



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Propuesta de tratamiento de ansiedad para  
adolescentes con Síndrome de Asperger

Tipo de investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Viviana Gabriela Aguilar Tello

Director: Lic. Mario Fabián Vázquez

Vocal: Lic. Alicia Ivet Flores Elvira



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 21 de Junio del 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

<b>Índice</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>1. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b>	<b>4</b>
1.1 Definición	4
1.2 Base metodológica	4
1.3 Bases teóricas	5
1.3.1 Primera Generación.	5
1.3.2 Segunda generación	7
1.3.3 Tercera Generación	8
1.4 ¿Cómo funciona la Terapia Cognitiva Conductual?	8
1.5 Técnicas	9
1.5.1 Técnicas Operantes	10
1.5.2 Técnicas de exposición	10
1.5.3 Desensibilización sistemática y técnicas de relajación	11
1.5.4 Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales.	11
1.5.5 Habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.	12
1.5.6 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).	13
1.5.7 Terapia Cognitiva	13
1.5.8 Mindfulness	13
1.5.9 Terapias de tercera generación	13
1.6 Resultados de la intervención cognitivo conductual	14
<b>2. Síndrome de Asperger</b>	<b>17</b>
2.1 Trastornos Generalizados del Desarrollo	17
2.2 Síndrome de Asperger	17
2.2.1 ¿Qué es?	17
2.2.2 Diagnóstico	19
2.2.3 Características	21
2.2.4 Comorbilidad	21
2.2.5 Técnicas para su tratamiento	23
<b>3. Trastorno de Ansiedad</b>	<b>25</b>
3.1 ¿Qué es?	25
3.2 Diagnóstico	26
3.3 Características	27
3.4 Técnicas para su tratamiento	28
<b>4. Adolescencia</b>	<b>29</b>
4.1 Etapas del desarrollo	29
4.2 Características.	30
4.3 Trastornos en la adolescencia.	30
4.4 Adolescencia y Síndrome de Asperger	32
4.4.1 Características.	32
4.4.2 Tratamientos en adolescentes con síndrome de Asperger	34
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>36</b>

<b>Método</b>	<b>37</b>
<b>Variables</b>	<b>37</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>37</b>
<b>Procedimiento</b>	<b>37</b>
<b>Propuesta de tratamiento</b>	<b>39</b>
<b>Discusión</b>	<b>48</b>
<b>Conclusión</b>	<b>49</b>
<b>Referencias</b>	<b>51</b>
<b>Anexos</b>	<b>57</b>

## **Propuesta de Tratamiento de Ansiedad para Adolescentes con Síndrome de Asperger**

### **Resumen**

El Síndrome de Asperger es un Trastorno del Espectro Autista caracterizado por la presencia de deficiencia en habilidades sociales y de la comunicación, dificultad en la expresión emocional, así como inflexibilidad mental y comportamental (Cobo y Moran, 2014). Existe evidencia que muestra que las personas con Síndrome de Asperger presentan una mayor proporción de síntomas de ansiedad principalmente asociados con la percepción, comprensión y experiencia social (Meyer, Mundi, Van Hecken y Durocher, 2006), así como con la dificultad para reconocer, evaluar y verbalizar sus propios pensamientos y emociones (Fitzgerald y Bellgrove, 2006). Durante la adolescencia presentan una mayor tendencia a la soledad, sentimientos de incompreensión, deseo frustrado de pertenecer al grupo, reacciones emocionales desproporcionadas, mayor vulnerabilidad a la depresión, ansiedad y estrés (Maciques, 2013). En esta etapa de la vida del adolescente con Síndrome de Asperger es necesario dotarlo de recursos útiles para comprenderla y hacerle frente, también es necesario proporcionarle herramientas para el afrontamiento de contrariedades específicas como lo es la ansiedad. En este trabajo se propone una herramienta que tiene como objetivo enseñar al adolescente el uso de determinadas técnicas cognitivo conductuales para hacer frente a los síntomas de ansiedad.

*Palabras clave:* terapia cognitivo conductual, Síndrome de Asperger, ansiedad, adolescencia.

### **Abstract**

Asperger's Syndrome is an Autism Spectrum Disorder characterized by the presence of deficiency in social and communication skills, difficulty in emotional expression, as well as mental and behavioral inflexibility (Cobo & Moran, 2014). There is evidence that shows that people with Asperger Syndrome present a higher proportion of anxiety symptoms mainly

associated with perception, understanding and social experience (Meyer, Mundi, Van Hecken & Durocher, 2006), as well as with the difficulty to recognize, evaluate and verbalize their own thoughts and emotions (Fitzgerald & Bellgrove, 2006). During adolescence, they present a greater tendency to loneliness, feelings of misunderstanding, frustrated desire to belong to the group, disproportionate emotional reactions, greater vulnerability to depression, anxiety and stress (Maciques, 2013). At this stage in the life of the adolescent with Asperger's Syndrome, it is necessary to provide them with useful resources to understand and cope with it, it is also necessary to provide them with tools to cope with specific setbacks such as anxiety. In this work, a tool is proposed that aims to teach adolescents the use of certain cognitive-behavioral techniques to deal with anxiety symptoms.

Key words: cognitive behavioral therapy, Asperger's syndrome, anxiety, adolescence.

## **1. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**

### **1.1 Definición**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un modelo de tratamiento psicológico que se enfoca en el cambio de los pensamientos, emociones y conductas disfuncionales por otras más adaptativas, a través de un conjunto de procedimientos, técnicas y programas de intervención basados en el método científico. En la TCC se entiende que las cogniciones (creencias y/o pensamientos) son las causas de los problemas conductuales y emocionales (Puerta y Padilla, 2011).

### **1.2 Base metodológica**

La TCC tiene sus inicios con la Terapia de Conducta (TC), la cual surge en Londres en los años cincuenta como un complemento de la Terapia psicodinámica y se basa en el modelo de aprendizaje del condicionamiento pavloviano; más adelante la TC se convierte en la principal detractora del modelo psicoanalítico. En 1958 se publica la “psicoterapia de inhibición recíproca” y la “desensibilización sistemática” de Wolpe, este hecho da paso al nacimiento de la

TC como tal, en 1959 Eysenck utiliza por primera vez el término Terapia de Conducta en su publicación "Learning Theory and Behavior 'Therapy" en el que hace un análisis comparativo entre la psicoterapia freudiana y la terapia de conducta (Kazdin, 1983) y en 1960 la define como "la moderna teoría del aprendizaje" al servicio del tratamiento psicológico de los trastornos funcionales (Caballo, 1998).

Más adelante, en la década de los setenta, varios autores, principalmente del ámbito clínico, consideran que los elementos cognitivos tienen una importante relevancia en la adquisición, mantenimiento y modificación de conducta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), los modelos de la terapia Cognitiva consideran la cognición como el elemento determinante de la conducta, se considera que el aprendizaje es mucho más complejo que una relación estímulo-respuesta, por lo tanto es necesario abordar los procesos psicológicos desde esa perspectiva.

Una de las ideas de la TCC es que toda conducta, ya sea adaptativa o des adaptativa, es aprendida y sostenida por los principios del aprendizaje del enfoque conductual y cognitivo y puede modificarse a través de los mismos principios del aprendizaje (Kazdin, 1983).

### **1.3 Bases teóricas**

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) consideran que la TCC atraviesa por tres generaciones, la primera está enfocada en el condicionamiento en el aprendizaje, la segunda pone atención a los aspectos cognitivos y sociales del aprendizaje y la tercera aborda el análisis funcional de la conducta.

**1.3.1 Primera Generación.** Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron como base de la TCC son: la reflexología rusa y el condicionamiento clásico; el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson y el análisis experimental de la conducta de Skinner.

En la reflexología rusa, Sechenov (1829-1905) posiciona su estudio sobre los reflejos como un punto de unión de la neurofisiología y la psicología, en el propone que cualquier conducta, voluntaria o involuntaria, puede explicarse mediante reflejos producidos por un

estímulo específico, incluyendo imágenes, recuerdos o pensamientos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Más adelante, Ivan P. Pavlov (1849-1936) retoma las ideas de Sechenov y da paso a sus estudios sobre los reflejos condicionados, inicialmente conocidos como “secreciones psíquicas” y que más adelante se conocería como condicionamiento clásico (Kazdin, 1983). En el condicionamiento clásico se asocia un estímulo condicionado con otro no condicionado. Es decir, se presentan dos estímulos ante una misma situación, el primer estímulo producirá un reflejo, después de un cierto número de repeticiones, también el segundo estímulo producirá un reflejo similar al del primero (Núñez, Sebastián y Muñoz, 2015).

Retomando la dinámica entre estímulo y reflejo, Edward L. Thorndike (1874-1949) postula que el tipo fundamental de aprendizaje se explica como la formación de conexiones entre la percepción de estímulos y la respuesta (impulsos nerviosos) que se manifiestan a través de la conducta (Schunk, 2012). Una de sus primicias es la idea de que la conducta es en función de las consecuencias, es decir, si a la respuesta a un estímulo le sigue una situación satisfactoria existe una mayor posibilidad de que la misma respuesta se produzca ante el mismo estímulo otra vez, sin embargo, si a la respuesta le sigue una situación desagradable, es posible que esa respuesta se debilite y consecuentemente no se presente más ante dicho estímulo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Sobre las mismas bases, John B. Watson (1878-1958) propone la psicología E-R (estímulo ambiental-respuesta). Su estudio más reconocido es el realizado con el pequeño Albert, que trata del condicionamiento de una fobia, con el que demostró que el miedo puede condicionarse y generalizarse a otros estímulos distintos del originalmente condicionado. Este mismo estudio lleva a Watson a buscar un procedimiento terapéutico basado en los mismos principios del condicionamiento, para el cual sugiere siete estrategias: deshabitación, halago verbal, adaptación negativa, castigo social, distracción, condicionamiento directo e imitación social. Mary Cover Jones, quien era entonces su aprendiz, encontró que las estrategias más



efectivas eran el condicionamiento directo -consistente en asociar el miedo con un estímulo que evoca una respuesta agradable- y la imitación social situando al pequeño Albert con otros niños que se acercaban sin miedo al objeto temido ante lo cual el pequeño Albert podía perder el miedo a través de la imitación de sus iguales. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

A mediados del siglo XX, B. F. Skinner (1904-1990) considera que el principio de estímulo - reflejo puede ser aplicado también a conductas voluntarias, plantea la existencia en el aprendizaje de dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. Estableció el refuerzo, castigo, extinción, control de estímulo y discriminación como los principios básicos de condicionamiento operante. La idea del condicionamiento operante es que la conducta no es sólo un acto reflejo a un estímulo, si no que esta puede ser producida o modificada a través de refuerzos positivos o negativos consecuentes a un estímulo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Schunk (2012) menciona al respecto de los postulados de Skinner, que presenta dos tipos de condicionamiento el *E* y el *R*, donde el tipo *E* destaca la importancia del estímulo en la emisión de una respuesta (conducta correspondiente) y el tipo *R* se refiere a las respuestas controladas por las consecuencias y no por el estímulo (conducta operante).

**1.3.2 Segunda generación.** En los años setenta la TC comienza a hacer énfasis en los aspectos cognitivos y sociales de la conducta. Albert Bandura (1925- ), uno de los principales exponentes de esta generación, plantea el aprendizaje por observación lo que abre las puertas al aprendizaje de conductas fuera de la experiencia personal, es decir, por imitación, a este hecho le nombra como *condicionamiento vicario*. Considera de importancia en el aprendizaje tanto los factores externos como internos, supone que los acontecimientos ambientales, los factores personales y las conductas se influyen mutuamente a esto le llamó determinismo recíproco (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El condicionamiento o aprendizaje vicario es el precursor de la técnica de modelado que se usa en la TCC, sus estudios demostraron que algunos miedos de los niños podían modificarse a partir de la observación de un modelo real o filmado (Kazdin, 1983).

**1.3.3 Tercera Generación.** Esta tiene sus inicios en la década de los 90, en esta etapa se resalta el enfoque contextual, donde el lenguaje y la conducta verbal juegan un papel primordial en el aprendizaje, se desarrollaron teorías que sirvieron de base a la Terapia de Aceptación y Compromiso y se reconoce la complejidad cognitiva humana incluyendo las características singulares de su conducta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Las terapias de tercera generación acercan a la TCC a la respuesta emocional, se abordan los procesos emocionales como expresiones de comportamiento con un sentido adaptativo, tienen como principio terapéutico el abandono de la lucha contra los síntomas, se conectan con procesos asociados a la aceptación psicológica (Moreno, 2012).

En esta etapa se da paso al análisis funcional de la conducta que consiste en analizar el comportamiento de las personas, teniendo en cuenta su contexto y antecedentes, con la finalidad de identificar las variables que mantienen la conducta problema para poder elegir un tratamiento adecuado (O'Donohue, Fisher y Hayes 2003).

#### **1.4 ¿Cómo funciona la Terapia Cognitiva Conductual?**

Una hipótesis central de la TCC sostiene que los *patrones básicos de personalidad* irracionales y des adaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

La metodología de la TCC está basada en el método científico, es decir, la observación sistemática, la formulación de hipótesis que relacionan los eventos, la validación de tales hipótesis a través del control de variables, la observación y medición de los resultados, y la formulación de enunciados teóricos sobre las variables responsables del mantenimiento del comportamiento (Caballo, 1998).

La TCC se vale para su ejercicio del análisis funcional de la conducta y de la evaluación conductual.

Es a partir de la evaluación conductual que se establecen hipótesis causales que se valoran y contrastan mediante técnicas experimentales (Fernández-Ballesteros, 2013). A través de la evaluación conductual determinamos qué variables son las que están manteniendo la conducta inadecuada (Vargas e Ibañez, 1998), se considera que consta de tres fases principales: la descripción de las conductas problema, la selección de las técnicas de intervención con las que se incidirá sobre las conductas problema y la valoración de los efectos producidos por la intervención realizada (Godoy, 1993), si la evaluación conductual no se realiza de forma correcta, el terapeuta no podrá estar seguro de si la terapia implementada tiene o no efecto.

La evaluación conductual tiene como objetivo conocer y cuantificar en términos accesibles la conducta del individuo, mientras que el análisis funcional de la conducta se encarga de analizar el comportamiento de los individuos de acuerdo a su contexto y antecedentes.

### **1.5 Técnicas**

Las técnicas son el conjunto de procedimientos que se pueden ocupar en la TCC, podemos catalogar las técnicas de la TCC en las categorías: técnicas operantes cuyo objetivo es el incremento y mantenimiento de conductas a través de reforzadores; técnicas de exposición, utilizadas en la reducción de la respuesta de miedo y ansiedad; técnicas de desensibilización sistemática y técnicas de relajación se usan de manera simultánea para reducir la respuesta aversiva al estímulo expuesto; las técnicas de modelado que tienen como fin el aprendizaje de nuevas conductas; el entrenamiento en habilidades sociales que tiene como objetivo mejorar la calidad de las relaciones interpersonales de comunicación y relacionales; las técnicas de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas cuyo objetivo es la autorregulación de la conducta; la Terapia Racional Emotiva Conductual y la

Terapia cognitiva cuyo objetivo es eliminar los pensamientos negativos y creencias inadecuadas; el mindfulness o atención plena, que ya es parte de las terapias de tercera generación y que tiene como objetivo cambiar la relación con la experiencia interna a través de la aceptación; y otras terapias de tercera generación que abordan temas de corte humanista-existencial.

**1.5.1 Técnicas Operantes.** De acuerdo a Badós y García (2011) las técnicas operantes implican la manipulación de antecedentes y consecuentes, controlando la conducta con el objetivo de lograr cambios, estas técnicas pueden ser utilizadas para lograr aumento, mantenimiento y/o incremento de conductas, reducción y/o eliminación de conductas y potenciación y/o debilitamiento de conductas; se basan en el uso de reforzadores que pueden ser positivos o negativos (premios o privaciones). Entre las técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas encontramos el moldeamiento, el encadenamiento, la atenuación y la instigación; para reducir o eliminar conductas a través del reforzamiento diferencial de otras conductas encontramos técnicas como la extinción, el castigo positivo, el castigo negativo, la sobre corrección y los contratos de contingencias (Díaz, Ruiz, Villalobos y Paz, 2012). Dentro de las técnicas basadas en el condicionamiento operante una de las más populares es el uso de la economía de fichas que, a grandes rasgos, consiste en reforzar una conducta proporcionando fichas que al acumularse pueden intercambiarse por un reforzador mayor (premio).

**1.5.2 Técnicas de exposición.** Esta técnica consiste en exponer de manera sistemática y continua al individuo con el estímulo temido causante de la conducta o emoción no deseada, lo que permitirá la reducción gradual de la respuesta de miedo y/o ansiedad. Esta exposición puede ser en vivo, simbólica o en grupo, es considerada una de las técnicas más eficaces en el tratamiento de trastornos de ansiedad, se han aplicado en casos de fobia social, trastorno por angustia y agorafobia, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**1.5.3 Desensibilización sistemática y técnicas de relajación.** La técnica de desensibilización sistemática puede auto aplicarse y puede desarrollarse en vivo o en grupo (como en la terapia de exposición). De acuerdo a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) clásicamente la desensibilización sistemática es un procedimiento que implica la exposición al estímulo a través de la imaginación, antes de llevar a cabo el proceso de desensibilización debe realizarse una jerarquía de ansiedad, contar con una capacidad imaginativa adecuada y estar entrenado en técnicas de relajación, ya que la exposición deberá ser inducida, a través de la imaginación, mientras el individuo se encuentra en un estado de relajación.

De acuerdo a Vera y Vila (1998), el marco de referencia para entender las técnicas de relajación es el aprendizaje de la respuesta biológica, está integrada por componentes fisiológicos (respuesta somática y autónoma), subjetivos (informes verbales) y conductuales (quiescencia motora).

Las técnicas de relajación han formado una importante técnica en la TCC, se ha comprobado a través de estudios su importancia en la salud física y mental, uno de sus beneficios es la reducción de la activación fisiológica y el equilibrio del sistema nervioso autónomo ante situaciones estresantes (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Dos de los principales exponentes de las técnicas de relajación son Shultz y Jacobson, el método implementado por Jacobson se basa en la contracción y relajación de los músculos, por su parte, el método de Schultz propone la utilización de imágenes mentales que favorezcan la distensión física (Nadeau, 2005).

La respiración juega un papel primordial en la relajación, su control contribuye a modular voluntariamente la acción del sistema nerviosos autónomo y a reducir los niveles de activación producidos en situaciones de estrés, al realizar una respiración diafragmática a un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica (Speads, 1988).

**1.5.4 Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales.** Las técnicas de modelado son útiles cuando buscamos el aprendizaje de nuevas conductas, inhibir

conductas, incitar conductas, motivar, modificar la valencia emocional. El proceso del modelado se da a través de la observación, la asimilación y la ejecución de lo aprendido. El modelo a imitar puede estar en vivo o ser un modelo simbólico (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Respecto a las habilidades sociales, en Caballo (2007) se mencionan catorce dimensiones conductuales básicas que abarcan las habilidades sociales: hacer cumplidos, aceptar cumplidos, hacer peticiones, expresar amor, agrado y/o afecto, iniciar y mantener conversaciones, defender los propios derechos, rechazar peticiones, expresar opiniones personales incluido el desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, petición de cambio de conducta del otro, disculparse o admitir ignorancia, afrontar las críticas, solicitar satisfactoriamente un trabajo y hablar en público, también menciona los componentes conductuales como la mirada, la sonrisa y los gesto. El entrenamiento en habilidades sociales es un tratamiento cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales, para este fin se utilizan los reforzamientos positivos, el aprendizaje vicario (por imitación), la retroalimentación personal y el desarrollo de las expectativas cognitivas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**1.5.5 Habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.** El entrenamiento en resolución de problemas se refiere al proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema, el afrontamiento se refiere a la ejecución de la resolución del problema. Para la solución de problemas se deben tener en cuenta cinco procesos: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación (Nezu y Nezu, 1998). El entrenamiento en auto instrucciones, la inoculación del estrés y la terapia de solución de problemas, son técnicas enfocadas en el desarrollo de las habilidades de afrontamiento, sus principales objetivos son la modificación del diálogo interno, la auto regulación emocional, la disminución de conductas desadaptadas y el aumento de conductas adaptativas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**1.5.6 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).** La Terapia Racional Emotiva Conductual se basa en la identificación de los pensamientos racionales e irracionales así como de emociones adaptativas positivas o negativas y des adaptativas positivas o negativas. Para la Terapia racional emotiva, la salud mental depende mucho de la filosofía de vida de las personas, es decir, la aceptación, la flexibilidad, la responsabilidad, la tolerancia a la frustración, la aceptación de la incertidumbre y el hedonismo en sentido amplio (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

**1.5.7 Terapia Cognitiva.** Las técnicas de Terapia Cognitiva se basan en el modelo cognitivo, en este modelo en los procesos cognitivos se selecciona la información y se pueden producir distorsiones cognitivas, las cuales pueden llegar a convertirse en pensamientos automáticos, así mismo, la terapia cognitiva se enfoca en los problemas externos relacionados con el malestar. La labor de la Terapia Cognitiva es modificar los esquemas y pensamientos disfuncionales (Ruiz, Díaz, Villalobos y Paz, 2012).

**1.5.8 Mindfulness.** También conocida como Atención Plena, el Mindfulness es una técnica que incluye prácticas de meditación. Esta técnica implica asumir intencionalmente conductas que conllevan cambios cognitivos y actitudinales en relación con nuestra forma habitual de relacionarnos con nuestros eventos internos y externos (Villalobos, Díaz y Ruíz, 2012) esto como proceso y finalidad. Los elementos principales de esta técnica son la atención enfocada al momento presente, la intención, la observación sin juicio de la propia experiencia, la aceptación y la concentración. Puede ser parte de las terapias de reducción de estrés y de la terapia cognitiva de la prevención de recaídas. El mindfulness forma parte de las terapias de tercera generación (Villalobos, Díaz y Ruiz, 2012).

**1.5.9 Terapias de tercera generación.** En estas se incluyen la Terapia Dialéctica Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Están enfocadas en la función de la conducta, constituyen acercamientos terapéuticos que proporcionan herramientas útiles para el abordaje de casos y pacientes difíciles, resistentes al tratamiento convencional. Fundamentan

su actuación en un paradigma contextual que explica el comportamiento humano en términos interactivos, funcionales y contextuales (Díaz, Ruíz y Villalobos, 2012).

Por su parte, Moreno (2012) menciona la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia Conductual Integrada de Pareja, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP), la Terapia Cognitiva con base en el estar atento (Mindfulness) y la Terapia basada en el estar atento para el trastorno de ansiedad, como las principales terapias de tercera generación y dice que las TTG no sólo se enfocan en el síntoma, sino que conectan con los procesos de aceptación psicológica los valores de la persona y el terapeuta, así como aspectos relacionados con la espiritualidad y la trascendencia.

### **1.6 Resultados de la intervención cognitivo conductual**

Se ha demostrado en diversos estudios la eficacia de la terapia cognitivo conductual, en casos de ansiedad, depresión y trastornos obsesivos compulsivos, entre otros. En la Tabla 1 se muestran algunas aplicaciones dadas a las técnicas de la terapia cognitivo conductual en diferentes casos.

**Tabla 1**

Uso de técnicas de la terapia Cognitivo conductual (TCC)

<b>Técnicas</b>	<b>Referencia</b>	<b>Objetivo de la intervención</b>	<b>Resultados</b>
-----------------	-------------------	------------------------------------	-------------------



<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicoeducación</li> <li>-Auto registro de pensamientos</li> <li>-Respiración diafragmática</li> <li>-Relajación muscular progresiva</li> <li>-Reestructuración cognitiva</li> <li>-Exposición sistemática</li> </ul>	<p>“Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico” (Álvarez y Hernán, 2019)</p>	<p>Ansiedad. Ataques de pánico</p>	<p>Reducción significativa de los niveles de ansiedad, pasando de un nivel de ansiedad de 28 puntos a un nivel de ansiedad de 12 puntos en la escala de ansiedad de Beck.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reestructuración cognitiva</li> <li>-Relajación Autógena</li> <li>-Respiración diafragmática</li> <li>-Modificación de pensamientos</li> <li>-Auto instrucciones</li> <li>-Exposición sistemática</li> <li>-Inundación</li> </ul>	<p>“Intervención cognitivo-conductual en tratamientos de ansiedad infantil” (Gutiérrez, Méndez, Riveros y Gutiérrez, 2021)</p>	<p>Ansiedad infantil</p>	<p>Reducción de los síntomas de ansiedad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposición</li> <li>-Resolución de problemas</li> <li>-Técnicas de tercera generación</li> </ul>	<p>“Terapia cognitivo-conductual en el Trastorno obsesivo compulsivo” (Dávila, 2014)</p>	<p>Trastorno Obsesivo Compulsivo</p>	<p>Reducción de síntomas Apego al tratamiento</p>

-Reestructuración cognitiva	“Psicoterapia vía internet, aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes con depresión”	Depresión	Reducción de la sintomatología
-Identificación de emociones	(Flores, Cárdenas, Durán y De la Rosa, 2014)		
-Solución de problemas			
-Técnicas basadas en condicionamiento operante	“Efectividad de la Terapia cognitivo-conductual con técnicas basadas en condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad”	TDAH	Mejora de autoestima (seguridad, confianza y autoimagen)
-Técnicas de modificación de conducta (economía de fichas)	(Ruales, 2012)		Mejora de atención y concentración Mayor control de impulsos

## **2. Síndrome de Asperger**

### **2.1 Trastornos Generalizados del Desarrollo**

A finales de los años setenta surge la noción de Trastorno Profundo, Generalizado o Penetrante del Desarrollo, como sustituto a la categoría de “psicosis infantil”. El uso de la denominación “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) se difundió a partir de 1980 con la aparición del DSM III (De Iudicibus, 2011).

Más adelante, en los años noventa, los Trastornos Generalizados del Desarrollo, de acuerdo al DSM IV, se clasifican en Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Autista no especificado, Trastorno de Rett y Trastorno desintegrativo infantil.

El Trastorno Autista, Trastorno de Asperger y el Trastorno Autista no especificado, han sido catalogados bajo la denominación de “Trastornos del Espectro Autista” (TEA) y son considerados por algunos autores como diferentes presentaciones y grados de una misma condición patológica. Estos Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social, alteración cualitativa de la comunicación, intereses restringidos y conductas estereotipadas (Severgnin, 2006).

### **2.2 Síndrome de Asperger**

**2.2.1 ¿Qué es?** El Síndrome de Asperger (CIE-10) o Trastorno de Asperger (DSM-IV-TR), actualmente catalogada dentro de los Trastornos del Espectro Autista, fue descrito por primera vez en 1944 por el médico pediatra austriaco Hans Asperger (Zúñiga, 2009) entonces se le conoció como “Psicopatía Autística”, en referencia al aislamiento que presentaban los pacientes.

Más adelante, en el año de 1981, la psiquiatra inglesa Lorna Wing publicó su trabajo “*Asperger’s Syndrome: A clinical account*” donde introduce el término Síndrome de Asperger e identifica las tres áreas con mayor afectación del síndrome, conocida como la Triada Wing: las competencias de relación social, la comunicación y la inflexibilidad mental y comportamental, (Cobo y Moran, 2014).

En 1994, en la décima revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se menciona el Síndrome de Asperger en la sección de Trastornos Generalizados del Desarrollo. En el mismo año en Estados Unidos, la *American Psychiatric Association (APA)* en su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)* clasificó al Trastorno de Asperger también como uno de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

En el DSM-5 (Manual Diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, 5<sup>o</sup> edición, 2014) se cambia la categoría diagnóstica del Síndrome de Asperger por la categoría de Trastorno del Espectro Autista, lo cual ha generado controversia pues se considera que el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista es muy vago e impreciso para la particularidad que presenta el Síndrome de Asperger (González, Cortés, y Mañas, 2019). Según esta clasificación, el Trastorno del Espectro Autista incluye tres niveles de severidad, dependiendo de la necesidad de ayuda que requiera la persona, el Síndrome de Asperger corresponde al Trastorno del Espectro Autista (TEA) nivel 1.

El Síndrome de Asperger es un trastorno, que comienza en los primeros años de vida; Artigas (2007) lo resume como un trastorno del desarrollo neurológico que afecta el funcionamiento social y el espectro de actividades e intereses, vinculado a una disfunción de diversos circuitos cerebrales. Así como las dificultades en las habilidades sociales y comunicativas, las personas con Síndrome de Asperger muestran dificultades en la abstracción de conceptos, intereses restringidos, hipersensibilidad sensorial, estereotipias motoras y dificultades para distinguir el lenguaje literal (Angeles, 2014).

En sus estudios del Síndrome de Asperger, Hans Asperger sitúa la etiología de este Síndrome de origen prenatal y genético (De Iudicibus, 2011) y observa que aunque los síntomas cambian a través del desarrollo del individuo, el problema global es poco probable que desaparezca, es decir, si en la infancia temprana presentan dificultades para aprender

patrones de conducta sociales simples y para adaptarse socialmente, este mismo desorden básico le causará dificultades en la edad escolar, problemas de rendimiento en la adolescencia y conflictos sociales y conyugales en la edad adulta (Stephen, 2006).

**2.2.2 Diagnóstico.** Severgnin (2006) sugiere el test Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), (Baird, 2000) para la detección temprana de TEA, este test puede ser aplicado por el pediatra a partir de los 18 meses de edad; también sugiere pruebas basadas en la observación del desempeño del menor en sus diferentes ámbitos, por ejemplo, en el tipo de juegos que realiza (si involucran la imaginación o no), la interacción con otras personas, la respuesta verbal y motriz, la atención al entorno y la comprensión de instrucciones sencillas, estos con la finalidad de eliminar la sospecha. El Síndrome de Asperger no se acompaña de retraso en el lenguaje como otros TGD.

A partir de los cinco años de edad se recomienda el uso de la Escala Autónoma para la detección del Síndrome de Asperger y Autismo de Alto funcionamiento (Secretaría de Salud, 2012).

El CIE-10 y al DSM-IV, basan el diagnóstico en los siguientes criterios:

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

(1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto

(3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas

(4) ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y

estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

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

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

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

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

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

El diagnóstico debe sustentarse con la historia clínica completa y una evaluación neuropsicológica correcta en la que debe evaluarse la inteligencia y funcionamiento adaptativo (Klin, Sparrow, Marans, Carter y Volkmar, 2000), debe ser detallada la recolección de antecedentes familiares, entorno, habilidades físicas, sociales, emocionales, comportamientos, rituales, relaciones, desarrollo motor y dificultades motrices (World Health Organization, 2000).

Angeles (2014) menciona que para la recopilación de información es común utilizar pruebas como el Cuestionario de maduración neuropsicológica infantil (CUMANIN de Portellano y Cols), la Escala de Inteligencia para los niveles preescolar y primario (WPPSI-Español, el test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas(ITPA), el Test de vocabulario en imágenes(PEABODY), así como el uso de escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH), el cuestionario de exploración del espectro autismo de alto

funcionamiento (ASSQ de Ehlers, Gilberg y Wing, 1999), el Test infantil de síndrome de Asperger (CAST de Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2002), la Entrevista para el diagnóstico del síndrome de Asperger (ASDI de Gilberg y cols., 2001), el Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A. de Riviére, 1997) y los criterios diagnósticos (CIE 10 de la American Psychiatric Association, 1994).

**2.2.3 Características.** Hans Asperger, en sus primeras observaciones, advirtió que los niños con Síndrome de Asperger presentan una marcada alteración social, dificultades en la comunicación, déficit en la capacidad de juego y un rango de comportamiento e intereses repetitivos, sin retardo cognitivo significativo, ni en el lenguaje (Naranjo, 2014).

Olivar (Cobo y Moran, 2014) sistematiza las competencias cognitivas altas en inteligencia impersonal, las dificultades en la relación social, en la expresión emocional y en el uso social del lenguaje, el lenguaje gramatical formalmente correcto, las anomalías prosódicas del lenguaje, los patrones inflexibles de funcionamiento mental como características de las personas con Síndrome de Asperger.

**2.2.4 Comorbilidad.** La comorbilidad entre el Asperger y los trastornos de ansiedad es altamente significativa. En la actualidad se considera una tasa de prevalencia de entre el 11% y el 84% de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista que experimentan cierto grado de ansiedad, siendo las fobias simples, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, trastornos obsesivos-compulsivos y la fobia social los más comunes (De la Iglesia y Olivar, 2012).

En el estudio realizado por Meyer, Mundi, Van Hecken y Durocher (2006) se investigó la posibilidad de que las dificultades emocionales y conductuales en personas con Asperger estuvieran asociadas a los procesos de información y atribución social. Este estudio arrojó resultados que demostraron que los síntomas comórbidos están asociados con la percepción, la comprensión y la experiencia social de las personas con Asperger. Los propios niños informaron de altos índices de ansiedad y estrés social, así como una baja satisfacción y

competencia en las relaciones interpersonales, informaron también sobre la toma de conciencia de sus dificultades sociales relacionadas con su manera de procesar la información social (Meyer et al, 2006).

Otro estudio menciona que cerca del 65% de pacientes con Asperger presentan síntomas psiquiátricos, siendo el principal el Déficit de Atención, con o sin hiperactividad, con una prevalencia de entre el 28% y el 65%, trastorno de tics en 80%, desórdenes afectivos en el 24%, depresión en el 15% y ansiedad en el 35%, siendo de mayor incidencia pánico, agorafobia, fobia social, miedo a injurias físicas y ansiedad por separación (Naranjo, 2014).

Garzonio, Martín, Salas, y Serrano (2018) presentan algunos estudios que dicen que los niveles y causantes de ansiedad en adolescentes con síndrome de Asperger son mayores y más recurrentes que en la población en general (Tabla 2).

<b>Tabla 2.</b>	
<b>Estudios sobre ansiedad en adolescentes con Síndrome de Asperger</b>	
<b>Referencia</b>	<b>Resultados</b>
Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. Green, Gilchrist, Burton, & Cox, 2000	Niveles significativamente mayores de síntomas de ansiedad como preocupación, hipocondría, ansiedad no situacional o pánico y miedos específicos.
Anxiety in adolescents with asperger syndrome: negative thoughts, behavioral problems, and life interference, <i>Focus on Autism and Other Developmental Disabilities</i> .  Farrugia & Hudson, 2006	Síntomas de ansiedad significativamente correlacionados con pensamientos automáticos negativos, problemas de comportamiento e interferencia de vida, siendo significativamente más altos en adolescentes con Síndrome de Asperger.



<p><i>Asperger's syndrome: a guide for parents and professionals.</i></p> <p>Attwood (1998)</p>	<p>La ansiedad surge en individuos con Síndrome de Asperger en una variedad de cuestiones, incluidos los cambios en la rutina y las expectativas, la aprehensión en situaciones sociales y cambios ambientales menores.</p>
<p><i>Behavioural issues in autism.</i></p> <p>Schopler&amp;Mesibov, 1994</p>	<p>Muchos niños con Síndrome de Asperger experimentan dificultades con el cambio porque tienen una comprensión deficiente de las ocurrencias en su entorno, lo que desemboca en incertidumbre y ansiedad.</p>
<p>Anxiety in Asperger's syndrome: Assessment in real time.</p> <p>Hare,Wood,Wastell, &amp; Skirrow, 2015)</p>	<p>Si un comportamiento repetitivo o gobernado por reglas se ve afectado, una persona puede sentirse ansiosa porque se le exige hacer algo para lo que no tiene ningún plan.</p>
<p>The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome.</p> <p>Fitzgerald &amp; Bellgrove, 2006</p>	<p>Las personas con Síndrome de Asperger tienen dificultades para reconocer, evaluar y verbalizar sus propias cogniciones en relación con sus sentimientos (alexitimia). Por lo tanto pueden valorar los pensamientos como desencadenantes de ansiedad, y, al mismo tiempo, tienen menos habilidades para discutir y articular sus pensamientos.</p>

Por su parte, Domínguez y Rodríguez-Medina (2020) mencionan que en el mundo alrededor de un 15% de los pacientes con TEA presentan un Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

**2.2.5 Técnicas para su tratamiento.** Se conoce como síndrome a un conjunto de rasgos o características distintivas que se presentan juntas, los adolescentes con Síndrome de Asperger, aunque presentan rasgos y características similares, no presentan el mismo grado

de intensidad en ellas, por tanto, cada tratamiento debe ser personalizado, enfocado en atender tanto las dificultades generales del Síndrome como las específicas que presenta cada individuo.

Según Naranjo (2014), un programa de tratamiento adecuado para adolescentes con Síndrome de Asperger debe poner especial atención a fortalecer y mejorar las características de la comunicación, reforzar las habilidades académicas, sociales y de comportamiento, debe tener intervención multidisciplinaria que incluya psicoterapia, terapia física, intervención en lenguaje, así como terapia ocupacional y entrenamiento vocacional.

Por otra parte en el libro *El Síndrome de Asperger, Evaluación y Tratamiento*, Martos, Ayuda, González, Llorente y Freire (2012) dicen que la intervención debe ser centrada en la persona y crean una herramienta denominada Planificación Centrada en la Persona (PCP) que se trata de crear redes de apoyo, en torno a la persona con Síndrome de Asperger y familia, mediadas por profesionales y conformada por afectados, familiares, amigos, profesionales y profesores; propone también una serie de estrategias para el tratamiento de cinco aspectos claves de intervención (Tabla 3).

**Tabla 3**

Estrategias de intervención para el tratamiento de Síndrome de Asperger

<b>Aspectos a desarrollar</b>	<b>Estrategias</b>
El desarrollo de la interacción social y comprensión emocional	<p>Ser conciso en la muestra de las emociones y verbalizarlas de forma explícita.</p> <p>Ayudarle a encontrar el grado adecuado de la emoción que siente</p> <p>Dividir las actividades sociales en los pasos que la componen y enseñarle dichos pasos</p> <p>Explicar por qué es importante aprender cada habilidad social</p> <p>Reforzarle por su esfuerzo y sus progresos en el ámbito social</p>

El desarrollo de la comunicación y el lenguaje	<p>Estimular el contacto ocular</p> <p>Compartir temas que le gustan</p> <p>Darle claves para aprender a conversar de otros temas</p> <p>- Incluir el lenguaje social gradual y sistemáticamente (saludos, agradecimientos, despedidas)</p> <p>Ser explícito en la comunicación. Asegurarse que comprenda las bromas, chistes, metáforas o ironías.</p>
Respetar y aprovechar sus intereses	<p>Fomentar la alternancia de actividades de su interés con actividades nuevas.</p> <p>Apoyar a disponer de tiempo libre organizado.</p> <p>Limitar tiempos de ocio relacionados con intereses específicos.</p>
La inflexibilidad y respuesta sensorial	<p>Reducir carga estimuladora del entorno</p> <p>Procurar entorno ordenado y actividades predecibles</p> <p>Evitar en la medida de lo posible alterar rutinas</p> <p>Observar sus respuestas sensoriales</p>
La motricidad y déficit en las funciones ejecutivas.	<p>Involucrarlo en deportes no competitivos</p> <p>Darle más tiempo para elaborar sus tareas</p> <p>Utilizar apoyos visuales y planificadores</p>

Por otra parte Anderson y Morris (2006), en su análisis de intervenciones en el tratamiento del Síndrome de Asperger concluye que para la buena práctica en cualquier intervención psicológica se debe tener presente que es necesario utilizar mayor cantidad de apoyos visuales y escritos, hacer énfasis en la educación afectiva, evitar el uso de metáforas o conceptos abstractos, mantener un enfoque más directivo de lo habitual y considerar la participación de la familia como co terapeutas para lograr la generalización de las habilidades a su entorno normal

### 3. Trastorno de Ansiedad

#### 3.1 ¿Qué es?

La ansiedad es un estado emocional displacentero acompañada de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos o psiquiátricos. Afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsión de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando la funcionalidad del individuo (Secretaría de Salud, 2010).

Parrilla, Hernández y Betegón (2020) la definen como un estado de malestar psicofísico determinado por una sensación de incertidumbre, nerviosismo e intranquilidad ante lo que se vive como una amenaza inminente de origen desconocido.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el tipo de ansiedad más frecuente, se manifiesta a través de una preocupación excesiva por sucesos o actividades cotidianas presente la mayoría de los días durante un periodo de 6 meses (CIE-10). La característica de este tipo de ansiedad es la preocupación excesiva, incontrolable y notablemente desproporcionada ante la presencia, ya sea real o imaginaria, de situaciones temidas.

### **3.2 Diagnóstico**

Los criterios señalados por el CIE-10 (2000) para el diagnóstico de ansiedad generalizada en la infancia son menores que en los adultos, los síntomas específicos de activación autonómica son menos prominentes. Para estos individuos se pueden utilizar los siguientes criterios:

- A. Ansiedad marcada y preocupaciones (ansiedad anticipatoria) que ocurren al menos la mitad de los días de un período de seis meses como mínimo. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas, al menos, a varios acontecimientos o actividades (como el trabajo o la escuela).
- B. El niño encuentra difícil controlar las preocupaciones.

C. La ansiedad y las preocupaciones se asocian a tres de los siguientes síntomas como mínimo (dos de los síntomas presentes, al menos, la mitad del tiempo):

1. Inquietud y sentimientos de estar "al límite" (manifestados por tensión mental o incapacidad para relajarse).
2. Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad.
3. Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental;
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación o de mantenimiento, o sueño no reparador) debidas a la preocupación o ansiedad.

D. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias.

La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como en el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un solo tema principal (como en la ansiedad de separación o en el trastorno fóbico de la infancia). (Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, se da preferencia a esta última.)

E. Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los 18 años).

F. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración de la vida social, laboral o de otras áreas vitales importantes.

G. El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., sustancias psicótropas, medicaciones) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo), y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos psicóticos o trastornos generalizados del desarrollo.

El diagnóstico debe complementarse con la evaluación completa.

### **3.3 Características**

La ansiedad se manifiesta con preocupación o síntomas físicos que causan malestar significativo y/o una alteración grave de la vida social, laboral o de otras áreas importantes, puede presentarse en situaciones específicas bien definidas (fobias) o ser una angustia libre flotante, produce síntomas como el nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas (CIE-10).

### **3.4 Técnicas para su tratamiento**

De acuerdo a la guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Cárdenas, Fera, Palacios y de la Peña, 2010) los tratamientos más efectivos para el TAG en niños y adolescentes son la TCC y la intervención farmacológica, así como el uso a la par de técnicas de relajación.

Mardomingo (2005) propone que un plan de tratamiento adecuado debe tener en cuenta la naturaleza del trastorno de ansiedad, la gravedad, el tiempo de evolución, la edad del paciente y su desarrollo cognoscitivo, las particularidades del medio familiar y el estilo educativo que recibe. Masia, Klein, Sorch & Corda (2001) citado en Mardomingo, 2005, realizaron un estudio piloto de un tratamiento para la ansiedad social en adolescentes, este estudio se realizó con la participación de 6 estudiantes, al finalizar la intervención los 6 estudiantes mostraron mejoría y 3 de ellos ya no cumplían con los criterios de fobia social al finalizar el tratamiento (Tabla 4).

**Tabla 4**

Diseño piloto de tratamiento para ansiedad social en adolescentes

<b>Sesión</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Objetivos</b>
1	Educación	Establecer reglas grupales y proporcionar información detallada sobre la fobia social y la intervención.
2	Pensamiento realista	Elaboración de evaluaciones realistas sobre los sucesos y sus

consecuencias		
3 - 6	Entrenamiento en habilidades sociales	Iniciar y mantener conversaciones, habilidades para escuchar y recordar y expresión asertiva
7 - 11	Exposición	Exponer gradualmente a los estudiantes a los estímulos temidos
12	Prevención de recaídas	Instruir sobre la identificación de la exacerbación de los síntomas y las estrategias para prevenir su reaparición
13 -14	Reuniones sociales no estructuradas	Práctica adicional de habilidades sociales

#### 4. Adolescencia

##### 4.1 Etapas del desarrollo

De acuerdo a Papalia (2017) en su libro Desarrollo Humano, los científicos del desarrollo destacan tres aspectos principales: el primero es el desarrollo físico que se refiere al crecimiento de los componentes del cuerpo, al desarrollo de las capacidades sensoriales y motoras y se relaciona con el contexto que afecta al crecimiento y desarrollo del sujeto como cuidado de la salud, la alimentación y el sueño, el segundo se refiere a el desarrollo cognitivo que incluye los cambios en los procesos intelectuales, el aprendizaje, el pensamiento, el recuerdo, la resolución de problemas, la comunicación, la creatividad, la memoria, atención y razonamiento y el tercero es el desarrollo psicosocial que se refiere a las emociones, la personalidad y las relaciones sociales.

También se menciona que las etapas del ciclo vital, son un proceso que dura desde el nacimiento hasta la muerte y son un constructo social variable de una cultura a otra.

Hay ocho etapas del desarrollo aplicables a las sociedades occidentales la primera es la etapa prenatal, luego de la concepción al nacimiento; la infancia, del nacimiento a los tres años; la niñez temprana, de los tres a los seis años; la niñez media, de seis a once años; la

adolescencia, de los once a alrededor de los veinte años; la adultez temprana de los veinte a los cuarenta años, la adultez media, de los cuarenta a sesenta y cinco años y la adultez tardía, de los sesenta y cinco años en adelante (Papalia, 2017)

#### **4.2 Características.**

La OMS (2009) define la adolescencia como el lapso de tiempo que comprende entre los 10 y 19 años de edad aproximadamente y tiene una dimensión biológica que abarca los aspectos físicos y psicológicos y otra dimensión sociocultural.

La adolescencia es el período de tránsito entre la infancia y la edad adulta, esta etapa se acompaña de importantes cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales y tiene su inicio en la pubertad. La pubertad es el proceso biológico en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios, maduran completamente las gónadas y las glándulas suprarrenales, se adquiere el pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta (Pineda, 2017).

La finalidad de la etapa de la adolescencia es la elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto, esto supone un trabajo mental gradual, lento y lleno de dificultades (Lillo, 2004), pues el adolescente debe moldear su estructura personal y social con los recursos que ha adquirido durante las etapas anteriores, esto hace de esta etapa un proceso crítico lleno de retos.

Todos los cambios de esta etapa se dan en un lapso de tiempo muy corto por lo que los adolescentes deben adaptarse rápidamente, las preocupaciones y los cambios de humor se presentan como una parte normal de esta etapa, sin embargo, cuando la capacidad de adaptación se rebasa pueden presentarse síntomas de ansiedad y si el estado de estrés permanece continuo los síntomas pueden agravarse y convertirse en un estado permanente (Díaz, y Santos, 2018).

#### **4.3 Trastornos en la adolescencia.**



De acuerdo a Rodríguez y Hernández (2017) los problemas de salud mental en adolescentes del mundo más presentados, de mayor a menor frecuencia, son: trastornos de ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, abuso de sustancias, psicosis y trastornos del comportamiento alimentario.

En México, 24.7% de los adolescentes se ven afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad, depresión, déficit de atención, intento suicida y abuso en consumo de sustancias, los más recurrentes (Secretaría de salud, 2014).

De acuerdo a Sánchez y Cohen (2020) la ansiedad es una de las formas más frecuentes de psicopatología de la infancia y la adolescencia, los trastornos que se inician en alguna de estas etapas del desarrollo a menudo son progresivos, persistentes y crónicos, un diagnóstico temprano puede evitar un mayor impacto a la vida académica, social y familiar futura del individuo.

Para la detección y diagnóstico de los trastornos mentales en la adolescencia es importante poner atención a los signos de alerta y a los factores de riesgo y de vulnerabilidad así como a las características clínicas de cada trastorno.

Algunas de las intervenciones que se han realizado en adolescentes con ansiedad desde el enfoque de la Terapia Cognitivo-conductual (Tabla 5).

---

**TABLA 5.**

Tratamientos de ansiedad en adolescentes

<b>Referencia</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Logros</b>
-------------------	-----------------	-----------------	---------------

Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de Ansiedad Generalizada (Padilla,2014)	Reestructuración cognitiva Entrenamiento en relajación diafragmática y autógena Entrenamiento en exposición imaginaria y en vivo Resolución de problemas	Reducir respuestas fisiológicas Modificación de creencias y pensamientos automáticos des adaptativos Eliminar respuestas de escape y evitación Reducir niveles de ansiedad y preocupación	Reducción de pensamientos distorsionados Disminución de preocupación y ansiedad reducción de actividad psicofisiológica Mejora en la capacidad de relajación, concentración y resolución de problemas
Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social (Gil y Hernández, 2009 basado en el protocolo de Olivares 2005)	Psicoeducación Entrenamiento en habilidades sociales Juego de roles Resolución de problemas Exposición Modelamiento Reestructuración cognitiva	Reducir la presencia de los síntomas generales de fobia social	Reducción de la presencia de los criterios diagnósticos para fobia social
Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. Mosquera-Gallego (2018)	Programa IAFS: Protocolo para la intervención en Adolescentes con Fobia Social (Olivares, 2005) Programa CIP: Intervención psicoeducativa y tratamiento diferenciado del Bullying (Cerezo, Calvo, & Sánchez, 2011)	Reducir la ansiedad excesiva ante situaciones sociales Mejorar la competencia y bienestar en las situaciones sociales Eliminar el acoso escolar	Disminución de los síntomas de ansiedad Disminución del acoso escolar

#### **4.4 Adolescencia y Síndrome de Asperger**

**4.4.1 Características.** El desarrollo físico de un adolescente con Síndrome de Asperger no es particularmente diferente en relación con los demás adolescentes, es en el ámbito social y psicológico donde se distinguen con mayor claridad las diferencias, los cambios emocionales pueden mostrar retraso y los temas de interés pueden ser distintos a los de los demás

adolescentes (Maciques, 2013). En esta etapa comprenden con mayor claridad que son diferentes y se perciben excluidos de muchas relaciones interpersonales (Calle y Utria, 2004).

En la adolescencia, las personas con Síndrome de Asperger, al igual que los adolescentes típicos, experimentan un mayor deseo de relacionarse con otras personas, sin embargo, recordemos que una de las principales características en personas con Síndrome de Asperger es la dificultad en las relaciones sociales, por tanto, algunas de las características que presentan estos adolescentes son, entre otras, una mayor tendencia a la soledad, sentimientos de incompreensión, deseo frustrado de pertenecer al grupo, reacciones emocionales desproporcionadas, mayor vulnerabilidad a la depresión, ansiedad y estrés, aumento de obsesiones y rituales (Maciques, 2013). Por otra parte, Attwood (1997) menciona que durante la adolescencia pueden preferir pocas amistades, se desenvuelven mejor en un grupo pequeño o con solo un amigo, dentro de un grupo puede mostrarse solitario o retraído.

El adolescente con Síndrome de Asperger mantiene sus características particulares que pueden manifestarse como fortalezas en esta etapa de su desarrollo: la persistencia para el logro de sus objetivos, los fuertes valores morales (como la lealtad, la bondad, el sentido de justicia y el compañerismo), la personalidad transparente y la ausencia de malicia (Maciques, 2013). También destacan entre sus cualidades la honestidad y la sinceridad, difícilmente dicen mentiras o hacen algo en lo que no crean, lo que a la vez les lleva a ser desobedientes cuando no le encuentran sentido a lo que se les manda (Calle y Utria, 2004).

De acuerdo a Dubin (2017), algunos de los principales causantes de ansiedad en la población con Síndrome de Asperger son la hipersensibilidad sensorial, la baja tolerancia a la frustración, el perfeccionismo, la dificultad para transitar de una actividad a otra distinta, el monotropismo en situaciones sociales, problemas para leer las señales no verbales,

dificultades para procesar con rapidez la información auditiva, así como las afecciones coexistentes.

**4.4.2 Tratamientos en adolescentes con síndrome de Asperger.** Existen tratamientos propuestos e implementados en niños y adolescentes con Síndrome de Asperger han sido realizados a partir de técnicas cognitivo conductuales, algunos de estos se muestran en la Tabla 6.

**Tabla 6.**

Propuestas de intervención en personas con Síndrome de Asperger

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Referencia</b>
Reconocer y saber expresar las emociones de enfado y alegría Utilizar lenguaje oral y escrito para expresar emociones Crear oportunidades para mejorar las relaciones sociales	Lluvia de ideas Psicoeducación Juego de roles Autoregistro a través de escritos y dibujos Autocontrol Ejercicios de relajación diafragmática	Sin resultados registrados ya que se trata de una propuesta de intervención	Palazuelo (2014). <i>El tratamiento de las emociones en el síndrome de Asperger</i>
Ira Tristeza Disociación pseudo psicótica	Tratamiento farmacológico Verbalización emocional	Flexibilidad de la conducta y el pensamiento Mejoría en el control de sí mismo	Pacheco, Sandoval y Torrealba, (2008). Episodio depresivo en adolescente con Trastorno de Asperger: Reporte de un caso.
Desarrollo de las diferentes áreas de dificultad del síndrome	Arte terapia	Sin resultados registrados ya que es propuesta de tratamiento	Regis (2016). Arte terapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué?
Reducción de síntomas provocados por trastorno Obsesivo-Compulsivo	Auto observación Autorregistros Exposición Entrenamiento en Autoinstrucciones	Remisión de síntomas de TOC Desarrollo de técnicas de autoayuda	Reaven & Hepburn (2003). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive

			Disorder in a Child with Asperger Syndrome
Reducción de síntomas de ansiedad social y depresión, sentimientos de desesperanza, agitación, indecisión, pérdida de energía, alteración del sueño, y dificultades de concentración.	Reestructuración cognitiva Exposición Autoinforme Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación	Reducción de síntomas de ansiedad y depresión Aumento en las habilidades de afrontamiento para lidiar con la ansiedad	Cardaciotto & Herbert (2004). Cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in the context of Asperger's Syndrome: A single-subject report. Cognitive and Behavioral

## **Planteamiento del problema**

En México la información sobre el Síndrome de Asperger es limitada, aunque es común saber que en nuestro entorno hay una persona diagnosticada, predominantemente niños, con este síndrome o en proceso de diagnóstico por sospecha.

A nivel mundial se han realizado diversos estudios que confirman las características que presentan las personas con Síndrome de Asperger, entre estas características destacan principalmente el déficit en las habilidades sociales, la hipersensibilidad sensorial y el monotropismo; y entre sus principales comorbilidades sobresalen la ansiedad y la depresión.

La ansiedad es un problema de salud que afecta todos los ámbitos de la vida, en una persona, sin ningún otro trastorno, pueden aplicarse una extensa variedad de tratamientos disponibles para este trastorno, sin embargo, en personas con Síndrome de Asperger, los tratamientos se reducen.

Debido a las características que presentan los adolescentes con Síndrome de Asperger, su predisposición a los trastornos de ansiedad, así como la etapa de cambios y adaptación que significa la adolescencia, propician un adolescente con mayores probabilidades de presentar algún trastorno de ansiedad.

Por lo tanto, es necesaria una herramienta de tratamiento que tome en cuenta las características del Síndrome, que pueda apoyarlos en el manejo de la ansiedad, y que sus familiares o cuidadores puedan aplicar.

Por otra parte, la Terapia Cognitivo Conductual ha presentado grandes beneficios en el tratamiento de la ansiedad y ha sido utilizada para el tratamiento en personas con Síndrome de Asperger obteniendo óptimos resultados, por lo que su uso resulta evidente para el tratamiento de ansiedad en adolescentes con síndrome de Asperger

Este trabajo tiene como objetivo elaborar una herramienta para el tratamiento de la ansiedad en adolescentes con Síndrome de Asperger basado en técnicas de tratamiento

cognitivo conductual que pueda ser aplicado tanto por especialistas como por la familia y/o el círculo de apoyo del menor.

### **Método**

El tipo de investigación de este trabajo fue documental. Para su realización se llevó a cabo la búsqueda de información acerca de Tratamiento con Terapia Cognitiva Conductual, ansiedad, adolescencia y Síndrome de Asperger, de diferentes fuentes (SciELO, Redalyc, google académico, así como documentos impresos) a partir de dicha búsqueda se recopiló la información necesaria para establecer la base que sustentó el uso de la Terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la ansiedad en adolescentes con Síndrome de Asperger.

### **Variables**

Independiente. Tratamiento para la ansiedad en adolescentes con Síndrome de Asperger.

Dependiente. Ansiedad. Adolescencia. Síndrome de Asperger.

### **Instrumentos**

- Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). la cual se presentó en la siguiente publicación: Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B.: A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine 2006; 166(10):1092–1097

### **Procedimiento**

Con base a la revisión de la bibliografía sobre el uso en general de las técnicas cognitivo-conductuales, así como su uso en tratamientos para el Síndrome de Asperger y para Trastornos de ansiedad, se elaboraron 10 fichas que describen las sesiones que forman la propuesta de tratamiento para la ansiedad en adolescentes con Síndrome de Asperger.

El procedimiento puede ser aplicado tanto por una persona especializada como por los cuidadores del adolescente.

De ser aplicado por alguien externo, es recomendable la presencia en cada sesión del o los tutores, con la finalidad de aprender técnicas que podrían llevar a cabo en el ámbito diario con el adolescente.

El procedimiento se enfoca en tres aspectos principales las emociones, las habilidades sociales y los recursos para hacer frente a la ansiedad.

De ser posible, el procedimiento puede adecuarse a los intereses específicos del adolescente (como usar personajes de su preferencia para practicar la identificación de emociones), así como a sus capacidades de comprensión, atención y comunicación (lugar, lenguaje y tiempo para la realización de las actividades), los tiempos de las sesiones son sugeridas, pueden extenderse y dividir las actividades en días de ser necesario y pueden adecuarse al lenguaje apropiado para el adolescente (por ejemplo si usa diálogos de películas, lenguaje infantil o tecnicismos).

En la primera sesión se llevará a cabo la presentación entre la persona que aplicará el programa, el adolescente y acompañante(s), se realizará una plática y entrevista con la finalidad de establecer confianza, se explicará el programa y se realizará una conversación informativa sobre el tema de ansiedad.

Durante la segunda sesión se realizará una evaluación con el fin de identificar el nivel de ansiedad que presenta el adolescente, este será respondido por una parte por el adolescente y por otra por los padres, de manera separada.

En la tercera sesión se practicará una técnica de relajación y se realizará el análisis del tema "las emociones".

Durante la cuarta sesión se indagará sobre la ansiedad con el adolescente, con la finalidad de identificar la ansiedad y los principales desencadenantes de esta en el adolescente.

En la quinta sesión se practicarán 3 herramientas para hacer frente a la ansiedad.



Durante la sexta sesión se llevará a cabo la exposición simulada a los estímulos identificados como desencadenantes de ansiedad.

En la séptima y octava sesión se realizará un entrenamiento en habilidades sociales enfocado en la conversación.

Durante la última sesión se practicará la relajación muscular y se realizará el repaso de las técnicas aprendidas durante el tratamiento y se realizará nuevamente la evaluación de ansiedad con el fin de observar los cambios obtenidos.

Las herramientas necesarias para la aplicación del tratamiento se encuentran en los anexos.

### Propuesta de tratamiento

Fichas descriptivas

<b>Sesión 1</b>
<b>Duración:</b> 50 minutos
<p><b>Actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo). <b>(5 minutos)</b> Buenos días mi nombre es _____ soy _____, estoy aquí para conocer a _____ con quien tendré el gusto de trabajar y aprender. ¿Ustedes son?(espero se presenten)</li> <li>- Entrevista con el menor y la familia, con el objetivo de conocer los intereses del adolescente, su modo y capacidad de comunicación, la capacidad de atención, sus gustos y lo que no le gusta. Anexo 1. <b>(5 minutos)</b></li> <li>- Breve introducción al programa. <b>(10 minutos)</b> El programa que seguiremos tiene como objetivo reducir los síntomas y el nivel de ansiedad que presenta _____, así como aprender a identificar y manejar los pensamientos que le generan malestar, y a identificar y manejar las emociones negativas para _____. Esto será a través de una serie de técnicas (ejercicios) basados en el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual. La Terapia Cognitivo-Conductual trata de la modificación de nuestros pensamientos automáticos disfuncionales (no servibles) y de la modificación de nuestras conductas no adaptativas (que no nos están funcionando) como reacción a estos pensamientos. Este modelo de Terapia tiene muy pocos riesgos y ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento de la ansiedad, para ver mejores resultados, y que sean duraderos, es necesario que se comprometan con el tratamiento, es decir, que _____ y ustedes (padres) cumplan con las asignaciones que se les darán. A lo largo del tratamiento llevaremos a cabo algunas prácticas en las que sólo participará</li> </ul>

\_\_\_\_\_ y otras en las que necesitaré la colaboración de los padres.

El tratamiento se llevará a cabo en sesiones de un día a la semana, de entre 45 y 60 minutos cada una.

- Aclaración de dudas sobre el programa **(5 minutos)**

Un punto importante del tratamiento es saber a qué nos enfrentamos, por lo que es necesario entender qué es la ansiedad, para qué sirve y por qué se vuelve tan molesta.

- Actividad. Plática psicoeducativa sobre ansiedad, dirigida al adolescente y sus padres.

Anexo 2. **(15 minutos)**

- Actividad. Aclaración de dudas sobre el tema e identificación de las situaciones que nos provocan ansiedad, plática con la participación de todos pero enfatizando en la participación del adolescente **(10 minutos)**

- Cierre y despedida

## Sesión 2

**Duración:** 45 minutos

### Actividad:

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo).

- Evaluación del nivel de ansiedad.

Se realizará una evaluación al menor con el objetivo de medir los niveles iniciales de ansiedad. Anexo 3 **(20 minutos)**

Se realizará una entrevista a los padres con el objetivo de captar su percepción del nivel de ansiedad manifestada en el menor. Anexo 3.1 **(20 minutos)**

- Aclaración de dudas **(5 minutos)**

- Cierre y despedida.

### Sesión 3

**Duración:** 60 minutos

**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo).

- Entrenamiento en respiración profunda. **(10 minutos)**

- Explicar qué es y para qué le sirve
- A veces, cuando tenemos miedo, preocupaciones o ansiedad nuestra respiración se altera, esto avisa a nuestro cuerpo que se mantenga en estado de alerta, estar mucho tiempo en estado de alerta puede resultar nocivo para nuestra salud. Al mantener una respiración profunda y relajada tendremos una sensación de tranquilidad y bienestar.
- Actividad. Práctica de respiración profunda.
  - Sentado cómodamente, pon la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
  - Imagina que en el abdomen tienes una bolsa vacía.
  - Vas a llenar esa bolsa de aire, inhala llenando la bolsa, siente como suben tus manos sobre el abdomen (4 segundos)
  - Mantén el aire dentro de la bolsa (2 segundos)
  - Exhala el aire despacio, siente como se va vaciando poco a poco la bolsa de tu abdomen. (5 segundos) Repetir 5 veces.
  - Se pueden usar analogías como inflar un globo o soplar polvo, nubes o velas.

- Reconocimiento de emociones **(15 minutos)**

Todas las personas del mundo tenemos emociones.  
Las emociones son las reacciones que tenemos ante ciertas situaciones, lugares o personas. Todas las emociones tienen una utilidad. Sirven para indicarle a nuestro organismo que debe prepararse para entrar en acción, por ejemplo, el miedo nos dice que debemos prepararnos para luchar o para huir. Las emociones sirven para expresar nuestro estado de ánimo.

A veces es difícil saber qué sentimos y es más difícil aún, expresar lo que sentimos con palabras, pero no es imposible, se requiere práctica.

Existe una amplia gama de emociones, pero hay seis que han sido nombradas como las básicas: alegría, asco, ira, miedo, sorpresa y tristeza, cada una con su función especial.

- Actividad. Ver y analizar tabla y video de la película Inside out. Anexo 4.

- Ejercicio. Identificación de emociones propias. **(15 minutos)**

- Usando la imaginación e imágenes impresas. Anexo 5

- Ejercicio. Identificación de emociones ajenas. **(15 minutos)**

- Ver imágenes e identificar qué emoción expresa. Anexo 6

- Aclaración de dudas **(5 minutos)**

- Cierre y despedida.

**Sesión 4****Duración:** 50 minutos**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo).
- Entrenamiento en relajación.
  - Práctica de respiración profunda. T
  - 5 respiraciones profundas. Inhalando en 4 segundos, retener 2 segundos, exhalar 5 segundos... **(5 minutos)**
- Indagar con el adolescente con el objetivo de:
  - Identificar ansiedad
  - Describir cómo siente él la ansiedad
  - Identificar qué situaciones le provocan ansiedad
  - Identificar cómo reacciona (qué hace)
  - Identificar pensamientos cuando tiene ansiedad **(40 minutos)**

Se realizará a través de una entrevista semiestructurada. **Anexo 7.**
- Aclaración de dudas o comentarios **(5 minutos)**
- Cierre y despedida.

## Sesión 5

**Duración:** 45 minutos

**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo).

- Entrenamiento en relajación.

Práctica de respiración profunda. T

5 respiraciones profundas. Inhalando en 4 segundos, retener 2 segundos, exhalar 5 segundos. **(5 minutos)**

- Proporcionar y generar las herramientas para afrontar la ansiedad. **(40 minutos)**

**Estas herramientas deberán ser utilizadas cuando sientas que estás a punto de caer en la ansiedad.**

- **Distracción.** Esta herramienta nos servirá para alejarnos temporalmente de la causa de ansiedad. Consiste en usar elementos reales o imaginarios que capten nuestra atención.

- Distracción externa.

Ej. Busca 5 objetos de tu color favorito. También se pueden utilizar accesorios distractores (pulseras, pelotas, etc.)

- Distracción interna.

Ej. Recuerda el rostro de tus cinco personajes favoritos.

Haremos tarjetas de opciones de distracción que pueda usar en el evento estresantes. Anexo 8.

- **Relajación.** Esta nos ayudará a decirle a nuestro cuerpo que todo está bien, la relajación es incompatible con la ansiedad, por lo que mientras te encuentres relajado será más difícil que la ansiedad aparezca.

- Respiración profunda.

Realiza 5 respiraciones lentas y profundas.

Recalcar que puede utilizarla en ese momento. Practicar la secuencia de respiración.

- **Autoinstrucciones.** Las autoinstrucciones son una herramienta que nos permitirá tener una respuesta fácil y rápida que nos alejará temporalmente de la ansiedad.

Hacer tarjetas de opciones de auto instrucción. Anexo 8.

- Aclaración de dudas o comentarios **(5 minutos)**

- Cierre y despedida.

## Sesión 6

**Duración:** 60 minutos

**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo)

- Entrenamiento en relajación.

- Práctica de respiración profunda.

- 5 respiraciones profundas Inhala en 4 segundos, retener 2 segundos, exhalar 5 segundos.

**(5 minutos)**

- Entrenamiento en relajación muscular

- Se practicará relajación muscular utilizando las instrucciones anexas. Anexo 9.

**(15 minutos)**

- Trabajo en base a situaciones que provocan ansiedad. **(40 minutos)**

- Se llevará a cabo la exposición imaginaria a situaciones causantes de ansiedad en el adolescente con el objetivo de habituarse a situaciones estresantes y de prevenir respuestas.

**Paso 1.** Se iniciará con la inducción de un estado de relajación a través de la respiración.

**Paso 2.** Se presentarán escenas de situaciones causantes de ansiedad en el adolescente.

(La presentación puede ser narrada o simulada)

Ejemplos.

Escena en la que el adolescente debe exponer un tema enfrente de un gran público.

Escena en que debe hablar con una persona que recién conoce y pedir instrucciones.

Escena en que comete un error.

Escena en que debe realizar actividades que son muy difíciles para el

Escenas de situaciones frustrantes.

Escena en la que el adolescente rompe algo y será regañado.

*“Imagina que tu mamá te ha pedido que vayas a la cocina y lleses el plato grande que tiene salsa al comedor, tú vas a la cocina y lo tomas pero no notas que estaba muy cerca de la estufa y está caliente, lo sueltas para no quemarte, cae al piso ruidosamente y se rompe derramando todo el contenido, tu mamá viene corriendo a la cocina y está a punto de regañarte”*

**Paso 3.** Análisis de la situación. ¿Qué pasó? ¿Por qué pasó? ¿Qué hiciste? ¿Qué pensaste?

**Paso 4.** Moldeamiento de la conducta. ¿Qué puedo hacer ante la situación expuesta?

**Paso 5.** Elaboración de tarjeta de Autoinstrucción ante la situación.

**Paso 6.** Reforzamiento positivo. ¡Muy bien hecho!

- Aclaración de dudas y/o comentarios **(5 minutos)**

- Cierre y despedida

**Sesión 7****Duración:** 60 minutos**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo)
  
- Entrenamiento en relajación.
  - Práctica de respiración profunda.
  - 5 respiraciones profundas Inhala en 4 segundos, retener 2 segundos, exhalar 5 segundos. **(5 minutos)**
  
- Entrenamiento en habilidades sociales. La conversación. **(10 minutos)**
  - ¿Qué es la conversación? Anexo 10.
  
- Práctica. **(40 minutos)**
  - Realizar un instructivo de conversación en base a lo explicado.
  - Escribir una conversación usando el instructivo.
  - Realizar una conversación hablada usando el instructivo.
  
- Aclaración de dudas y/o comentarios **(5 minutos)**
- Cierre y despedida

## Sesión 8

**Duración:** 65 minutos

**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo).

- Entrenamiento en relajación.

- Práctica de respiración profunda.

- 5 respiraciones profundas Inhala en 4 segundos, retener 2 segundos, exhalar 5 segundos.

**(5 minutos)**

- Entrenamiento en habilidades sociales.

- Cuando las personas conversamos, no solo lo hacemos con palabras, también nos comunicamos a través de los gestos de nuestra cara y de los movimientos de nuestro cuerpo.

Es importante poner atención también a estas expresiones.

En ocasiones puede pasar que una persona con sus palabras nos diga una cosa, pero con sus gestos o con sus movimientos nos dice otra cosa. Por ejemplo. (Le pido que me mire con atención) Si yo te digo “ Estoy muy triste” pero tengo una enorme sonrisa en mi boca, ¿Qué crees que está pasando? Muy posiblemente te estoy mintiendo.

- Actividad. Relacionar columnas. Anexo 11. **(25 minutos)**

- En una columna se presentan enunciados de situaciones y en otra columna paralela se presentarán emociones.

- El volumen de la voz.

A través del volumen de la voz también nos expresamos.

El volumen alto de la voz se usa en varias situaciones entre ellas están: cuando se quiere tener la atención de la persona que nos escucha, cuando estamos lejos, cuando estamos enojados o discutiendo, cuando hay mucho ruido en el entorno o cuando se pide auxilio.

El volumen bajo de la voz la usamos cuando estamos en un lugar donde se debe hablar bajo, para platicar temas que no queremos que las demás personas escuchen, para contar secretos o a veces porque no podemos hablar más fuerte, porque así es nuestra voz.

- El tono de la voz se refiere a la forma en que hablamos y nos expresamos. A través del tono de la voz podemos interpretar emociones. Por ejemplo: hablar enojado, triste, alegre, etc.

- El significado de las palabras cambia con la expresión corporal, el volumen y el tono de la voz.

- Actividad.

- Practicar el volumen de la voz. **(10 minutos)**

- Practicar el tono de la voz. **(10 minutos)**

- Practicar decir palabras usando diferente volumen, tono y expresión corporal. **(10 minutos)**

Anexo 12.

- Aclaración de dudas y/o comentarios **(5 minutos)**

- Cierre y despedida



**Sesión 9****Duración:** 60 minutos**Actividad:**

- Saludo con el menor y sus padres y preparación de la sesión (tomar asiento, ponerse cómodo).

- Repaso de técnicas aprendidas **(40 minutos)**

Respiración profunda.

Relajación muscular.

¿Cuándo puedo usar la tarjeta de Distracción?

¿Cuándo puedo usar las técnicas de relajación?

¿Cuándo puedo usar las Autoinstrucciones?

Repasar el uso del manual de conversación.

Practicar expresiones faciales, sugerir la práctica de estas frente a un espejo.

Practicar volumen de voz y tonos.

- Evaluación de resultados. **(20 minutos)**

**Anexo 3. Anexo 3.1.**

-Agradecer y felicitar al adolescente por su trabajo.

- Durante esta última parte del tratamiento se recomendará a los padres/acompañantes que usen cotidianamente las técnicas practicadas ya que pueden aplicarse no sólo al tratamiento de la ansiedad en el adolescente sino también a su desarrollo general.

- Cierre y despedida

## Discusión

De acuerdo a lo revisado acerca del Síndrome de Asperger y las técnicas de tratamiento cognitivo conductual se elaboró una Propuesta de tratamiento para adolescentes con Síndrome de Asperger, la cual tiene una duración sugerida de 9 sesiones en las que se utilizan técnicas como la Psicoeducación, técnicas de relajación, autoinstrucciones, habilidades sociales y exposición, si se compara con otras propuestas e intervenciones se puede notar el uso de técnicas similares, en la Terapia para Ansiedad Social en Síndrome de Asperger de Cardacciotto se utilizan las técnicas de reestructuración cognitiva, juegos de roles, autoinformes, exposición a situaciones sociales y entrenamiento en habilidades sociales, después de una duración de 14 semanas se logró la reducción de “grave” a “no cumple criterios” de ansiedad, se redujo tanto la ansiedad como la evitación de situaciones sociales y síntomas de depresión; la Terapia Cognitivo conductual para niños y adultos con Síndrome de Asperger de Attwood mostró eficacia en los resultados, en su propuesta se involucra a los padres, y se utilizan técnicas como la educación afectiva, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales, autocontrol, autoinstrucciones y relajación, en la propuesta de Anderson y Morris Terapia cognitivo conductual para personas con Síndrome de Asperger, propone que la duración se determina conforme se cubren los temas, propone la utilización de técnicas como la relajación, educación afectiva, Psicoeducación, monitoreo de pensamientos, registro de pensamientos y reestructuración cognitiva; en el Tratamiento Cognitivo Conductual para Trastorno Obsesivo-Compulsivo de una niña con Síndrome de Asperger de Reaven & Hepburns también se registran resultados favorables, la remisión de los síntomas, utilizando técnicas como la exposición, la distracción, auto registros y las auto instrucciones en un periodo de 14 sesiones, aunque en este caso también se utilizaron fármacos por lo que no se puede asegurar el alcance real de la terapia.

En las terapias mencionadas se han obtenido resultados satisfactorios, por lo que al asemejarse la propuesta de este trabajo sería posible también obtener resultados favorables, sin embargo, esto sólo podría comprobarse a través del ensayo.

### **Conclusión**

En la elaboración del tratamiento para adolescentes con síndrome de Asperger deben considerarse las características particulares del Síndrome, así como las características individuales del adolescente. Se debe tener en cuenta la velocidad y facilidad con que procesan las instrucciones, para poder elaborar el cronograma de actividades, se debe tomar en cuenta la flexibilidad que presentan para el cambio de actividades y rutinas. El tratamiento propuesto está marcado en sesiones, sin embargo, en la ejecución puede ser difícil efectuar con precisión el número de sesiones y su duración ya que esto depende de las características del adolescente.

La comunicación con los tutores debe ser permanente así como su presencia en el tratamiento, tanto como observador, como, en ocasiones, participante. Es necesario que independientemente de la duración del tratamiento, las técnicas se sigan practicando hasta que se logre, de ser posible, la total asimilación. Se debe ser muy explícito en las instrucciones y en general al trabajar con adolescentes con Síndrome de Asperger, no se debe dar por hecho que entiendan un chiste o que no se tomen en serio una broma.

Por sus características, las Técnicas Cognitivas Conductuales son la mejor opción para el tratamiento de ansiedad en adolescentes con Síndrome de Asperger, ya que son herramientas que pueden aprenderse a base de ensayo y que, por un lado, se efectúan a base de instrucciones precisas y secuenciales, pero que también son flexibles y se pueden reproducir adaptándose a las necesidades del sujeto. Su enfoque en la modificación de distorsiones cognitivas es muy conveniente dado el monotropismo que presentan los adolescentes con este Síndrome que los lleva a generar interpretaciones erróneas de su realidad y a generar patrones de pensamientos arraigados e inadaptados.

El Síndrome de Asperger y la ansiedad son dos temas que, en los últimos 14 años de mi vida, han estado muy presentes. La realización de este trabajo me produce emociones y pensamientos encontrados, por un lado, siento la satisfacción y felicidad de poder hacer una propuesta que podría ser de beneficio para alguien, sin embargo, pienso que es un aporte muy pequeño. Conforme leía e investigaba noté que hace falta mucha más investigación que aporte material para analizar y contrastar acerca del tema.

Por otra parte, este trabajo se refirió todo el tiempo al adolescente hombre, pues se ha llegado a considerar que el Síndrome de Asperger se manifiesta de diferente manera en las mujeres, este es un tema que no se abarca en este trabajo, así como el tema de la cultura y los aspectos socio-económicos que influyen en el incremento y tratamiento, o no, de la ansiedad, como un dato reforzador de la necesidad de una herramienta accesible para cualquier persona que la necesite.

Para finalizar, si alguien retomara este trabajo, o si yo misma puedo hacerlo, agregaría la importancia de la aplicación experimental del tratamiento, pues solo así podremos obtener nuevos puntos de referencia sobre su efectividad, las correcciones y adecuaciones que se deban realizar.

## Referencias

- Álvarez, H. y Hernán, A. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico*. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, ISSN-e 2255-5609, Vol. 7, Nº. 1, 2019, 14 págs. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323084>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1996). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition revised (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Anderson, S., & Morris, J. (2006). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Asperger Syndrome* (34.ª ed., pp. 293–303). Edinburgh, UK: Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Edinburgh, UK: Behavioural and Cognitive Psychotherapy.
- Angeles Pini, E. (2014). *Manual teórico práctico del Síndrome de Asperger* (1.ª ed., pp. 30–32). México, D.F.: Trillas. México, D.F.: Trillas.
- Artigas, J. (2007) *Aspectos neurobiológicos del Síndrome de Asperger. Un acercamiento al Síndrome de asperger: una guía teórica y práctica*. Sevilla: Asociación de Asperger Andalucía.
- Attwood, T. (1997). *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals* (1.ª ed.). UK: Jessica Kingsley
- Caballo, V.E. (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación) Ed. Siglo XXI.
- Calle, J y Utría, Ó. (2004). *Trastorno de asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar*. Revista Latinoamericana de Psicología, 36(3), 517-530. [fecha de Consulta 11 de Junio de 2021]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536311>
- Cardaciotto, L., & Herbert, J. D. (2004). *Cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in the context of Asperger's Syndrome: A single-subject report*. Cognitive and Behavioral Practice, 11(1), 75–81. doi:10.1016/s1077-7229(04)80009-9

- Cárdenas E., Feria M., Palacios, L. y de la Peña, F. (2010) *Guía Clínica para abordar los Trastornos de ansiedad en Niños y Adolescentes*. Ed. Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías para la atención de Trastornos Mentales)
- Cobo, M. y Morán, E. (2014) *EL SÍNDROME DE ASPERGER. Intervenciones psicoeducativas*. Asociación Asperger y TGDs de Aragón. Imprime: Cometa, S.A. Ctra. Castellón, Km. 3,400 50013 Zaragoza
- Dávila, W, (2012) *Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo*. Revista Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, Vol. 12, Nº. 49, 2014, págs. 58-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830460>
- De-la-Iglesia, M. & Olivar, J.S. (2012). *Revisión de estudios e investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (TEA-AF) y los trastornos de ansiedad*. Anales de Psicología, 28(3),823-833.[fecha de Consulta 18 de Abril de 2021]. ISSN: 0212-9728. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723774020>
- De Iudicibus, L.L. (2011) *Trastornos generalizados del desarrollo*. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 1, junio de 2011, págs. 5 a 41. Consultada en: [https://www.alcmeon.com.ar/17/02\\_desarrollo65.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/17/02_desarrollo65.pdf)
- Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro autista. México: Secretaría de Salud, 2012. Consultada en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
- Díaz, C. y Santos, L.(2018) *La ansiedad en la adolescencia*. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Febrero; 6(1): 21-31
- Domínguez, C., y Rodríguez-Medina, J. (2020). *Manual Básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (1.ª ed., pp. 221–231). Valladolid: Ediciones Universidad de Valladolid. Valladolid: Ediciones Universidad de Valladolid.
- Dubin, N. (2017). *El síndrome de Asperger y la ansiedad. Una guía para el manejo exitoso del estrés*. (1.ª ed., pp. 45-66). Ciudad de México: Trillas. Ciudad de México: Trillas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013) *Evaluación psicológica Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ed. Digital. ISBN digital: 978-84-368-2870-2
- Flores, L., Cárdenas, G., Durán, X. & de la Rosa, A. (2014). *Psicoterapia vía*

*internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-Conductual para pacientes con depresión.* Psicología Iberoamericana, 22(1),7-15.[fecha de Consulta 20 de Marzo de 2021]. ISSN: 1405-0943. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229002>

Garzonio, A., Martín, M., Salas, C., y Serrano, E. (2018). Ansiedad y Asperger. *Interpsiquis*, XIX(1).

Godoy, J. (1993). *El proceso de la evaluación conductual*. En V. Caballo (dir). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

González, B., Cortés, P. y Mañas, M. (2019) *El Diagnóstico Del Síndrome De Asperger En El Dsm-5*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 17(2), 332-353. Recuperado en 03 de junio

de 2021, de

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612019000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200006&lng=es&tlng=es).

Gutiérrez, A., Méndez, C., Riveros, A y Gutiérrez, M: (2021) *Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil*. Revista Digital *Psicología y Salud* Vol. 31, Núm. 1 (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2674>

Kazdin, A. (1983) *Historia de la modificación de la conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Pp.51-78

Klin A, Sparrow SS, Marans WD, Carter A, Volkmar FR.(2000) *Assessment issues in children and adolescents with Asperger Syndrome*. En: Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS. *Asperger Síndrome*. Nueva Cork: The Guilford Press, 2000: 309-339.

Lillo Espinosa, J. (2004) *Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*. Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría (90) 57-71. Recuperado en 14 de marzo de 2019 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50211-57352004000200005&ting=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50211-57352004000200005&ting=es)

Maciques, E. (2013). *La adolescencia y el Síndrome de Asperger*. Recuperado 6 de mayo de 2021, de Autismo Diario website: <https://autismodiario.com/2013/02/18/la-adolescencia-y-el-sindrome-de-as>

perger/

- Mardomingo, M. (2005) *Trastornos de ansiedad en el adolescente*. *Pediatr Integral* 2005;IX(2):125-134.
- Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire s. y Llorente, M. (2012) *El síndrome de Asperger Evaluación y tratamiento*. Ed. Síntesis.
- Méndez, F.X.; Olivares, J. y Moreno, P.(1998). *Técnicas de reestructuración cognitiva*. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Meyer JA, Mundy PC, Van Hecke AV, Durocher JS.(2006) *Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome*. *Autism*. 2006 Jul;10(4):383-402. doi: 10.1177/1362361306064435. PMID: 16908481; PMCID: PMC2654174.
- Moreno, A. (2012). *Terapias Cognitivo-conductuales De Tercera Generación (TTG): La Atención Plena / Mindfulness*. *Revista Internacional De Psicología*, 12(01).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Mosquera-Gallego, L. (2018). *Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite*. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 5(2340-8340), 50–56.
- Nadeau, M. (2005). *40 jeux de relaxation* (1.ª ed., pp. 6 –7). Barcelona: Ediciones Octaedro en la colección «Recursos».
- Naranjo, R.A. (2014) *Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger*. NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas - IssN: 1794-2470 - Vol. 12 No. 21 Enero - Junio de 2014. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v12n21/v12n21a07.pdf>
- Nezu, A. y Nezu, C. (1998) *Entrenamiento en solución de problemas*. En: Caballo V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España. Siglo XXI. cap.22
- Núñez, M., Sebastián, A. y Muñoz, D. (2015). *Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria*. *Opción*, 31(2),813-831.[fecha de Consulta 25 de Mayo de 2021]. ISSN: 1012-1587. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31045568044>
- O'Donohue, W., Fisher, J.E. y Hayes, S. (2003) *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud.(2009) *Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente Programa de Orientación en Salud Adolescente para Proveedores de Salud*. Guía para Facilitadores
- Palazuelo, M. (2014). *El tratamiento de las emociones en el síndrome de Asperger* (Grado en Educación Primaria). Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social. Autoridad UVA.
- Pacheco, B., Sandoval, C., y Torrealba, C. (2008). *Episodio depresivo en adolescente con Trastorno de Asperger: Reporte de un caso*. *REV CHIL*



- NEURO-PSIQUIAT*, 46, 199–206. <https://doi.org/www.sonepsyn.cl>
- Papalia, D. (2017). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill
- Parrilla, M., Hernández, M. y Betegón E. (2020) *Manual Básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Cap. 16: Trastornos de Ansiedad.
- Schunk, D. (2012). *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa* (6.ª ed.). México: Pearson Educación. México: Pearson Educación.
- Perez, N. y Navarro, I. (2011) *Psicología del desarrollo humano: desde el nacimiento a la vejez*. Ed. Club Universitario. San Vicente.
- Pineda, M. (2017) *Pubertad y adolescencia*. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen V • Enero-Febrero 2017 • N° 1 Disponible en [https://www.academia.edu/36299399/Temas\\_de\\_revisi%C3%B3n\\_7\\_Pubertad\\_y\\_adolescencia?from=cover\\_page](https://www.academia.edu/36299399/Temas_de_revisi%C3%B3n_7_Pubertad_y_adolescencia?from=cover_page)
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). *Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. Duazary, 8(2), 251-257. [fecha de Consulta 6 de Abril de 2021]. ISSN: 1794-5992. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Reaven, J., & Hepburn, S. (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in a Child with Asperger Syndrome*. *Autism*, 7(2), 145–164. doi:10.1177/1362361303007002003
- Regis, P. (2016). *Arteterapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué?*. *Sophia*, 12(2), 187-194. <https://doi.org/10.18634/sophiaj.12v.2i.322>
- Rodríguez, P. y Hernández, E. (2017) *Patología Psiquiátrica prevalente en la adolescencia*. *Pediatr Integral* 2017; XXI (5): 334 – 342. Consultado en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi05/04/n5-334-342\\_PedroRdez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi05/04/n5-334-342_PedroRdez.pdf)
- Ruales, V. (2012). *Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora*. Carrera de Psicología Infantil y Psicorrehabilitación. Quito: UCE. 114 p. Consultado en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2273>
- Ruíz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención cognitivo Conductuales*. Ed. Desclée de Brouwer. ISBN: 978-84-330-2535-7
- Sánchez, P., & Cohen, D. (2020). *Ansiedad y depresión en niños y adolescentes*. *Adolescere*, VIII(1), 16–27.
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México. : [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
- Secretaría de Salud. (2014). *Salud Mental Programa Sectorial de Salud 2013-2018* (pp. 30–32). México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Severgnin, A. (2006). *Trastornos generalizados del desarrollo*.

- Trastornos del espectro autista*. Archivos de Pediatría del Uruguay, 77(2), 168-170. Recuperado en 23 de abril de 2021, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492006000200014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492006000200014&lng=es&tlng=es).
- Speads, C.H. (1988) *ABC de la respiración*. Madrid: EDAF.
- Stephen B. (18 de febrero del 2006) *Síndrome de Asperger*. Página Autismo en España. Traducción del artículo original que está en la página OASIS.[Internet]. 2006[citado 15 Mar 2018]. Pág 1-12. Disponible en: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/TGD-TEA/SINDROME%20ASPERGER/EI%20S%20de%20Asperger%20-%20Bauer%20-%20art.pdf>
- Torrego, E. (2019). *Autoconcepto y ansiedad en el Síndrome de Asperger : análisis y mejora*. Recuperado el 3 de noviembre del 2019 de: <http://hdl.handle.net/10651/38171>
- Vargas, J. e Ibañez, J. (1998) *La Evaluación Conductual*. Revista electrónica de psicología Iztacala. Vol. 1 No. 2 Noviembre de 1998 Consultada en <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerodos/laevaluacionconductual.html>
- Vera, M. y Vila J. (1998) *Técnicas de relajación*. en: Caballo, V. (comp). Manual de Técnicas de terapia y Modificación de conducta. España: Siglo XXI. Cap.9
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid : Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Zuñiga, M. (2009). *El síndrome de Asperger y su clasificación*. Revista Educación, 33 (1) 183-186. Recuperado de [www.redalyc.org/html/440/44015082013](http://www.redalyc.org/html/440/44015082013)

**Anexos****Anexo 1.**

Cuestionario.

¿Cómo se sienten el día de hoy? (Padres)

¿Cómo te sientes hoy? (adolescente)

¿Cómo te gustaría que me refiera a ti?

¿Qué hiciste antes de venir aquí?

¿Vives lejos de aquí?

¿Cómo es tu casa?

¿Qué desayunaste hoy?

¿Qué te gusta hacer?

¿Tienes amigas(os)?

¿Vas a la escuela?

¿Qué clase te gusta?

¿Por qué?

¿Qué es lo que no te gusta hacer?

¿Qué es algo muy desagradable para ti?

## **Anexo 2.**

### **¿Qué es la ansiedad?**

Liam siempre ha estado al cuidado de su hermano menor Sam. Pero cada vez que Sam llega tarde de su entrenamiento de fútbol, se preocupa tanto que no puede concentrarse en sus deberes. Liam mira el reloj, se preocupa e imagina lo peor: vienen a su mente imágenes de accidentes de autobús y teme, sin ninguna razón particular, que Sam pueda estar herido o muerto. Sólo cuando Sam llega a casa sano y salvo, Liam puede finalmente relajarse.

Es completamente normal preocuparse cuando las cosas se ponen estresantes y complicadas. Pero si las preocupaciones se vuelven abrumadoras, puedes sentir que están dirigiendo tu vida. Si pasas demasiado tiempo preocupado o nervioso, o si tienes dificultades para dormir por la ansiedad, presta atención a tus pensamientos y sentimientos. Pueden ser síntomas de un problema o un trastorno de ansiedad.

La ansiedad es una reacción humana natural que afecta a la mente y al cuerpo. Tiene una importante función básica de supervivencia: la ansiedad es un sistema de alarma que se activa cuando una persona percibe un peligro o una amenaza.

Cuando el cuerpo y la mente reaccionan al peligro o la amenaza, una persona siente sensaciones físicas de ansiedad: cosas como la aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, tensión muscular, las palmas de las manos que sudan, un malestar en el estómago y temblor en las manos y las piernas. Estas sensaciones son parte de la respuesta del cuerpo de "huir o luchar". Están provocadas por un aumento de la producción de adrenalina y otras sustancias químicas que preparan al cuerpo para escapar rápidamente del peligro. Pueden presentarse como síntomas leves o extremos.

La respuesta de lucha o huida ocurre instantáneamente cuando una persona siente una amenaza. Pocos segundos después, la parte del cerebro encargada de pensar (la **corteza**) empieza a procesar la situación y a evaluar si la amenaza es real, y en tal caso, cómo manejarla. Si la corteza envía la señal de que no hay peligro, la respuesta de lucha o huida se desactiva y el sistema nervioso puede relajarse.

Si la mente razona que una amenaza puede durar, los sentimientos de ansiedad se prolongan, manteniendo alerta a la persona. Las sensaciones físicas, como la respiración rápida y superficial, las palpitaciones, la tensión muscular y el sudor en las palmas pueden continuar también.

### **Ansiedad normal**

Todo el mundo experimenta sentimientos de ansiedad de vez en cuando. La ansiedad puede describirse como un sentimiento de inquietud, nerviosismo, preocupación, temor o pánico por lo que está a punto de ocurrir o puede ocurrir. Mientras que el miedo es la emoción que sentimos en presencia de una amenaza, la ansiedad es una sensación de peligro, problema o amenaza que está por suceder.

Los sentimientos de ansiedad pueden ser leves o intensos (o intermedios), dependiendo de la persona y de la situación. La ansiedad leve puede sentirse como inquietud o nerviosismo. La ansiedad más intensa puede sentirse como miedo, terror o pánico. La preocupación y los sentimientos de tensión y estrés son formas de ansiedad. También lo son el miedo escénico o la timidez ante la posibilidad de conocer a gente nueva.

Es natural que ante situaciones nuevas, desconocidas o que suponen un desafío se produzcan sentimientos de ansiedad y nerviosismo. Tener que enfrentar un examen, una fecha especial o

una presentación importante para la escuela puede desencadenar una ansiedad normal. Aunque estas situaciones no representan una verdadera amenaza para la seguridad de la persona, pueden hacer que alguien se sienta "amenazado" por la posible vergüenza, preocupado por cometer un error, por adaptarse a la situación, por atrancarse con las palabras, por ser aceptado o rechazado o por perder su orgullo. Las sensaciones físicas —como las palpitaciones, las manos sudorosas o las molestias en el estómago— pueden también estar presentes en la ansiedad normal.

Como la ansiedad hace que una persona se ponga en alerta, se concentre y se prepare para enfrentar posibles problemas, la ansiedad puede ayudarnos a hacerlo lo mejor posible en situaciones que requieren nuestra actuación. Pero la ansiedad que es demasiado fuerte puede impedir que demos lo mejor de nosotros. Demasiada ansiedad puede hacer que una persona se sienta abrumada, cohibida e incapaz de hacer lo que necesita hacer.

### **Trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad son problemas de salud mental que se relacionan con experimentar en exceso ansiedad, miedo, nerviosismo, preocupación o terror. La ansiedad demasiado constante o demasiado intensa puede hacer que una persona se sienta preocupada, distraída, tensa y siempre alerta.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más comunes. Afectan a personas de todas las edades, incluidos los adultos, niños y adolescentes. Hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, con síntomas diferentes. Sin embargo, todos tienen una cosa en común: la ansiedad se presenta con demasiada frecuencia, es demasiado intensa, es desproporcionada respecto a la situación del momento e interfiere en la vida diaria de la persona y en su felicidad.

Los síntomas del trastorno de ansiedad pueden presentarse de repente o aumentar poco a poco y persistir hasta que la persona empieza a darse cuenta de que no está bien. A veces la ansiedad crea una sensación de fatalidad y aprensión que parece producirse sin ninguna razón. Son habitual en los que sufren de trastorno de ansiedad no saber qué está causando las emociones, preocupaciones y sensaciones que tienen.

### **Cómo afectan los trastornos de ansiedad a las personas**

Para las personas que sufren trastornos de ansiedad, los síntomas pueden sentirse extraños y provocarles confusión al principio. Para algunos, las sensaciones físicas pueden ser fuertes e inquietantes. Para otros los sentimientos de miedo y fatalidad pueden presentarse sin ninguna razón aparente que pueda hacerles sentirse asustados, desprotegidos o en guardia. Las preocupaciones constantes pueden hacer que una persona se sienta abrumada por cualquier pequeña cosa. Todo esto puede afectar a la concentración, la confianza, el sueño, el hambre y el aspecto.

Las personas con trastornos de ansiedad pueden evitar hablar de sus preocupaciones, creyendo que los demás podrían no entenderlos. Quizá teman ser juzgados injustamente, o que se les considere débiles o temerosos. Aunque los trastornos de ansiedad son comunes, las personas que los sufren pueden sentirse incomprendidas o solas.

Algunas personas con trastornos de ansiedad pueden culpabilizarse. Tal vez se sientan incómodas o avergonzadas, o piensen erróneamente que la ansiedad es una debilidad o un defecto personal. La ansiedad puede hacer que la gente evite ir a lugares o realizar actividades que les gustan.

La buena noticia es que en la actualidad los médicos entienden los trastornos de ansiedad mejor que antes y, con tratamiento, una persona puede sentirse mejor.

### ¿Qué causa los trastornos de ansiedad?

Parece que hay varios aspectos que intervienen, como la genética, la bioquímica del cerebro, una respuesta hiperactiva de lucha o huida, circunstancias estresantes de la vida y comportamiento aprendido.

Alguien que tenga un familiar con un trastorno de ansiedad tiene una probabilidad mayor de desarrollarlo también. Esto puede estar relacionado con los genes que afectan la química del cerebro y la regulación de unas sustancias químicas que se denominan neurotransmisores. Pero no todo el mundo que tiene familiares con un trastorno de ansiedad desarrollará problemas de ansiedad.

Las cosas que le ocurren a una persona en la vida pueden favorecer la aparición de los trastornos de ansiedad.

Criarse en una familia donde otros tienen miedo o están ansiosos puede "enseñar" a un niño a ver el mundo como un lugar peligroso. Del mismo modo, si una persona crece en un ambiente que es realmente peligroso (si hay violencia en la familia del niño o en la comunidad, por ejemplo), aprenderá a tener miedo o a esperar lo peor.

Aunque todo el mundo experimenta una ansiedad normal en ciertas situaciones, la mayoría de las personas —incluso las que experimentan situaciones traumáticas— no desarrollan trastornos de ansiedad. Y las personas que desarrollan trastornos de ansiedad pueden encontrar alivio con un tratamiento y cuidados adecuados. Pueden aprender maneras de manejar la ansiedad y sentirse más relajados y en paz.

### ¿Cómo se tratan los trastornos de ansiedad?

A menudo se utiliza un tipo concreto de psicoterapia que se conoce como terapia cognitivo-conductual (TCC). En la terapia cognitivo-conductual una persona aprende nuevas maneras de pensar y actuar en situaciones que pueden causar ansiedad y cómo manejar y enfrentarse al estrés. El terapeuta proporciona apoyo y orientación y enseña nuevas habilidades de afrontamiento, como técnicas de relajación o ejercicios de respiración. A veces, pero no siempre, se utiliza medicación como parte del tratamiento para la ansiedad.

### ¿Qué hacer?

Tratar el problema puede ayudar a que la persona se sienta que es otra vez ella misma. El tratamiento puede complementarse:

- **Hablando con alguno de los padres o con otro adulto sobre sus sensaciones físicas, preocupaciones y temores.** Como los trastornos de ansiedad no desaparecen a menos que se trate, es importante decírselo a alguien que pueda ayudar (un consejero escolar, con un religioso u otro adulto en quien confíe).
- **Haciendo ejercicio de manera regular, comer y dormir bien.** Esto proporcionará al cuerpo y al cerebro el combustible y el tiempo necesario para recargarse.
- **Intenta ser paciente y mantenerte positivo.** Puede que tardes un tiempo en sentirte mejor y en encontrar el valor para enfrentar tus miedos. Pero abandonar la preocupación dejará más espacio para que experimentes mayor felicidad y diversión.

**Revisado por:** D'Arcy Lyness, PhD

Fecha de revisión: mayo de 2013

Teens Health. Tomado de <https://kidshealth.org/es/teens/anxiety-esp.html>

**Anexo 3. Niveles de ansiedad.**

Con un lápiz debe rellenar las casillas para indicar el nivel en que ha sentido lo que se indica. La **primera** = **nunca**, la **segunda**=**varios días**, la **tercera**=**la mitad de los días**, la **cuarta**=**Casi todos los días**.

**Durante las últimas dos semanas:**

1. ¿Qué tan nervioso o ansioso te has sentido?

--	--	--	--

2. ¿Qué tan incapaz te has sentido de controlar tus emociones?

--	--	--	--

3. ¿Qué tanto has sentido preocupación sobre diferentes cosas?

--	--	--	--

4. ¿Qué tan difícil te ha sido sentirte relajado o tranquilo?

--	--	--	--

5. ¿Qué tan inquieto te has sentido?

--	--	--	--

6. ¿Qué tan fácilmente te has sentido enojado o irritable?

--	--	--	--

7. ¿Qué tanto te has sentido asustado con la sensación de que algo terrible pudiera pasar?

--	--	--	--

**Evaluación.**

La **primera/nunca**=**0** puntos, la **segunda/varios días**=**1** punto, la **tercera/la mitad de los días**=**2** puntos, la **cuarta/Casi todos los días**=**3** puntos.

**0–4 No se aprecia ansiedad**

**5–9 Se aprecian síntomas de ansiedad leves**

**10–14 Se aprecian síntomas de ansiedad moderados**

**15–21 Se aprecian síntomas de ansiedad severos**

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).

### **Anexo 3.**

#### **Cuestionario de ansiedad social\***

En caso de responder **SÍ** a cada pregunta se agrega la pregunta **¿Cuánto?** Dando la opción de responder **POCO, MUCHO, DEMASIADO.**

Donde **POCO = 1, MUCHO=2, DEMASIADO=3.**

**Se anota en la respuesta el número indicado.**

**Ejemplo.** ¿Te pone nervioso hablar con personas que no conoces? Si. 3

1. ¿Te pone nervioso hablar con personas que no conoces?
2. ¿Te pone nervioso hacer algo que nunca has hecho delante de los demás?
3. ¿Sientes vergüenza si estás rodeado de personas que no conoces?
4. ¿Te pone nervioso sentir que no comprendes lo que los demás dicen?
5. ¿Te sientes inseguro al iniciar una conversación con alguien conocido?
6. ¿Te preocupa lo que la gente piense de ti?
7. ¿Te preocupa que te tomen el pelo?

\*Este cuestionario no presenta resultados, es con fines de comparación al final de la intervención.

### **Anexo 3.1.**

Entrevista a los padres sobre su percepción de la ansiedad que presenta el menor.

Tomando en cuenta únicamente las dos últimas semanas.

- De acuerdo a lo que ha observado, en el menor ¿qué conductas referentes a la ansiedad ha notado?
- En una escala del 0 al 3, donde **0=nunca, 1=varios días, 2=la mitad de los días y 3=casi todos los días**, en qué nivel diría ud que se presentan los siguientes síntomas en el menor:

Irritabilidad

Llanto

Tensión muscular

Dolor de estómago

Dolor de cabeza

Miedo

Nerviosismo al hablar con otras personas

Inquietud

Nerviosismo

Emociones desbordadas

Preocupación sin origen aparente



## Anexo 4.

<b>Emoción</b>	<b>Descripción</b>	<b>Función adaptativa</b>
<b>Alegría</b>	Sensación agradable de satisfacción y bienestar.	Afiliación
<b>Asco</b>	Intenso desagrado hacia algo repulsivo o repugnante.	Rechazo
<b>Ira</b>	Sentimiento de enfado, irritabilidad o indignación.	Autodefensa
<b>Miedo</b>	Aprehensión provocada generalmente por sensación de amenaza, peligro, o dolor.	Protección
<b>Sorpresa</b>	Malestar o asombro ante algo inesperado.	Exploración
<b>Tristeza</b>	Sensación de desdicha o infelicidad.	Reintegración

Tomada del sitio web "Divulgación dinámica" <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/tipos-de-emociones/>

Enlace a video Inside out. <https://www.youtube.com/watch?v=hMyJP8Ei4Dc>

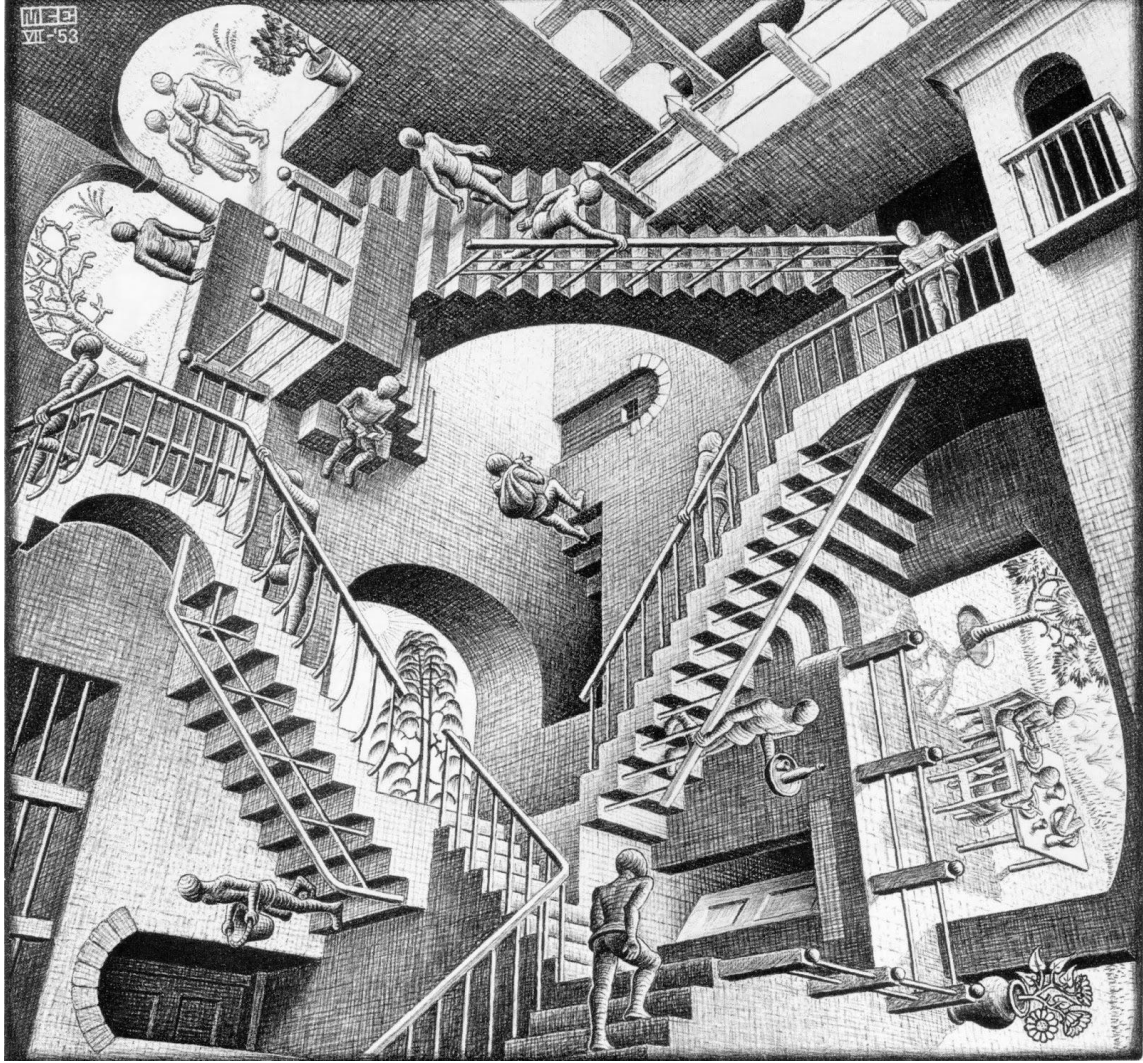
**Anexo 5.**

Identificación de emociones propias.

- Imaginativas. ¿Qué crees que sentirías si alguien te pisa un pie?  
¿Qué crees que sentirías si desapareciera tu juguete favorito?  
¿Qué crees que sentirías si lloviera durante muchos días?  
¿Qué crees que sentirías si vieras un arcoíris?  
¿Qué crees que sentirías si escucharas una explosión muy fuerte?  
¿Qué crees que sentirías si estuvieras viendo tu programa favorito de tv y se fuera la luz?  
¿Cómo te sientes cuando hace mucho calor?  
¿Cómo te sientes cuando algo no sale como quieres?

Visuales. ¿Qué pasa en esta imagen? ¿Cómo te sientes al verla?

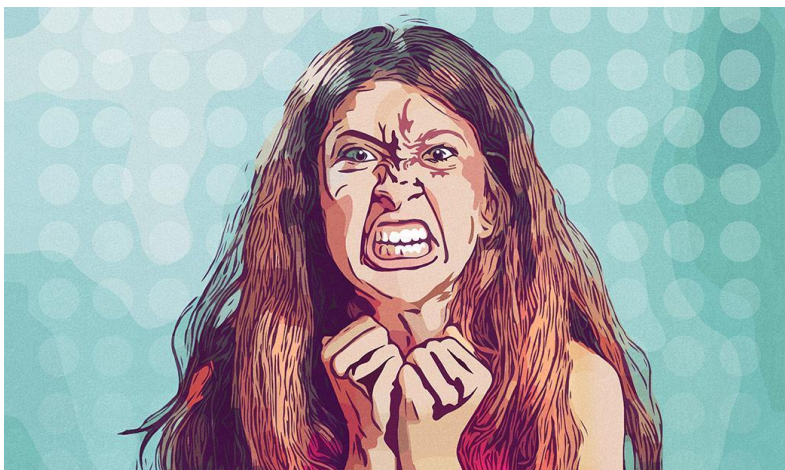


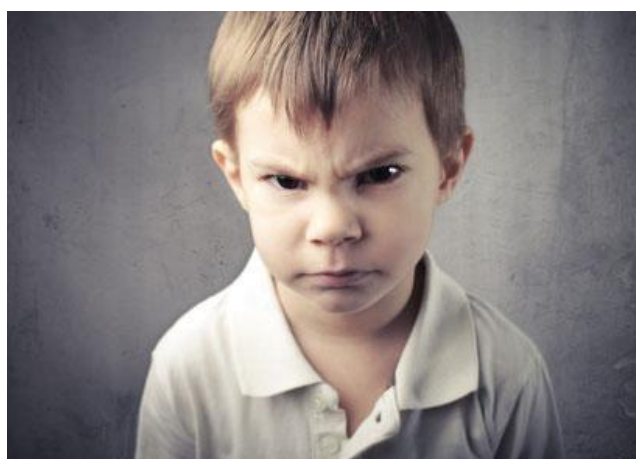


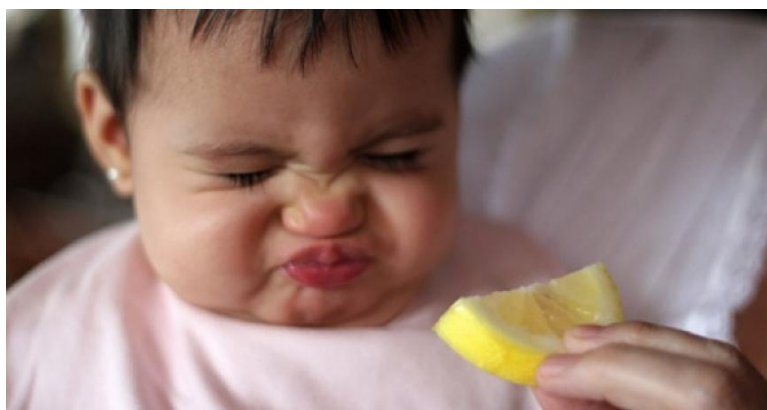
**Anexo 6.**

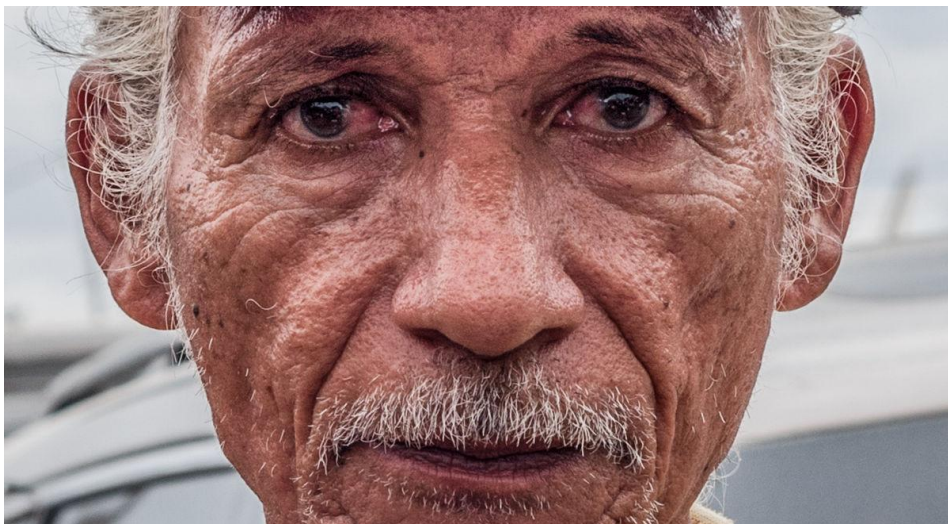
Ejercicio. Identificación de emociones ajenas.

¿Qué crees que expresa el rostro de la persona?









### Anexo 7.

Entrevista semiestructurada para la identificación de la ansiedad en el menor.

Objetivos. Que el adolescente identifique la ansiedad como emoción.

Describir cómo siente él la ansiedad

Identificar qué situaciones le provocan ansiedad

Identificar cómo reacciona (qué hace en consecuencia a la ansiedad)

Identificar los pensamientos cuando tiene ansiedad

- ¿Recuerdas lo que hemos visto que es la ansiedad?(Si es necesario retomaremos la explicación del anexo 2)
- ¿Has escuchado a alguien ( en la vida real o en la tele, donde sea) que tiene ansiedad?
- Sí sí, ¿qué has escuchado sobre eso? ¿qué pasa con esa persona cuando tiene ansiedad?
- ¿Cómo describirías la ansiedad?
- Se puede sugerir al menor realizar un dibujo de cómo siente él la ansiedad y después pediremos que nos explique su dibujo.
- ¿Crees que la ansiedad sirva para algo? ¿por qué?
- **¿En qué situaciones puedes notar que tienes esa sensación? ¿Cuándo pasa que...?**(En base a esta respuesta se trabajará la exposición)
- ¿Qué es lo que sientes en el cuerpo cuando tienes ansiedad?
- ¿Qué pasa en tu cabeza cuando sientes ansiedad?
- ¿Qué pensamientos pasan por ella?
- Cuando te sientes ansioso ¿Qué haces?
- ¿Qué no te gusta de sentir ansiedad?
- **¿Qué situaciones notas que te provocan una gran ansiedad?**(En base a esta respuesta se trabajará la exposición)

Se debe dar el tiempo necesario para que el adolescentes elabore su respuesta.

En esta sesión podemos ocupar recursos que puedan ser del interés del adolescente como las herramientas de dibujo tradicional o digital, de escritura, plastilinas, revistas, etc.



**Anexo 9.** Tarjetas de distracción y de auto instrucciones. Complementar con ideas propias del adolescente.

<b>TARJETA DE DISTRACCIÓN</b>	
<b>Situación</b>	<b>Qué hacer</b>
Estoy a punto de ponerme a gritar porque no pude hacer algo que quería.	Buscaré cinco palabras que empiezan con la letra E de enojo.

<b>TARJETA DE AUTOINSTRUCCIONES</b>	
<b>Situación</b>	<b>Qué hacer</b>
Se me cae algo de las manos.	Respiro profundo y me digo” a veces pasa, tendré más cuidado la próxima vez”



## **Anexo 9.**

Entrenamiento en relajación muscular. Relajación progresiva.

### **Posición inicial:**

Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse lo máximo posible.

### **1º FASE:**

Tensión-relajación.

- Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
- Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
- Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
- Nariz: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
- Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
- Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
- Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
- Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
- Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Relajación de brazos y manos. Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.
- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
- Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
- Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
- Estómago: Tensar el estómago, relajar lentamente.
- Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

### **2ª FASE: repaso.**

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

### **3ª FASE: relajación mental.**

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

\*Extraído del Programa autoaplicado para el control de la ansiedad en los exámenes. Universidad de Almería.

## Anexo 10.

¿Qué es la conversación?

La conversación es la interacción entre dos o más personas, nos sirve para relacionarnos con otros.

Puede ser escrita, hablada o a través de señas.

Se puede conservar sobre cualquier tema, a menos que el tema haya sido establecido previamente.

En una conversación intercambiamos ideas, opiniones y criterios que están en nuestros pensamientos.

Forman parte de la conversación las palabras, el idioma, el tono de voz, el volumen de la voz, los gestos de la cara y los movimientos del cuerpo.

La estructura general de una conversación es

- 1.- La apertura
- 2.- El cuerpo de la conversación
- 3.- El cierre

La apertura es la parte de la conversación en la que saludamos y nos presentamos, si es la primera vez que hablamos con la persona. Usamos palabras, frases o expresiones como hola, buen día, buenas tardes, buenas noches, ¿Cómo ha estado? Mucho gusto, mi nombre es ..., etc.

El cuerpo de la conversación es el intercambio de información y opiniones del tema que se habla. El tema puede variar a lo largo de la conversación, siempre y cuando los participantes estén de acuerdo.

Cierre, en este paso los hablantes cierran la conversación con una despedida y se da por finalizada la conversación. Se puede usar palabras como adiós, hasta luego, hasta la vista, nos vemos, que esté bien, hasta mañana, etc.

En una conversación existen los TURNOS DE PALABRA cada participante de la conversación tiene derecho a hablar.

Es importante escuchar con respeto e interés lo que la otra persona relata y esperar a que termine para tomar el turno de la palabra.

### INSTRUCTIVO DE UNA CONVERSACIÓN.

PASO 1.

PASO 2.

PASO 3.

NOTAS.

**Anexo 11.**

Relaciona las columnas.

Revisa primero las imágenes de las emociones, luego lee los enunciados y relaciónalos.

Pon el número de enunciado a un lado de la expresión correspondiente .

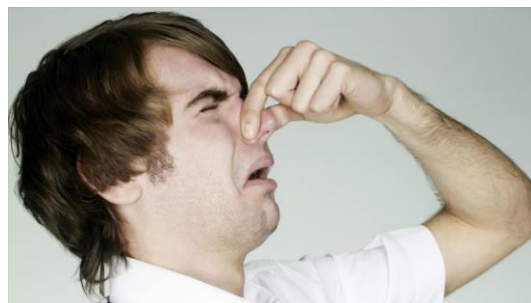
**ENUNCIADOS**

1. Venía caminando por la calle y salió un perro corriendo, me ladró y pensé que me mordería.

2. Jugué en el patio de la escuela y fue muy divertido.

3. Tengo frío.

4. Estoy muy molesto porque no pude hacer lo que quería.

**EXPRESIONES**

5. Accidentalmente rompí mi juguete favorito.



6. No me gusta ese sabor.



7. La comida está deliciosa.



8. Pasé por un lugar donde olía muy feo



9. Me castigaron injustamente.



10. Se ha extraviado mi mascota,  
no sé si regresará.



## Anexo 12.

1.- Practica el VOLUMEN de la voz con las siguientes palabras. Repite cada una en volumen alto, medio y bajo.

AUXILIO	UNO
HOLA	ARRIBA
AYUDAME	SOPA
VETE	HABLAME
MAMÁ	ENTRA
DIME	NO
MIRAME	SI
ESCUCHAME	VEN
ADIOS	AHORA
CORRE	YA

2.- Practica el TONO de la voz con las siguientes palabras. Repite cada palabra usando diferentes emociones: enojado, triste, alegre, asustado, furioso, tranquilo, etc.

SONRÍE	ESTOY ENOJADO
AGUACATE	ABREME
CASA	CORRE
FLOR	HABLA
OJO	VEN
AYUDA	VOY
ABRAZO	SI
PERRO	NO
PÁJARO	VAMOS
MÚSICA	SOY FELIZ
DÉJAME	ALEJATE

3.- Repite las siguientes palabras usando el tono, el volumen y la expresión facial que se relaciona a la emoción indicada.

AGUA	ENOJO
ESCALERA	TRISTEZA
PASTO	ALEGRÍA
VASO	AMOR
RISA	FURIA
OÍDO	DESPRECIO
MAR	ALEGRÍA
PUERTA	CANTANDO





Recursos.

Guía para familia y amigos. ¿Puedo contarte del Asperger?

<https://www.asperger.org.mx/wordpress/wp-content/uploads/2019/11/Puedo-contarte-del-SA.pdf>

Procesamiento sensorial.

<https://www.asperger.org.mx/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Procesamiento-Sensorial-1.pdf>

Una introducción al Síndrome de Asperger: Información para padres de niños/as y adolescentes. Asociación Asperger de Nueva Inglaterra\*.

<https://www.asperger.org.mx/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Manual-AANE-1.pdf>

GUÍA PARA PADRES DE ADOLESCENTES CON AUTISMO: ¿Cómo motivar a mi hijo?.

<https://www.asperger.org.mx/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Guia-para-Padres-de-Adolescentes-con-Autismo-1.pdf>

Cuaderno de educación en sentimientos.

<https://www.asperger.org.mx/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Cuaderno-de-Educacion-en-Sentimientos-1.pdf>

Soy especial. Informando a los niños y jóvenes sobre su trastorno del espectro autista ¡Soy único!

<https://www.asperger.org.mx/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Soy-especial-1.pdf>

Páginas.

<https://www.asperger.org.mx/>

<https://www.asperger.es/index.php>

<http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/lo-que-no-sabias-del-sindrome-de-asperger>

<http://espectroautista.info/index.html>

<https://mundoasperger.com/>