ocurrencia, la situación (dónde y qué sucedía), lo que pensaba en ese momento, qué emoción le generaba el hecho (tristeza, ansiedad, ira, rabia, malestar, etc.), y con qué intensidad la sentía (valorándola de 0 a 10, siendo 10 la puntuación máxima). Finalmente, debía indicar qué había hecho ante la situación anotada (me quedé callada, hice como que no había oído, me fui, contesté enfadada, etc.). Se le explicó cómo debía rellenar cada casilla y se hizo un ejemplo para comprobar que lo había entendido bien. Se le aportó una copia del AR para que lo rellenara como tarea para casa. Sin embargo, cada vez que acudía a consulta no traía

cumplimentado el AR, por lo que se decidió rellenarlo en la propia sesión junto con el terapeuta. A continuación se puede observar un ejemplo de este auto-registro en la figura 1.



## **AUTORREGISTRO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIA/ HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN/ INTENSIDAD (0-10)	¿QUÉ HAGO?
01/10/12 12.00h.	Cuando salimos de clase para ir al recreo una compañera me toca el brazo al pasar.	Lo ha hecho para molestarme. No le caigo bien. Piensa que soy rara y me ha dado para apartarme. No me acepta nadie. Más vale sola que mal acompañada.	Tristeza (8)	La miro pero no le digo nada. Me voy al aseo y después me voy a la biblioteca.

**FIGURA 1** Ejemplo de Autorregistro.

**Escala australiana del síndrome de Asperger (ASAS) (T. Artwood, 1998).** Este instrumento consta de un listado de 24 ítems en los que se describen comportamientos y habilidades que pudieran ser indicativos del Síndrome de Asperger en niños de edades comprendidas entre los años de la educación primaria. Los padres deben puntuar en una escala tipo likert de 7 puntos, señalando la frecuencia con la que las conductas descritas han aparecido en el comportamiento de su hijo(0= “rara vez” – 6= “frecuentemente”). Con esta escala se evalúan las siguientes 6 dimensiones: habilidades sociales y emocionales, habilidades de comunicación, habilidades cognitivas, intereses específicos, habilidades motoras y otras características específicas.

El autor sugiere que existe una posibilidad alta del síndrome de Asperger si se responde a la mayoría de las preguntas de forma afirmativa, es decir, dentro de la escala de 2 a 6, en cuyo caso es recomendable una evaluación diagnóstica más específica y detallada.

Si bien es cierto que la puntuación media de Marta en esta escala fue de 1,9 puntos, y en muchos de los ítems la puntuación fue de 0 ó 1 (es decir, no aparecía el síntoma), merece la pena realizar un análisis cualitativo de las respuestas que fueron clínicamente significativas.

Según refiere la madre, Marta en muchas ocasiones “Parece no darse cuenta de las conversaciones sociales o de los códigos de conducta y hace comentarios o realiza acciones inapropiadas”, “Parece esperar que las otras personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones”, “Muestra una necesidad excesiva de que se le tranquilice, especialmente sí las cosas marchan mal o se produce algún cambio en su vida cotidiana”, “No muestra interés en participar en deportes competitivos, juegos y actividades”, “En el contexto de una conversación, muestra una tendencia a mantener menos contacto visual de lo que cabría esperar”, “Tiene una memoria a largo plazo excepcional para los hechos y sucesos, sobretodo en relación a su tema de interés (la política)”, “Está fascinada por algún tema en particular sobre el que recoge ávidamente información o datos estadísticos (Según refieren los padres, le gusta mucho la política, compra libros sobre el tema y acumula

muchos conocimientos, de los que suele hablar focalizándose en los detalles más insignificantes y sin importancia)” y “Tiene una coordinación motriz deficiente”. Así mismo, en las preguntas sobre otras características, describieron que cuando era pequeña “le molestaban mucho los lugares ruidosos y concurridos”.

**Ejercicios de evaluación de la Percepción Social.** Un aspecto que resulta determinante para una buena comunicación e interacción social es la capacidad de adaptar el lenguaje a las necesidades y demandas del interlocutor. Esta habilidad de la comunicación pragmática dependerá de la percepción social previa, por lo que cobra especial relevancia las variables como, por ejemplo, la atención sostenida, la comprensión de los dobles sentidos, el análisis de las emociones primarias y la interpretación de las situaciones sociales (Volker, 1996).

Aunque no eran pruebas específicas para la evaluación de estas variables, se entregaron en consulta varios ejercicios para ver si Marta entendía los dobles sentidos (dibujos, chistes, canciones de chirigotas, fábulas, refranes, etc.), si distinguía las emociones primarias (fotografías de distintas emociones) y si comprendía varias situaciones sociales (fotografías de situaciones interpersonales conflictivas), en las que se le pidió que explicara qué emociones e intenciones podrían tener las personas que reflejaban. Cabe decir que Marta no manifestó ningún problema a la hora de realizar los ejercicios propuestos. En las figuras 2, 3 y 4 se presentan algunos ejemplos de estos ejercicios.

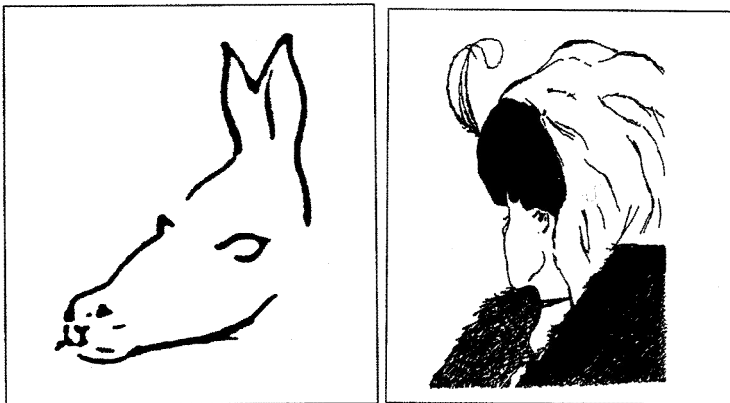


Figura 2. Ejemplos de imágenes con doble sentido.



Figura 3. Ejemplos de imágenes de emociones básicas



Figura 4. Ejemplos de situaciones sociales y manifestación de emociones.

Así mismo, se le entregaron, como tarea para casa, ejercicios de atención selectiva y sostenida, los cuales devolvió hechos correctamente.

## DIAGNÓSTICO y ANÁLISIS FUNCIONAL.

Con independencia de que Marta cumplía con los criterios diagnósticos DSM IV-TR de Trastorno de Asperger (F 84.5), el análisis funcional del caso nos permitió establecer una relación causal entre los distintos síntomas que caracterizan a dicho diagnóstico.

Como podemos apreciar en la Tabla 1, el origen de las conductas problema que manifestaba Marta estaba en la exposición a las relaciones sociales o bien en la anticipación de establecer contacto con sus compañeros. Estas situaciones (reales o anticipadas), junto con la dificultad que tenía en la interpretación de las interacciones sociales, desencadenaban en ella una serie de pensamientos catastrofistas y suspicaces sobre la evaluación negativa que le pudieran hacer sus compañeros. Todo esto le generaba sensaciones fisiológicas de activación. Para escapar de esta situación, se producían las conductas de aislamiento, se retiraba o se callaba y no entablaba conversaciones con sus iguales. Todo esto, a corto plazo le aliviaba el malestar, pero a largo plazo consolidaba e incluso aumentaba el problema, ya que, por un lado, no le permitía adquirir unas mejores habilidades sociales debido a la ausencia de entrenamiento, y, por otro lado, no llegaba a comprobar que muchos de sus temores y suspicacias (que se rían de ella, no poder decir nada, que no guste nada de lo que dice, no entiende lo que quieren decir...) tenían poca probabilidad de ocurrencia o que podían llegar a disminuir si aprendía a relacionarse de otra forma (no hablar siempre de los mismos temas, hablar de otras cosas que también puedan agradar a sus compañeros, etc.).

Estímulos	Conductas Problema	Consecuencias
Acudir al instituto y relacionarse con los compañeros.  Anticipar o recordar relaciones interpersonales anteriores de fracaso.	<b>R.cognitivas:</b> Dificultad en interpretar los gestos de los compañeros, Temor de no gustar, a no saber qué decir, a que se rían de ella. Susplicacia.  <b>R.fisiológica:</b> tensión  <b>R.motoras:</b> Aislamiento, se queda callada, no habla, se va (conductas evitación y escape).	-Se produce un refuerzo negativo como consecuencia del alivio momentáneo del malestar  -Continuación y aumento del problema. Ausencia de entrenamiento en relaciones sociales. No comprueba que sus temores y suspicacias pueden disminuir las probabilidades de ser reales.

Tabla 1. Resumen del análisis funcional del caso de Marta



## TRATAMIENTO

### Objetivos de la intervención.

La explicación del análisis funcional del caso nos sirvió para decidir y consensuar con Marta y con sus padres los principales objetivos del tratamiento. A continuación se desglosan los objetivos específicos:

1. Ampliar el conocimiento en asertividad y habilidades sociales.
2. Reducir la activación fisiológica anticipada y la que se produce en los contextos sociales.
3. Reducir progresivamente las conductas de escape y evitación para aumentar los contactos y relaciones sociales con compañeros y con otras personas.
4. Reestructurar las cogniciones desadaptativas.
5. Aprender a interpretar las interacciones sociales.

### Aplicación del tratamiento en función de los objetivos.

El programa de tratamiento diseñado se desarrolló a lo largo de 14 sesiones, las 8 primeras con una frecuencia semanal, las 2 siguientes con frecuencia quincenal y las 4 últimas con frecuencia mensual. Actualmente, la paciente acude a consulta cada dos meses, con el fin de consolidar las estrategias adquiridas e ir ampliando el entrenamiento en habilidades sociales más complejas (“hacer y aceptar cumplidos”, “expresar y recibir críticas” y “expresar sentimientos”).

#### - *Entrenamiento en habilidades sociales:*

Como en cualquier otro entrenamiento en habilidades sociales, se comenzó con una parte teórica en la que se explicaron unas nociones básicas sobre qué es la comunicación, para qué sirve (compartir ideas y sentimientos) y la diferencia entre el lenguaje verbal y no verbal. Asimismo, se insistió en la idea de que tener habilidades sociales no es algo innato, sino que se adquiere a través de la práctica.

Se continuó informando acerca de los principales obstáculos y facilitadores de la comunicación (saber escuchar, usar mensajes claros y precisos, tono de voz y gestos adecuados...). Así mismo, se le indicaron las consideraciones no verbales a tener en cuenta en las relaciones sociales (contacto visual, sonrisa, distancia, postura corporal, tono y volumen de voz, cuidar apariencia física, dirigirse a la persona por su nombre...).

Se analizaron los 3 estilos de comunicación (Asertivo, Inhibido y Agresivo), incluyendo las características verbales y no verbales de cada uno de ellos, los efectos que producen en la comunicación y algunos ejemplos de estos, y se hicieron ejercicios en consulta para practicar el modelo de respuesta asertiva elemental:

“Me siento \_\_\_\_\_ cuando tú \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_. Por lo tanto, me gustaría que \_\_\_\_\_ (hicieras o dijeras) \_\_\_\_\_ para sentirme mejor”



Un aspecto que tuvimos muy en cuenta fue el hecho de que a Marta le costaba mucho valorar correctamente las características del entorno social y adaptar de forma flexible su comportamiento social a las demandas particulares de sus interlocutores. Por ese motivo, se decidió utilizar los “scripts sociales”. El “script social” consiste en una descripción explícita y ordenada de la secuencia de pasos a seguir para participar con una mayor probabilidad de éxito en una situación social particular. Es posible diseñar y adaptar los scripts a diferentes situaciones, incluidos los acontecimientos sociales más complejos, como, por ejemplo, iniciar un intercambio comunicativo, hablar con un amigo por teléfono, ir a una hamburguesería o ir al cine. Como se puede apreciar en el cuadro 1, con Marta se trabajaron (entre otros) un script general de cómo iniciar una conversación.

- Identificar la situación de necesidad (iniciar una conversación, pedir algo...)
- Escoger el momento, el lugar y las personas adecuadas.
- Presentarse o saludar a la persona.
- Hablar de cosas sin importancia.
- Determinar si la otra persona está escuchando o quiere seguir hablando.

Cuadro 1. Script para iniciar una conversación:

Con el objetivo de diversificar sus temáticas de interés y no hablar siempre de política, se le facilitó una lista de temas para iniciar conversaciones. En el cuadro 2 se señalan algunas a modo de ejemplo:

- El tiempo (llueve, hace frío, calor, está nublado...)
- Deportes (fútbol, tenis, natación, atletismo, hípica...)
- Series de televisión (¿Viste anoche el capítulo de...? ¡Qué gracioso estuvo cuando...!)
- Preguntar sobre lo que la persona hace en ese momento.
- Preguntar sobre un tema de clase: ¿Has hecho el ejercicio de inglés? ¿Qué tal te salió el examen? ¿Qué tal llevas el dibujo que nos encargaron la semana pasada?
- Sobre cine, televisión, música...

Cuadro 2. Temas para iniciar una conversación:

Seguidamente, se le facilitó una hoja resumen que llamamos “Decálogo para la preparación mental en las habilidades sociales de Marta” (Cuadro 3), en la que se describían una serie de consejos y auto-instrucciones para practicar antes y durante los experimentos conductuales fuera de la consulta. Este listado fue elaborado y consensuado previamente con Marta a lo largo de las sesiones anteriores, durante la reestructuración de las cogniciones desadaptativas.

- Ser rechazado no es el fin del mundo. No podemos caer bien a todos. Lo importante es haberlo intentado, felicitarnos por ello y seguir probando.
- Hay que tener en cuenta que, incluso cuando nuestro comentario sea adecuado, podemos recibir una respuesta mínima o incluso negativa. La otra persona puede tener un mal día, estar de mal humor y por eso rechazaría cualquier acercamiento de cualquier persona. También pudo interpretar mal nuestros comentarios o puede ser desconfiada hacia las personas en general.
- Hay que comprobar en la realidad que aquellas consecuencias catastróficas que anticipamos y tememos, puede ser que no ocurran nunca. Si no lo comprobamos, no nos damos cuenta de ello.

- Es importante darse cuenta de que no sirve para nada quedarse paralizada, anticipando que va a pasar algo (¿Me sirve para algo bueno pensar que voy a caer mal?).
- ¿Qué es eso tan catastrófico o terrible que puede pasar si no caigo bien o no gusta mi comentario a una persona? ¿Si me angustio y lo paso mal, eso podría evitar que la gente piense mal de mí o haga las cosas que quiera? Que la gente piense lo que quiera es tan normal como que salga el sol todos los días ¿y nos preocupamos cuando amanece?
- Si me angustio más, ¿aumentarán las posibilidades de hacer las cosas mejor o caer mejor?
- Mientras lo intento, voy a pensar algún comentario agradable que me hayan hecho en alguna ocasión (“qué chica tan educada, me gustó tu comentario...”).
- Pensaré en positivo: “Las cosas irán bien”; “No tengo nada que perder”; “Respiro hondo 3 veces y cuento del 1 al 10”; “Soy una chica buena y hablo bien a la gente, soy inteligente, educada y asertiva”; “No existe motivo para que yo caiga mal ¿por qué voy a caer mal?”
- Buscaré pruebas objetivas a mi alrededor para comprobar si mis pensamientos son verdad, en vez de fiarme de lo que siento sin comprobarlo.
- No puedo leer los pensamientos de otras personas, ni ellos los míos. Para saber, tengo que preguntar.

Cuadro 3. “Decálogo para la preparación mental en las habilidades sociales de Marta”

### ***-Ejercicios de Role-playing en consulta.***

Con el objetivo de entrenar las habilidades aprendidas, se analizaron conjuntamente con el terapeuta algunas situaciones en las que Marta se había sentido molesta y se buscaron distintas alternativas para expresarse de una forma más asertiva. En el cuadro 4 se pueden apreciar algunos de los ejercicios que se realizaron con Marta.

- Estamos en la cola de la hamburguesería y otros chavales se cuelan. Utiliza los tres estilos de comunicación (asertivo, inhibido y agresivo).
- El terapeuta hace de profesora del Instituto y Marta debe comunicarle que mañana vendrá a clase más tarde, pues tiene que ir al médico.
- Has quedado con una amiga para ir al cine y llega media hora más tarde sin darte ninguna explicación. El terapeuta hace de tu amiga.
- Sales a recepción de la consulta y pides un folio a la recepcionista.
- Te grabas en el móvil para oír tu tono y volumen de voz y se comenta en sesión con el terapeuta, repitiendo el experimento varias veces.

Cuadro 4. Ejemplos de situaciones de Role-playing en consulta.

### ***-Experimentos conductuales propuestos para practicar entre sesiones.***

Para practicar las habilidades aprendidas en consulta, se le propusieron una serie de experimentos para ejecutar entre sesiones. Estos ejercicios fueron supervisados por sus padres. Seguidamente se exponen algunos ejemplos:

- ❖ Ir a una tienda y comprar algo: pan, periódico, una chuchería, etc. y mantener una pequeña conversación con el dependiente (sobre el tiempo, sobre la tarde que hace...).

- ❖ Preguntar en un supermercado dónde está un producto determinado (leche, huevos, pasteles...) o en una librería cuánto cuesta un libro o una revista.
- ❖ Llamar por teléfono a la estación de tren o autobuses y preguntar por horarios, o a un cine y preguntar por las películas, o a una tienda y preguntar si tiene un producto.
- ❖ Decir: "Hola, buenos días, o buenas tardes, o buenas noches", mirando a los ojos y sonriendo, a las personas con las que nos encontremos en el camino, al entrar en una tienda o alrededor de casa o colegio, al conserje del Instituto, al recepcionista en el centro de salud. No importa que no respondan, lo importante es que PRACTICAMOS.
- ❖ Hacer un cumplido a una persona que se encuentre en la cola de algún sitio: autobús, supermercado, instituto, etc., sobre algo que lleve, como ropa, un bolso, zapatos, etc. Le podemos preguntar dónde lo ha comprado, por ejemplo.
- ❖ Compartir una experiencia común, con una persona a la que queramos conocer: estar en una cola muy larga, llevar mucho tiempo esperando el autobús, etc.
- ❖ Leer, preguntar y contar. Leer el periódico, revistas, ver la TV, aprender sobre **política**, los sucesos que ocurren en el país o en el mundo, etc. Así tendremos más temas de conversación y podremos después pedirle a la gente su opinión sobre ellos y compartir nuestro conocimiento.

Marta fue realizando todos y cada uno de estos ejercicios en este mismo orden. Los primeros fueron ensayados y repetidos varias veces en consulta, antes de realizarlos en la calle. Incluso en algunos casos se le escribió en una nota el guión de lo que tenía que decir, previendo lo que podrían contestarle y lo que ella diría en ese caso. Se cubrieron todas las posibilidades anticipadas que se nos pudieron ocurrir, con lo cual se enfrentaba al experimento algo más tranquila. Además, en las primeras ocasiones, iba acompañada de su padre o su madre y posteriormente realizaba sola el experimento. Conforme fue haciendo más ensayos, la ansiedad fue disminuyendo, aunque muy lentamente.

***-Técnicas de control de activación: Respiración tranquilizadora y Relajación progresiva.***

Durante esta sesión se le explicaron los inconvenientes de una alta activación fisiológica y las ventajas que proporcionan las técnicas de relajación. Se le entrenó en las técnicas de respiración tranquilizadora y en la relajación muscular progresiva. Asimismo, se le facilitó un CD de relajación (Díaz-Sibaja y Comeche, 2009) para que pudiera practicar ella sola en casa.

***-Reestructuración de las cogniciones desadaptativas.***

Una vez que se fue estrechando la relación terapéutica y el clima de las sesiones era más afable y distendido, empezaron a abordarse las cogniciones desadaptativas que presentaba Marta. Seguidamente se explican con detalle algunas de estas intervenciones:

-En primer lugar, se le describió la estrecha relación entre los pensamientos, las emociones negativas y las acciones. Se resumió la terapia cognitiva como forma de identificar, cuestionar y sustituir los pensamientos negativos por otros más adaptativos y realistas. Posteriormente se procedió a trabajar las cogniciones desadaptativas de Marta, que habíamos localizado en sesiones anteriores.

-“**Soy exigente, por eso no hago amigos nuevos**”, el terapeuta le preguntó cómo hacía su selección de amigos, qué significaba la amistad para ella, a lo cual contestó: “No sé, que pueda fiarme de él o ella, que sea buena persona, que no sea una gamberra”. Se intentó que especificara con detalle las conductas que prefería que tuvieran sus amigos, con el fin de comprobar que realmente no se podían considerar como muy selectivas o exigentes. Se sustituyó el pensamiento distorsionado por este otro más realista: *“Todos tenemos ciertas preferencias mínimas a la hora de conocer gente y eso no significa ser muy exigente o que sean muy difíciles de cumplir.”*

-“**Tocar a alguien es un gesto agresivo**”. Se le explicó que entre los amigos y conocidos que se ven a menudo, es frecuente hacerse gestos que se consideran de “colegueo” o que expresan amistad, como, por ejemplo, sonreír y tocarse en el brazo, la cabeza, las manos, etc., los cuales se consideran como un saludo, en sustitución de expresiones verbales (hola, qué tal). Por lo tanto, esos contactos físicos no tienen por qué suponer algo negativo ni agresivo por parte del que los hace, sino todo lo contrario, es decir, son manifestaciones de acercamiento. Este pensamiento se sustituyó por: *“Hay gestos entre compañeros que significan amistad y que yo no conocía”*.

-“**Se van a reír de mí**”. Se cuestionó este pensamiento con preguntas como: ¿Cómo puedes saber que eso pasará con total seguridad? ¿Cuántas veces te ha pasado antes? ¿Sería tan catastrófico si se rieran de ti? ¿Cuánto tiempo estarían riendo sin parar por algo que hayas dicho? ¿Cuánto tiempo crees que tardarían en olvidarlo? ¿Cuánto tiempo tardas tú en olvidar unas risas cuando algún compañero hace algún hecho que consideras “hacer el ridículo”? ¿Crees que todos los chicos y chicas de la clase te estarán mirando a la vez todo el tiempo que duran las clases todos los días de la semana sin mirar para ningún otro sitio? ¿Significa eso que crees que cualquier cosa que digas la van a oír y considerar graciosa todas y cada una de las personas que te encuentres a tu paso? Si se ríen de ti en una ocasión ¿significa eso que se estarán riendo en todas las ocasiones que hables y para todo el mundo? ¿Crees que eres el objetivo de risas del resto del mundo? ¿Conoces a alguien a quien le pase eso? ¿Te ha pasado alguna vez con alguien eso?

Este pensamiento distorsionado lo sustituyó por: *“Si veo un compañero reírse, puede ser de mí, o puede estar riéndose de otra cosa”*.

-“**Soy rara**”. Se cuestionó esta creencia con preguntas como: ¿Cuál es el significado exacto de raro? ¿Qué dice la RAE (Real Academia Española) de ese término? ¿Qué cualidades debe poseer algo o alguien para ser calificado como raro? ¿Y cuáles de esas cualidades tienes o no tienes tú para ser rara? ¿Estás observando cuál es la reacción objetiva de los demás cuando haces un comentario, o estás más centrada en tus propios pensamientos y sensaciones mientras hablas? En el caso de que efectivamente alguien te considere rara, ¿por qué necesariamente tendría que calificarlo de negativo? ¿No podría esa rareza originar una percepción neutra o incluso positiva? ¿Cabría la posibilidad de ser interpretado como timidez y eso no ser calificado de negativo, sino simplemente neutro? ¿Cómo demuestran las personas que tienen una actitud negativa hacia alguien? ¿Te están mostrando alguna de esas

conductas a ti? ¿Qué cosa tan terrible pasaría si algunas de las personas de mi clase consideraran que ser rara es algo negativo? Este pensamiento se sustituyó por: *“Todos somos distintos y el ser diferente no tiene por qué ser algo negativo”*.

- En la sesión nº 10, acudió a consulta con mucha ansiedad, pues una compañera de clase le había hecho una foto con el móvil y pensaba que todo el que la viera **se iba a reír de ella**. Se consideró este relato como una cognición desadaptativa puesto que no tenía ningún dato en el sentido que temía, ni hubo ninguna conversación con su compañera que le indicara que era objeto de burla. Se le plantearon las siguientes preguntas para cuestionar su pensamiento: ¿Qué podría contener de gracioso tu foto, para que hiciera reír a todo el que la viera, siendo la imagen que verían la de una chica normal, sentada en una silla de una clase, rodeada de compañeros? ¿Estabas haciendo gesticulaciones o muecas graciosas que pudieran aparecer en la imagen y hacer reír? ¿Tenías algún atuendo gracioso, algo especial en la cara, en el pelo o el cuerpo que pudiera llamar especialmente la atención a cualquiera que te viera? ¿Qué tendría de terrible el que algunos compañeros se rieran de alguna imagen que consideraran graciosa? ¿Te has reído tú alguna vez de algo gracioso que hiciera un compañero? Si ha sido así, ¿significa que por reírte una vez, te seguirás riendo de esa persona con todo lo que haga o en todas las ocasiones? La conclusión que sacó de esta discusión fue: *“Si no pregunto a mis compañeros, puedo malinterpretar alguna situación. Puede que no me guste que se rían de mí, pero no es catastrófico, solo molesto”*.

## RESULTADOS

Analizaremos los resultados en función de los objetivos que nos marcamos al inicio de la terapia y de la consecución de los mismos.

El primer y principal objetivo de la intervención fue el de ampliar el conocimiento en asertividad y habilidades sociales de Marta. Al finalizar el tratamiento Marta era capaz de describir y poner en práctica muchas de las habilidades sociales aprendidas. No obstante, a pesar de practicarlas y resultarles eficaces en muchas ocasiones, resultaban artificiales, poco naturales, como si estuviese sobreactuando.

Por lo que respecta al objetivo de reducir la activación fisiológica anticipada y la que se produce en los contextos sociales, tanto los padres como la propia Marta, manifestaron que se sentía más tranquila en clase. De hecho, disminuyó notablemente el absentismo escolar.

En relación a la reducción de las conductas de escape y evitación para aumentar los contactos y relaciones sociales con compañeros y con otras personas, se produjo un incremento en el número de interacciones sociales de Marta, tanto con personas conocidas como con desconocidas, aunque en la actualidad le sigue costando mucho el iniciar conversaciones.

Reestructurar las cogniciones desadaptativas e interpretar adecuadamente las interacciones sociales. Estos dos objetivos estaban estrechamente interrelacionados, de tal forma que el cambio de pensamientos produjo, además de una disminución de la ansiedad, un cambio en la interpretación que Marta hacía de las situaciones sociales, favoreciendo de este modo una mejor adaptación al ambiente escolar y social.

En la actualidad, la intervención no ha finalizado. Después de 14 sesiones, la terapia se sigue centrando en incrementar el número de interacciones sociales y el de experimentos conductuales a realizar. Por otro lado, se continúa con el entrenamiento en habilidades sociales más complejas, tales como, pedir ayuda, rebatir críticas, convencer a los demás, flirtear, etc.

## DISCUSIÓN

Uno de los aspectos más relevantes de este caso ha sido el hecho de constatar una vez más la dificultad en la que nos encontramos los clínicos a la hora de establecer una línea divisoria entre la normalidad y la patología de los comportamientos humanos. En el caso de Marta, a pesar de que desde un principio se detectó sintomatología compatible con trastornos tales como fobia social, Asperger, trastorno esquizotípico o esquizoide de la personalidad, no se pudo determinar un diagnóstico claro de ninguna de estas patologías.

En este mismo sentido, Wing (1996) señala que "...muchos de los comportamientos típicos y característicos del síndrome de Asperger, que nos sirven como criterios o signos para identificar esta patología, pierden su valor diagnóstico al tratarse de individuos normales con un buen funcionamiento y nivel de adaptación adecuados a las demandas de su vida en la sociedad. De esta forma, muchos de nosotros tenemos *hobbies* a los que dedicamos una gran cantidad de nuestro tiempo libre. Por otro lado, a veces adoptamos comportamientos rutinarios porque de esta forma organizamos mejor nuestro día a día y salirnos de estas rutinas nos puede generar un sentimiento de discomfort. Tampoco podemos obviar el hecho de que hay muchos académicos o artistas para quienes su dedicación plena al trabajo es una experiencia tan estimulante y satisfactoria como la de tener relaciones personales o la de participar en acontecimientos sociales.

En este mismo sentido, Fulford (1994) sugiere que la mera presencia de síntomas no implica necesariamente la existencia de psicopatología. De hecho, continúa exponiendo, algunos de los síntomas que pudieran considerarse centrales de un determinado trastorno mental pudieran formar parte de una experiencia normal de la vida diaria.

El proceso diagnóstico dentro de la práctica clínica no sólo debe dirigirse a identificar si el patrón de síntomas que presenta el sujeto se corresponde con un cuadro clínico de un trastorno reconocido. Este tipo de diagnóstico podría resultar útil para facilitar la comunicación entre los distintos profesionales de la salud mental, pero, como bien refiere Labrador (2008), asignar una conducta a una categoría nosológica con el fin de diagnosticar una patología o trastorno, no tiene valor pragmático, ya que el objetivo del tratamiento es modificar las conductas para hacerlas más funcionales y adaptadas, y no modificar un cuadro diagnóstico estándar al margen de las relaciones que se establecen entre las conductas y el entorno.

Por lo que respecta a nuestro caso, desde el primer momento se constató que las conductas problemáticas de Marta tenían que ver con un déficit importante en el campo de las habilidades sociales. Independientemente del diagnóstico, el objetivo prioritario fue el de analizar, comprender y planificar una intervención que, adecuándose a las características personales y circunstancias contextuales de Marta, permitiese modificar las conductas problema y promover una mejor adaptación a su medio.

## REFERENCIAS

- Attwood, T. (2002). *El Síndrome de Asperger: una guía para la familia*. España. Paidós.
- Díaz-Sibaja, M.A. y Comeche, M.I. (2009). *Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva*. Madrid: Publicaciones [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es)
- Fulford, K.W.M. (1988). *Diagnosis, classification and phenomenology of mental illness*. En N.D.B Rose (ed.), *Essential Psychiatry*. London: Wiley-Blackwell.
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Volker, R., Brenner, H.D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psiquiatría.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum. A guide for parents and professionals*. London: Constable.