



**“El Test de Rorschach como Herramienta
Diagnóstica del Síndrome de Asperger”**

**Dirección y Co-dirección de la Tesis:
Ps. Mara Ruani, Ps. Ana María Bernia**

**Tesis de Grado Presentada por:
Ramiro Mitre**

Licenciatura en Psicología

Universidad Abierta Interamericana

Agosto de 2010

A mis ahijados: Renata y Thiago

EL TEST DE RORSCHACH COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE ASPERGER

RESUMEN

El presente trabajo intenta determinar la validez del Test de Rorschach en relación con el diagnóstico de uno de los cuadros considerados dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA): el Síndrome de Asperger (SA).

Se administró la prueba a cinco sujetos, quienes presentaban un diagnóstico del síndrome, realizado por profesionales psicólogos y/o psiquiatras, basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Los resultados, evaluados a la luz del Sistema Comprensivo creado por J. Exner, que permite la suficiente confiabilidad y validez que una labor científica requiere, fueron codificados de acuerdo con el Manual de Codificación del Rorschach (Exner, 1995), procediéndose luego a la confección del Sumario Estructural y la Hoja de Constelaciones. Posteriormente se compararon los protocolos entre sí y se intentó encontrar elementos comunes entre ellos que no respondieran a lo preestablecido en los estudios de normativa vigente.

El examen arrojó varios datos recurrentes, pero no permitió encontrar relaciones sólidas entre las variables como para emplear la Prueba de las Manchas como herramienta diagnóstica.

Entre todos los elementos recurrentes, se optó por tomar en cuenta aquellos que se reiteraban en más del 80% de los casos. A pesar de ello, también se mencionan y explicitan brevemente aquellos que no cumplen con tal condición porcentual.

En relación con los diversos índices y constelaciones comunes a todos los casos, se llegó a la conclusión de que el test permite observar, en los pacientes con SA, alteración en los siguientes elementos:

- ✚ Proporción FC : CF + C
- ✚ Proporción W : M
- ✚ DQ+ fuera de rango
- ✚ X+% disminuido
- ✚ Xu% elevado
- ✚ XA% y WDA% disminuidos
- ✚ X- % aumentado
- ✚ Estilo indefinido de respuesta
- ✚ Proporción a : p
- ✚ Presencia de Fd

Aunque estos indicadores no representen por sí mismo un índice para el diagnóstico del SA, pueden ser tenidos en cuenta como herramienta conjunta de otros métodos diagnósticos.

“Si la mente humana fuera tan simple como para que pudiésemos entenderla, seríamos tan simples que nos resultaría imposible”

(Emerson Pugh)

PRÓLOGO

Resultará desafortunadamente complejo, para el lector que no se halle dentro del campo de estudio de los instrumentos de evaluación de la personalidad, entender de manera íntegra los resultados de este trabajo.

A pesar de los esfuerzos del autor por explicar de un modo claro y sencillo todos los factores intervinientes en el contexto de la investigación, no se deriva en una tarea sencilla exponer aquellos conocimientos acerca del Test de Rorschach que, por su misma naturaleza, requieren de una dedicación, adicional al estudio académico de grado, de alrededor de tres años de duración.

No obstante esta aclaración, se han intentado describir las variables en juego de una forma llana y sencilla, de modo que sean asequibles para todos quienes se encuentren ávidos por conocer de qué va esta cuestión.

Por otro lado, se suma el inconveniente de que quien sí tenga conocimientos especiales acerca de métodos y técnicas psicodiagnósticas, no tiene por qué tenerlos en el área de los trastornos del desarrollo.

Es precisamente en el entrecruzamiento de estos dos elementos donde radica el sentido de esta investigación. Y que ambos campos de estudio sean poco frecuentes de aparecer en la labor científica, lo convierte en un desafío que le adiciona un plus a la tarea.

Final y fundamentalmente, este trabajo está motivado por todos aquellos que, muchas veces sin saberlo, padecen de una patología que no les permite lograr una plena adaptación o alcanzar su potencial, debido a la dificultad en el diagnóstico de la mayoría de los TEA.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, y como no puede ser de otra manera -porque así se encuentran en mi corazón- a mi amada familia, por el apoyo, la contención, el cariño y por creer siempre en mí.

A todos los profesores con los que me he encontrado en el camino, quienes me han enseñado y quienes, además, me transmitieron Calidad Humana.

A los directivos de la Universidad, por la enorme paciencia invertida a lo largo de estos cinco años.

A esas personas tan especiales que no me alcanzarían las palabras para explicar porqué: mis amigos. Y en especial a mi hermana del alma, Carina.

A los profesionales y hoy amigos del Multiespacio Terapéutico “Casa de Familia”, por la inmensa ayuda brindada.

A las cinco fascinantes personas que, sin problema alguno, aceptaron ser parte de esta investigación y sin quienes jamás habría podido lograr nada de esto.

A las familias y terapeutas de esas cinco personas, por la confianza puesta en mí.

A mi apreciadísima directora, Ana María, que supo inculcarme el amor por las técnicas de evaluación de la personalidad, enseñándome gran parte de lo (aún) poco que sé.

Final y fundamentalmente, al motor de todo esto, quien ama profundamente y supo transmitirme ese amor por el Rorschach, y quien me recibió de brazos abiertos, me ayudó y contuvo en todo momento: mi querida Mara.

A todos los que hicieron posible este trabajo, ¡un millón de gracias!

ÍNDICE

RESUMEN

PRÓLOGO

AGRADECIMIENTOS

CAPÍTULO I: Introducción	9
1.1.- Objetivos	13
1.2.- Hipótesis de Trabajo	13
CAPÍTULO II: Marco Teórico	14
I. I.- Trastornos Generalizados del Desarrollo	14
I.II.- Trastorno del Espectro Autista. La Tríada de Wing	14
I.II.I.- El Síndrome de Asperger	16
I.II.I.I.- Diagnósticos Actuales	18
I.II.I.II.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según el DSM-IV	18
I.II.I.III.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger, según el CIE-10	20
I.II.I.IV.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según Ángel Rivière	21
I.II.I.V.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según Gillberg y Gillberg	23
I.II.I.VI.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según la A.S.A.S	24
I.II.II. - Dificultad en el diagnóstico	29
II.- El Test de Rorschach	31
II. I.- Reseña histórica	31
II.I.I.- Diferentes enfoques	33
II.I.II. -El Sistema Comprensivo	34
CAPÍTULO III: Estado Actual de los Conocimientos Sobre el Tema	37
CAPÍTULO IV: Esquema de la Investigación	40
4.1. - Área de Estudio	40
4.2.- Tipo de Investigación	41
4.3. - Población Objetivo	41
4.4. – Universo	41
4.5.- Muestra	43
4.6.- Técnicas de recolección de datos	44
4.6.1.- Entrevista cerrada	44
4.6.2.- El Test de Rorschach	44
CAPÍTULO V: Trabajo de Campo	47
5.1. Captación de sujetos y recogida de datos de personas con SA	47
5.2.- Análisis de los datos	48
CAPÍTULO VI: Resultados y Conclusiones	49
6.1.- Características del grupo estudiado	49
6.2.- Análisis de los resultados del Test de Rorschach: recurrencia de variables	53
6.3.- Conclusiones	60
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS Y APÉNDICES	70

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En los últimos años, numerosos casos de diversos trastornos que afectan al desarrollo esperable del niño se han ido acrecentando.

Aún hoy, tanto la etiología, como la causa del incremento en la incidencia de los mismos, son desconocidas para la comunidad científica.

Autismo, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADD/ADHD), Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y SA eran términos desconocidos hace tan sólo algunas décadas.

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en los Estados Unidos, a comienzos de la década de 1980, los diagnósticos de autismo eran de 1 en 5000; en 1996, 3.4 niños, de cada 1000, tenían por lo menos un TEA; para 1998, la cifra crecía a 6.7 de cada 1000 niños, y hoy en día, es de 1 cada 150 niños (Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, Doernberg N, Boyle C, Murphy C., 2003).

El aumento en la incidencia de estos trastornos en la población mundial es alarmante. Más aún para este tipo de patologías cuya causa u origen no se encuentra todavía determinado.

Estos trastornos se caracterizan por graves déficits y alteraciones generalizadas en variadas áreas, incluyendo alteraciones de la interacción social, anomalías en la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

El presente trabajo se centra en uno de los trastornos incluidos dentro del espectro de los TGD: el SA

Lamentablemente, la bibliografía que al respecto existe, es aún relativamente escasa y, además, dada la dificultad que presenta abordar esta temática y

diferenciarla de otras patologías, el diagnóstico no representa una tarea fácil de llevar a cabo.

Más allá de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y de algunas escalas de detección del SA (bastante subjetivas, por cierto), existen muy pocos elementos significativos que permitan arribar a una diagnosis correcta del síndrome en cuestión.

Se investigó si esta patología podía ser evaluada a la luz de otras herramientas técnicas. Y, dentro de las técnicas de evaluación de la personalidad, el test de Rorschach, por ser una de las más completas, ofreció una alternativa tentadora.

La intención fue, entonces, evaluar los resultados que el test arrojara, en función del análisis de las respuestas de los sujetos que padecen el síndrome, para poder determinar, de esta manera, si el Rorschach puede ser considerado una herramienta válida para el diagnóstico del trastorno.

Ya Hermann Rorschach expresaba, en su tesis doctoral, “Psychodiagnostik”, que a pesar de que la meta de su trabajo era sólo una construcción teórica, los resultados que la prueba revelaba eran también aplicables a los fines diagnósticos. (Rorschach, 1942)

El Dr. John E. Exner, Jr. estudió las ventajas e inconvenientes de cada uno de los enfoques interpretativos del test que surgieron a partir de la muerte de Rorschach, e intentó llevar a cabo una integración de las características procedentes de cualquiera de ellos, para los que se pudiera encontrar una justificación empírica.

Así entonces, Exner y sus colaboradores, logran integrar los grandes sistemas del Rorschach que contribuyeron al desarrollo del test, en un método único. De ahí que su sistema sea denominado “*comprehensivo*”.

Para Exner, el test constituye una tarea de resolución de problema; como expresa Llana, “el sujeto realiza el procesamiento de la información que le ofrece la mancha y ateniéndose a la consigna, busca la solución al problema. Para dar solución a la tarea intervienen el pensamiento y toda una serie de mecanismos del sistema cognitivo que involucra a la memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo, unidas a los mecanismos de la atención que posibilitan la selección de la información de acuerdo con la capacidad limitada de esta, y con los procesos de comprensión” (González Llana, 2006).

En este sistema, existe una estandarización tanto de la administración y codificación de las variables como de la interpretación del test, que nos permiten describir las características de la personalidad del sujeto, agrupándolas en distintas secciones: ideación, afecto, mediación cognitiva, procesamiento de la información, autopercepción, y relaciones interpersonales. Además, incluye constelaciones relacionadas con diversas patologías: índices de suicidio, obsesividad, inhabilidad social, hipervigilancia, depresión y trastornos del pensamiento.

Klopper y Davidson señalan que, además, el Rorschach “ha enriquecido estudios sobre aspectos evolutivos de la percepción, ha ampliado el conocimiento del funcionamiento mental, ha mejorado el análisis de la conducta en situaciones de estrés, ha contribuido a la comprensión de desviaciones de la personalidad tan variadas como la delincuencia juvenil, el alcoholismo, la tartamudez y la esquizofrenia. El Rorschach ha logrado un lugar significativo dentro del trabajo de la clínica infantil. Fue capaz de iluminar cuestiones relativas a la efectividad de la psicoterapia. Ha estimulado un nuevo enfoque en el estudio de las interrelaciones entre la cultura y la personalidad” (Klopper & Davidson, 1969).

En palabras de Sendín, “Un protocolo válido de Rorschach proporciona siempre información estructural útil sobre aspectos específicos de cada individuo en torno a las siguientes áreas de funcionamiento: ideación, emoción, estilos preferentes para afrontar situaciones, estrategias defensivas habituales, capacidad de control, autopercepción, procesamiento de la información, percepción interpersonal, mediación cognitiva, preocupaciones y fuentes de malestar” (Sendin, 1998).

En extrema relación con esto, “se pueden lograr descripciones muy detalladas, abarcando características tales como los estilos de respuesta, la afectividad, las operaciones cognitivas, las motivaciones, la percepción y preocupaciones sobre el mundo interpersonal, y las tendencias a reaccionar de determinados modos” (Exner, 1994)

Es de suponer que diversas particularidades del SA, se encuentran implicadas dentro de los aspectos que estos dos autores mencionan. De este modo, comparando los datos obtenidos en los protocolos administrados, y, a su vez, comparando los mismos con los resultados que se esperan según los baremos poblacionales o datos normativos correspondientes a la edad del sujeto, se pudo señalar qué variables aparecen alteradas de manera significativa en el trastorno.

Es por todos estos motivos que se consideró al test de Rorschach como una opción ampliamente válida, en principio, para el diagnóstico de cualquier patología; de ahí que haya sido la herramienta seleccionada para la presente investigación.

1.1.- Objetivos

El problema que puso en marcha la investigación fue:

¿Puede el test de Rorschach ser una herramienta eficaz para el diagnóstico del Síndrome de Asperger?

El Objetivo principal de este trabajo fue:

Investigar si el test de Rorschach es eficaz para el diagnóstico del Síndrome de Asperger.

Este objetivo se desglosó en los siguientes objetivos específicos:

- ✚ Examinar a personas que padecen de SA a través del Test de Rorschach, teniendo en cuenta las variables de personalidad: cognición, capacidad para el control y la tolerancia del estrés, aspectos afectivos-emocionales, relaciones interpersonales y autopercepción.
- ✚ Establecer relaciones entre las variables recurrentes de los distintos protocolos.
- ✚ Comparar los resultados obtenidos con los datos normativos.

1.2.- Hipótesis de Trabajo

El test de Rorschach podría utilizarse como una herramienta válida para el diagnóstico del Síndrome de Asperger

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Para una mejor apreciación del marco teórico, se ha optado por utilizar lo que, análogamente, en estadística se denomina “modelo multinivel” (Bickel, 2007); es decir, una descripción de las unidades que lo componen que van de lo más general a lo más específico.

I. I.- Trastornos Generalizados del Desarrollo

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, según su sigla en inglés) define a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) como “una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto (...) Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental” (American Psychiatric Association, 2000).

Incluye, dentro de los mismos, al Trastorno Autista, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, SA, y TGD No Especificado.

I.II.- Trastorno del Espectro Autista. La Tríada de Wing

Las líneas de pensamiento y los autores más destacados de la literatura científica, en la actualidad, convergen en la idea de asociar al SA dentro del conjunto de patologías que conforman el Trastorno del Espectro Autista.

Belinchón Carmona y Olivar Parra afirman que la noción de «continuo o espectro autista» se acuñó por primera vez por Allen (1988), aunque no se generalizó hasta finales de los años '90, tras los trabajos de Lorna Wing en Inglaterra, y de Ángel Rivière en España (Belinchón & Olivar, 2003).

En el mencionado trabajo, los autores aclaran que “la noción es el resultado de la comprobación empírica de que todas las personas con autismo o TGD presentan las alteraciones características de la llamada «tríada de Wing» (alteraciones en la comprensión, la comunicación y la imaginación sociales), pero también de la evidencia de que una proporción significativa de personas que no cumplen los criterios diagnósticos de los TGD presentan dificultades de severidad variable en estas dimensiones de la tríada” (Belinchón & Olivar, 2003).

Por ello es que este concepto trajo aparejado consigo cierta controversia acerca de la validez nosológica de algunas de las categorías que se establecen en las clasificaciones diagnósticas, especialmente en aquellas que diferencian a los TGD que afectan a personas sin discapacidad intelectual asociada, como las del SA.

La Sociedad Americana de Autismo, expone al respecto que quienes creen que el Asperger no es una forma de autismo, se apoyan sobre la clasificación diagnóstica del DSM-IV, ya que el mismo lo comprende en una categoría distinta a la del autismo, y que muchos profesionales creen que hay diferencias significativas entre un individuo con autismo y uno con Asperger (Autism Society of America, 2006).

Por su parte, Volkmar, Klin y Pauls exponen que “dada la presunción de que el SA se halla en un continuo fenomenológico con el autismo, es importante notar que el autismo podría representar solamente el más severo fenotipo y que la

misma carga subyacente podría expresarse, aunque de manera más sutil, en el SA” (Volkmar, Klin & Pauls, 1998).

Y, finalmente, la Asociación de Psiquiatría Americana, en abril de 2009 echa luz en el asunto en un reporte del Grupo de Trabajo del nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), acerca de los Trastornos de Neurodesarrollo. Sostienen que el manual será publicado en el año 2012 y que las metas más importantes propuestas para el mismo tienden a desarrollar normativas que provean la estructura para una caracterización dimensional de las psicopatologías del desarrollo. En este sentido, el grupo se encuentra considerando la posibilidad de reemplazar el término “Pervasive Developmental Disorder” (traducido al español como “Trastornos Generalizados del Desarrollo”) por el de “Trastornos del Espectro Autista”, utilizando un diagnóstico individual para los trastornos conocidos actualmente como Autismo, TGD No Especificado y SA (Swedo, 2009).

I.II.I.- El Síndrome de Asperger

El SA debe su nombre al psiquiatra austríaco que describió el cuadro, por primera vez, en la década de 1940.

Hans Asperger publicó en el año 1944 el trabajo “Psicopatía Autista en la Infancia”. Como señala Valdez, en esta obra empleó el término de “autismo”, (tomado de los estudios de Bleuler sobre la esquizofrenia y trabajado contemporáneamente por Kanner) designando, primordialmente, la desconexión de la persona de su entorno social: disminución de la interacción y desinterés por el mundo circundante (Valdez, 2001).

Al igual que Kanner, desde sus primeras enunciaciones, Asperger diferenció la esquizofrenia del cuadro estudiado en sus pacientes, quienes no denotaban pérdida de contacto con la realidad ni destrezas comunicativas de manera gradual, sino que esas funciones se hallaban alteradas desde el comienzo.

La autora británica, Lorna Wing fue la primera en tomar el nombre del psiquiatra para reemplazar la etiqueta de “psicopatía autista” y denominar al cuadro “Síndrome de Asperger”.

Tal como ella señala, Hans Asperger notó que el síndrome era mucho más común en varones que en niñas, creía que no podía reconocerse en la primera infancia sino hasta pasados los tres años de edad, y que las características fundamentales en estos pacientes se daban en relación con:

- ✚ un discurso gramatical correcto, pero de contenido pedante, repetitivo (generalmente sobre un solo tópico de interés), estereotipado, y con recurrentes invenciones de neologismos,
- ✚ fallas en la comunicación no verbal, tales como poca expresión facial, tono de voz monótono y falta de comprensión hacia los gestos de otras personas,
- ✚ dificultades en la interacción con otras personas, sobre todo dadas por la imposibilidad de comprender las reglas de comportamiento sociales,
- ✚ actividades repetitivas y resistencia al cambio,
- ✚ complicaciones respecto a la coordinación motora, en particular, torpeza de movimientos,
- ✚ intereses restringidos y habilidades que pueden ser notables y poco comunes,

- ✚ ser víctimas de acoso escolar (bullying), según el grado de excentricidad, vulnerabilidad, inmadurez y/o molestia que puede adjudicárseles (Wing, 1981).

I.II.I.I.- Diagnósticos Actuales

En su libro, “Aspergers Answers Revealed”, Susan Bull expresa que tanto el autismo como el SA son patologías difíciles de diagnosticar, sobre todo en niños cuyas habilidades cognitivas y de lenguaje están aún en proceso de desarrollo (Bull, 2007).

Thomas y col. afirman que para poder hacer un diagnóstico de alguno de estos cuadros, es necesario encontrar distintos tipos y grados de discapacidad en cada una de las áreas de la tríada de Wing (normalmente conocidas como las tres dificultades básicas: interacción y relaciones sociales, comunicación, e imaginación e inflexibilidad de pensamiento). Además, se debe tener en cuenta el hecho de que existe una gran variedad en la gravedad de las dificultades y en la forma en que éstas se presentan.

Por otro lado, no debe dejarse de lado que una persona con SA tiene una personalidad única moldeada por experiencias vitales individuales, tal como el resto de las personas (National Autism Society, 1988).

I.II.I.II.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según el DSM-IV

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 (por ejemplo: no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- 4) ausencia de reciprocidad social o emocional

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

- 1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
- 2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- 3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (como 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 (por ejemplo: a los dos años de edad utiliza palabras sencillas, a los tres 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

(American Psychiatric Association, 1994).

I.II.I.III.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, criterios de la Organización Mundial de la Salud)

- ✚ Combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje, o cognoscitivo clínicamente significativo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general (como en el autismo).
- ✚ Puede haber o no problemas de comunicación similares a los del autismo, pero un retraso significativo del lenguaje descarta el diagnóstico.

Incluye:

- ✚ Psicopatía autística.
- ✚ Trastorno esquizoide de la infancia.

Excluye:

- ✚ Trastorno esquizotípico (F21).
- ✚ Esquizofrenia simple (F20.6).
- ✚ Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2).
- ✚ Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5).
- ✚ Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

(World Health Organization, 1992)

I.II.I.IV.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según

Ángel Rivière

Trastorno cualitativo de la relación

- ✚ Incapacidad de relacionarse con iguales.
- ✚ Falta de sensibilidad a las señales sociales.
- ✚ Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal. Falta de reciprocidad emocional.
- ✚ Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación.
- ✚ Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente “dobles intenciones”.

Inflexibilidad mental y comportamental:

- ✚ Interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos. Rituales.

- ✚ Actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de tareas.
- ✚ Preocupación por “partes” de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.

Problemas de habla y lenguaje

- ✚ Retraso en la adquisición del lenguaje, con anomalías en la forma de adquirirlo.
- ✚ Empleo de lenguaje pedante, formalmente excesivo, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo, modulación.
- ✚ Dificultades para interpretar enunciados no literales o con doble sentido.
- ✚ Problemas para saber “de qué conversar” con otras personas.
- ✚ Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.

Alteraciones de la expresión emocional y motora

- ✚ Limitaciones y anomalías en el uso de gestos.
- ✚ Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes.
- ✚ Expresión corporal desmañada.
- ✚ Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.
- ✚ Capacidad normal de “inteligencia impersonal”
- ✚ Frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas.

(Rivière, 1996)

**I.II.I.V.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según
Gillberg y Gillberg**

1. Déficit en la interacción social (manifestado al menos en dos de las siguientes características):
 - a) Incapacidad para interactuar con pares
 - b) Falta de deseo e interés de interactuar con pares
 - c) Falta de apreciación de las claves sociales
 - d) Comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación

2. Intereses restringidos y absorbentes (al menos uno de los siguientes):
 - a) Exclusión de otras actividades
 - a) Adhesión repetitiva
 - b) Más mecánicos que significativos

3. Imposición de rutinas e intereses (al menos uno de los siguientes):
 - a) Sobre sí mismo en aspectos de la vida
 - b) Sobre los demás

4. Problemas del habla y del lenguaje (al menos tres de los siguientes):
 - a) Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
 - b) Lenguaje expresivo, perfecto superficialmente
 - c) Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia
 - d) Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas

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

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

6. Torpeza motora

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

(Gillberg & Gillberg, 1989)

I.II.I.VI.- Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger según la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (A.S.A.S)

El siguiente cuestionario identifica comportamientos y habilidades que pudieran ser indicativos del trastorno en niños durante sus años en la escuela primaria. Cada pregunta o afirmación tiene una escala de clasificación, en el que el 0 representa el nivel ordinario esperado en un niño de su edad.

A. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES

1 ¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? Por Ej., ¿ignora las reglas no escritas sobre juego social?

2 Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en el recreo, ¿evita el contacto social con los demás? Por Ej., busca un lugar retirado o se va a la biblioteca.

3 ¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? Por Ej., un comentario personal sin ser consciente de que puede ofender a los demás.

4 ¿Carece el niño de empatía, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? Por Ej., no darse cuenta de que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.

5 ¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? Por Ej., no darse cuenta de que Ud. no puede saber acerca de un tema concreto porque no estaba con el niño en ese momento.

6 ¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian las cosas o algo le sale mal?

7 ¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? Por Ej., muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación.

8 ¿Carece el niño de precisión en sus expresiones o emociones? Por Ej., no ser capaz de entender los niveles de expresión emocional apropiados para diferentes personas.

9 ¿Carece el niño de interés en participar en juegos, deportes o actividades competitivas? 0 significa que el niño disfruta de ellos.

10 ¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? 0 significa que sigue las modas en ropa o juguetes, por ejemplo.

B. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

11 ¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? Por Ej., se muestra confuso por frases del tipo “estás frito”, “las miradas matan” o “muérete”.

12 ¿Tiene el niño un tono de voz poco usual? Por Ej., que parezca tener un acento “extranjero”, o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave.

13 Cuando habla con él, ¿muestra el niño desinterés en su parte de la conversación? Por Ej., no pregunta ni comenta sus ideas con otros.

14 Cuando se conversa con él, ¿mantiene menos contacto ocular del que cabría esperar?

15 ¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? Por Ej., habla de manera formal o como un diccionario andante.

16 ¿Tiene el niño problemas para reparar una conversación? Por Ej., cuando está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le resulte familiar, o tarda un tiempo muy largo en pensar una respuesta.

C. HABILIDADES COGNITIVAS

17 ¿Lee el niño libros en busca de información, sin parecer interesarle los temas de ficción? Por Ej., es un ávido lector de enciclopedias y de libros de ciencias, pero no le interesan las aventuras.

18 ¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? Por Ej., recordar años después la matrícula del coche de un vecino, o recordar con detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.

19 ¿Carece el niño de juego imaginativo social? Por ej., no incluye a otros niños en sus juegos imaginarios, o se muestra confuso por los juegos de imaginación de otros niños.

D. INTERESES ESPECÍFICOS

20 ¿Está el niño fascinado por un tema en particular y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema? Por Ej., el niño se convierte en una enciclopedia andante sobre vehículos, mapas, clasificaciones de ligas deportivas u otro tema?

21 ¿Se muestra el niño exageradamente molesto por cambios en su rutina o expectativas? Por Ej., se angustia si va a la escuela por una ruta diferente.

22 ¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? Por Ej., alienar todos sus juguetes antes de irse a dormir.

E. HABILIDADES EN MOVIMIENTOS

23 ¿Tiene el niño una pobre coordinación motriz? Por Ej., no puede atrapar un balón.

24 ¿Tiene el niño un modo extraño de correr?

F. OTRAS CARACTERÍSTICAS

En esta sección, indique si el niño ha presentado alguna de las siguientes características:

a. Miedo o angustia inusual debidos a:

Sonidos ordinarios, por ejemplo, aparatos eléctricos domésticos

Caricias suaves en la piel o en el cabello

Llevar puestos algunas prendas de ropa en particular

Ruidos no esperados

Ver ciertos objetos

Lugares atestados o ruidosos, como supermercados

b. Tendencia a balancearse o a aletear cuando está excitado o angustiado

c. Falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor

d. Adquisición tardía del lenguaje

e. Tics o muecas faciales no inusuales

Si la respuesta a la mayoría de las preguntas de esta escala es "Sí", y la puntuación está entre 2 y 6 (es decir, visiblemente por encima del nivel normal), no se puede indicar, de manera automática, que el niño tiene SA. Sin embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se le realice una valoración diagnóstica.

(Atwood, 2002)

I.II.II. - Dificultad en el diagnóstico

La evaluación y diagnóstico de un Trastorno del Desarrollo constituye el comienzo de un proceso complejo y extenso, que implica la elección y/o creación de programas de intervención que tiendan a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Las categorías diagnósticas sirven para ordenar el desconcierto que en reiteradas ocasiones genera la abundancia de nomenclaturas, que pueden llevar a adoptar criterios clínicos erróneos o a impedir la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas (Valdez, 2001).

Martín Borreguero, tiene en cuenta algunas consideraciones al referirse al proceso diagnóstico del SA. Básicamente estas cuestiones giran en torno a:

- ✚ El juicio subjetivo del profesional respecto de la anormalidad clínica de los comportamientos y del grado de desviación de los mismos en relación con los patrones normales de comportamiento
- ✚ Los cambios que el cuadro sintomático presenta y que puede variar en función de la edad, el estadio de desarrollo, sus rasgos de personalidad, las oportunidades de aprendizaje, el contexto en el que vive, etc.
- ✚ La existencia de comorbilidad que puede haber con otros trastornos psiquiátricos y psicológicos, como el TDAH, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, o el Síndrome de Tourette

(Martín Borreguero, 2004)

Por otro lado, se debe tener en cuenta también, que al tratarse de una patología comprendida dentro del Espectro Autista, en muchos casos, resulta difícil diferenciar el síndrome de otros trastornos, especialmente de aquel conocido como Autismo de Alto Rendimiento (High Functioning Autism), dado que ambos presentan prácticamente los mismos síntomas. Al respecto, Sansosti señala los fundamentales:

- ✚ Dificultad en la interacción y en las relaciones sociales
- ✚ Falta de empatía más moderada que en el autismo clásico
- ✚ Patrones repetitivos de conducta e intereses restringidos
- ✚ Habilidades de lenguaje y cognitivas promedio o superiores

(Sansosti, 2009)

II.- El Test de Rorschach

La prueba de Rorschach, conocida también como el “test de las manchas de tinta” (Inkblot Test) es una de las técnicas psicodiagnósticas de mayor importancia en la actualidad.

Fue creada por el psiquiatra suizo Hermann Rorschach (1884-1922) y publicada por vez primera en septiembre de 1921, alcanzando, con el correr del tiempo, una amplia difusión en todo el mundo.

Consiste en una serie de 10 láminas que presentan manchas de tinta, relativamente ambiguas, que el sujeto debe estructurar en una serie de respuestas. Todas las manchas son simétricas; cinco son totalmente en blanco y negro, y de las otras cinco, dos comparten el blanco y negro con el rojo, y tres son policromáticas.

El test se utiliza principalmente para formular diagnósticos, establecer planes de tratamiento, realizar pronósticos y, sobre todo, para describir las características psicológicas de los sujetos, dado que permite obtener gran cantidad de información si se administra, codifica e interpreta correctamente (Exner, 1994).

II. I.- Reseña histórica

Hermann Rorschach, desde niño, estuvo interesado por las manchas de tinta. Ya a temprana edad mostraba manchas de tinta a distintas personas preguntándoles qué podían ver ahí. Las respuestas eran muy diversas de unas personas a otras, pero al mismo tiempo se percata de ciertos elementos comunes que se podían apreciar.

En 1909, comienza su especialización en psiquiatría y a lo largo de 1911, junto con un compañero de estudios, Konrad Gehring, trabajó de manera casual y poco sistemática creando y descartando manchas de tinta, para comparar posteriormente las respuestas dadas por los internos del hospital en donde realizaban su especialidad.

Ese mismo año, Bleuler (profesor y supervisor de Rorschach) publica su importante trabajo sobre la demencia precoz, en el cual acuña por primera vez el término “esquizofrenia”. Rorschach observó que los pacientes así diagnosticados respondían de manera distinta al juego de las manchas.

A fines de 1917 decide investigar el juego de las manchas de una manera más sistemática: utilizó 40 manchas de tinta y administró 15 de ellas con más frecuencia; recogió datos de más de 400 sujetos y desarrolló un esquema de clasificación de respuestas con una serie de códigos.

A comienzos de 1920, esa muestra ya poseía el tamaño necesario como para demostrar que su método era considerablemente eficaz para la utilidad diagnóstica.

Alentado por sus colegas a publicar sus hallazgos, y tras una seguidilla de editores que se negaban, consigue un contrato, en 1921, con una editorial, pero hubo una condición: que las láminas fuesen sólo diez. La impresión alteró el tamaño de las mismas, así como los colores, además de aparecer diferencias en los niveles de saturación de tinta.

De cualquier modo, Rorschach decidió continuar con su investigación con estas nuevas láminas.

Lamentablemente, en abril de 1922, a la edad de 37 años, fallece inesperadamente a causa de una peritonitis. (Exner, 1994)

II.I.I.- Diferentes enfoques

González Llana enumera ciertas variables que propiciaron el surgimiento de diversas corrientes o enfoques rorschachianos; a saber: las modificaciones que sufren las manchas en el proceso de imprenta al publicarse su trabajo, la temprana desaparición física de su autor, y las corrientes psicológicas que le suceden a su obra (González Llana, 2006).

Tan solo un año después de la publicación de su monografía, “Psychodiagnostik”, “la elaboración posterior del test quedó "a la deriva". Por un periodo de algo más de 20 años (1936-1957) se fueron desarrollando diversos sistemas de codificación. En Europa los más conocidos, son los de M. Loosli-Usteri y E. Bohm; y en Estados Unidos, principalmente, los de B. Klopfer, S.J. Beck, S. Piotrowski, M. Hertz y D. Rapaport. Estos sistemas no eran absolutamente diferentes, aunque la mayoría de sus similitudes se reducían a los elementos que cada uno había incorporado del trabajo original de H. Rorschach. Es obvio que esta diversidad perjudicó durante años la comunicación y el intercambio investigador” (Vázquez Orellana, 2003).

La investigación del método suizo se inicia en los estados Unidos con los trabajos de los psicólogos Samuel Beck y Margaret Hertz. Posteriormente, aparecen tres psicólogos, que comienzan a trabajar con el Rorschach: el alemán Bruno Klopfer, que desde 1933 comienza a impartir cursos de Rorschach a solicitud de psicólogos y psiquiatras, entre los cuales se encontraba el polaco Zygmunt Piotrowski; y en 1938, David Rapaport, estudia la eficacia de diferentes tests, entre ellos el Rorschach.

Cada una de estas personalidades despliega una ardua labor con el test de Rorschach, acumulando conocimientos y aportes, y para 1957 se habían desarrollado en Norteamérica cinco grandes sistemas de Rorschach: Klopfer, Beck, Herz, Piotrowski y Rapaport. (Exner, 1994)

II.I.II. -El Sistema Comprensivo

A finales de la década de los 60, John E. Exner Jr., estudioso del Rorschach, publica un trabajo en el que hace un análisis comparativo de esos grandes sistemas, en el cual resalta las diferencias existentes entre ellos. Los resultados evidenciaron que se habían creado cinco tests de Rorschach y que casi en lo único que coincidían era en utilizar las mismas láminas-estímulo suizas y algunos códigos interpretativos básicos.

Entonces, Exner emprendió la labor de poner en común todos los trabajos de los sistematizadores e investigadores, y así surgió el Sistema Comprensivo. La primera presentación fue en 1974 y, a partir de ahí, se ha ido actualizando constantemente hasta la fecha (Fernández Olazábal, 2004).

“El Sistema Comprensivo ha estandarizado la administración y codificación (localización, calidad evolutiva, determinantes, calidad formal, actividad organizativa, contenidos, populares y códigos especiales), con lo cual permite calcular de forma inequívoca los datos del sumario estructural (secuencia de codificación, recuento de frecuencias y las proporciones y porcentajes que conforman la sección principal, la sección de la ideación, la sección del afecto, la sección de la mediación, la sección del procesamiento, la sección interpersonal, la sección de la Autopercepción y por último el cálculo de las constelaciones o

índices especiales). Finalmente, también están pautadas las normas de interpretación de los datos del sumario estructural, que se inicia analizando las diferentes agrupaciones de datos en función de las puntuaciones claves más significativas, que marcan un orden de interpretación según las áreas más afectadas del sujeto” (González Llana, 2006).

Saade Gamboa señala, además, que “cuando Exner emprende el desarrollo del Sistema Comprensivo, su programa incluyó los siguientes puntos centrales:

- ✚ seleccionar y sistematizar las variables de base empírica más sólida
- ✚ seleccionar los indicadores de mayor relevancia clínica
- ✚ sistematizar el esquema y los elementos de codificación, descartando aquellos códigos con niveles inferiores a **0.85** en la correlación de fiabilidad interjueces
- ✚ incorporar criterios de interpretación cuya validez se sustentase en investigaciones de alta minuciosidad metodológica”.

(Saade Gamboa, 2005)

En adición a la sistematización y la ardua tarea de investigación y validación empírica de cada variable de la prueba, se agregan los aspectos neuro-cognitivos que también son evaluados por medio del test. Acklin y Wu-Holt proponen un esquema que incluye el estudio de las diferentes fases y operaciones implicadas en la elaboración de la respuesta, y las habilidades cognitivas-neuropsicológicas requeridas para la misma:

Fase I: (Asociación)	1-Codificación del campo estímulo
	2- Clasificar las imágenes codificadas y sus partes en potenciales respuestas
Fase II	3- Reexaminar el estímulo para refinar posibles respuestas

(Reestudio y descartes)	4- Descarte de respuestas inapropiadas mediante censura o comparación de posibles respuestas.
	5- Selección final de las respuestas potenciales restantes.
Fase III (Selección final)	6- Articulación de la respuesta elegida.

Las distintas fases implican la participación de diferentes habilidades, entre ellas:

- 1- la atención auditiva de corto plazo, atención visual, exploración sensorial, codificación,
- 2- recuperación proveniente de la memoria de largo plazo
- 3- memoria visual de corto plazo
- 4- reconocimiento de patrones y “bondad de ajuste” (calidad formal de la respuesta)
- 5- procesamiento semántico, expresión y articulación verbal

(Acklin y Wu-Holt ,1995).

CAPÍTULO III:

ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

Desafortunadamente, no existe un gran caudal de información referido al SA y, mucho menos, relacionado con el Test de Rorschach.

En adición, las escasas investigaciones que se han realizado al respecto, no se orientan hacia el diagnóstico del trastorno, sino más bien, hacia variables que permitan diferenciarlo de otras patologías.

Volkmar, Dykens y Glick examinaron una muestra de 11 sujetos compuesta por personas diagnosticadas con Autismo de Alto Funcionamiento y SA. Utilizaron la Escala de Trastornos de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) y el Test de Rorschach, aproximándose a resultados negativos en cuanto al testeo de realidad y distorsiones perceptuales en la mayoría de sujetos, y además encontraron varios deslices cognitivos, como combinaciones incongruentes, combinaciones fabulatorias, respuestas desviadas, lógica inapropiada, etc.

Comparando los resultados de la Escala TLC y del Rorschach con grupos de referencia compuestos por esquizofrénicos, los sujetos dentro del TEA demostraron mayor pobreza en el discurso y un nivel de lógica menor, evidenciando rasgos de trastornos del pensamiento que se encontraban también en la esquizofrenia. (Volkmar, Dykens y Glick, 1992)

Ghaziuddin, Leininger y Tsai compararon, precisamente, las variables del test, tomando una muestra de doce sujetos con SA y ocho sujetos con Autismo de Alto Rendimiento. Dado que personas con Autismo de Alto Rendimiento suelen mostrar déficits en los procesos de pensamiento (como pobre criterio de realidad, distorsiones perceptivas y deslices cognitivos), la hipótesis planteada por estos

autores era que, al ser el SA una variante más leve del Autismo, posiblemente hubiera menos anomalías en estos sujetos.

Por el contrario, los resultados demostraron que el grupo de sujetos con SA presentaba una tendencia hacia mayores niveles de pensamiento desorganizado que lo sujetos con Autismo de Alto Rendimiento. También eran mucho más pasibles de ser clasificados como “introversivos” y, además, tendían a estar más centrados en sus experiencias internas.

De cualquier modo, la conclusión general fue que “el test de Rorschach no mostró eficacia para diferenciar los dos grupos diagnósticos en la mayoría de las variables estructurales” (Ghaziuddin, et al., 1995).

Otra investigación, llevada a cabo por Craigl y Baron Cohen, intentó echar luz sobre el empobrecimiento de creatividad que generalmente se describe en los cuadros del espectro autista.

Si bien este antecedente no es significativamente importante a los fines del presente trabajo, podría contribuir en la identificación de algunas variables del test, relacionadas con el tema.

Los autores realizaron tres experimentos: utilizando el Test de Pensamiento Creativo de Torrance descubrieron que los niños con Autismo y SA presentaban impedimentos. El segundo experimento testeó dos explicaciones acerca de estos resultados y las hipótesis planteadas acerca de disfunción ejecutiva y déficits de imaginación fueron comprobadas. Para el tercer experimento utilizaron una prueba de fluidez imaginativa, concluyendo en que los niños con Autismo y SA generaron menos respuestas atribuyendo animismo a formas de goma espuma, y sugiriendo, en cambio, respuestas basadas en la realidad.

Aunque los resultados evidencian disfunciones ejecutivas, los autores concluyen en que eso no explica porqué la creatividad imaginativa es más difícil que la creatividad basada en la realidad. (Craigl, & Baron Cohen, 1999)

CAPÍTULO IV: ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. - Área de Estudio

La investigación se desarrolló en la ciudad de Rosario, ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Es la ciudad más importante de esa provincia y constituye uno de los principales centros urbanos del país. Junto a otras localidades aledañas, conforma el área metropolitana del Gran Rosario que, con 1.161.188 habitantes, es el tercer aglomerado urbano de la República (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2003).

Desde 1997, se lleva a cabo un programa municipal de descentralización de tareas, materializado en Centros Municipales de Distrito que redistribuyen las prácticas administrativas, de servicios y actividades culturales.

Los protocolos estudiados se obtuvieron en un centro dedicado a la problemática de los Trastornos Generalizados del Desarrollo: el multiespacio terapéutico “Casa de Familia”.

Dicha institución se encuentra enmarcada dentro del Centro Municipal de Distrito Centro, el más poblado de la ciudad con más de 228.290 habitantes, lo que representa más del 25% del total de la población de la ciudad. Limita:

- Al norte: con las vías del ex ferrocarril Mitre.
- Al este: con el Río Paraná.
- Al sur: con Av.27 de Febrero, Av. San Martín, calle Amenábar; Av. Francia y Av. Pellegrini.
- Al oeste: con las vías del ex ferrocarril Belgrano, calle Santa Fe y las vías del ex ferrocarril Belgrano.

La gran mayoría de las Universidades e institutos educativos se ubican en este distrito. Al ser un polo de atracción de la población de otros distritos, el sistema de transporte está organizado a partir de éste.

4.2.- Tipo de Investigación

Se investigó en base a un estudio analítico; es decir, un estudio que se caracteriza por el intento de “descubrir” una hipotética relación entre algún factor y un determinado efecto (Veiga de Cabo, de la Fuente Díez, Zimmerman Verdejo, 2008).

En este caso, se pretendió establecer una relación causal entre el SA y los resultados observables de variables del test de Rorschach alteradas respecto de la norma.

4.3. - Población Objetivo

Se administró el test a cinco personas diagnosticadas con el trastorno, que se encuentran actualmente en tratamiento dentro de la institución terapéutica mencionada anteriormente.

Las edades de los sujetos que formaron parte de la investigación fueron variadas: 9 (nueve), 10 (diez), 13 (trece), 17 (diecisiete) y 22 (veintidós) años.

4.4. – Universo

En la República Argentina no existen censos o estadísticas relacionadas con la problemática de los TGD, y mucho menos, con el SA en particular. El único

elemento con el que se cuenta es la “Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad”, complementaria del “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001”, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en las principales localidades del país entre noviembre de 2002 y el primer semestre de 2003.

En la misma, definen a la discapacidad como “toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social” (INDEC, 2004). Los resultados de la encuesta informan que la población con discapacidad representa el 7,1 por ciento de la población total y que la prevalencia es levemente superior en las mujeres (7,3%) que en los varones (6,8%).

El estudio tiene en cuenta, además, otras variables como la estructura por edad de la población con discapacidad, la cantidad de discapacidades por persona, y la cantidad y tipo de discapacidad en las regiones del país, pero no sería relevante transcribir esos datos, ya que no influyen demasiado en el presente escrito.

En España, los trabajos clásicos en el área señalaban una prevalencia de 4 ó 5 casos cada 10.000 personas, tal como recoge el estudio sobre la situación actual de la investigación del autismo (Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico y Enfermedades Raras, 2003), pero en estudios más recientes, las cifras de prevalencia llegan a 60 ó 70 cada 10.000 personas, considerando todo el espectro de TGD.

En los Estados Unidos, una encuesta para la National Children’s Health Survey en el 2007, indica que en más de 80.000 hogares, en donde se preguntó telefónicamente a los padres si sus hijos (entre 2 y 17 años) sufrían de algún TEA,

concluyó en que el 1% de los niños, es decir, uno de cada 100, padecen de algún trastorno (Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2007).

Más específicamente, el National Institute of Neurological Disorders and Stroke de los Estados Unidos, señala que aunque la incidencia del SA no está bien establecida, los expertos en estudios de población estiman conservadoramente que 2 de cada 10.000 niños tienen el trastorno y que, además, los varones tienen tres a cuatro veces más probabilidades que las niñas de padecerlo (Office of Communications and Public Liaison of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2008).

En investigaciones anteriores, Ehlers y Gillberg señalan una prevalencia de 36 cada 10.000 para los casos de SA (Ehlers & Gillberg, 1993).

Fombonne sostiene que la prevalencia del SA es menor que la del autismo y estima 2,5 de cada 10.000 personas (Fombonne, 2003).

Volkmar y colaboradores, por otro lado, señalan que son muy escasos los estudios epidemiológicos disponibles sobre este trastorno y que, entonces, es muy difícil sacar conclusiones sobre su verdadera prevalencia (Volkmar, Lord & Bailey, 2004).

4.5.- Muestra

Como se estableció en el punto anterior, resulta extremadamente difícil establecer la incidencia que el síndrome tiene en nuestra sociedad.

Por otro lado, lamentablemente, no todas las personas con SA tienen un correcto diagnóstico o se encuentran realizando tratamiento actualmente.

Por ende, el método de muestreo se vio necesariamente afectado, ya que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es muy pequeña.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que implica el empleo de una muestra integrada por las personas cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente. Si bien es una de las técnicas de muestreo menos sólida, como el fenómeno a investigar es suficientemente homogéneo en la población, se reducirá el riesgo de sesgo (Pineda, Alvarado, Hernández, 1994).

La muestra, entonces, constó de cinco pacientes diagnosticados con SA.

n= 5

4.6.- Técnicas de recolección de datos

La información relevada se realizó por medio de entrevistas individuales, durante las cuales se aplicaron dos técnicas: una entrevista cerrada y el test de Rorschach.

4.6.1.- Entrevista cerrada

En primer lugar se realizó una entrevista directiva de corta duración, en base al cuestionario desarrollado por Exner para el Sistema Comprensivo: “Formulario del Sumario Estructural”.

En dicho cuestionario, se recoge información tal como los datos del sujeto, constelación familiar, situación del examen, etc.

4.6.2.- El Test de Rorschach

Una vez finalizada la entrevista, se procedió a administrar el test de Rorschach, en su variante del Sistema Comprensivo de J.E. Exner Jr.

La prueba fue creada por Hermann Rorschach en 1921 y ha sido y continúa siendo uno de los instrumentos de evaluación psicológica más útiles en el uso de las técnicas psicodiagnósticas.

Se trata de una serie de diez láminas con manchas de tinta relativamente ambiguas, y la consigna se basa en que los sujetos expresen qué podrían ser esos diseños que *funcionan* como evidentes estímulos.

A lo largo del tiempo ha habido diversos sistematizadores que trataron de darle forma a la incompleta obra de Rorschach, llegando a crearse cinco grandes sistemas de evaluación del test.

En la investigación se utilizó el método propuesto por Exner, ya que ofrece tres ventajas fundamentales: a) se considera como una tarea cognitivo-perceptual (lo que deja de lado el carácter proyectivo se le daba y aún se le da para otras corrientes), b) la solidez estadístico-paramétrica (validez y confiabilidad) de los criterios de aplicación, codificación e interpretación y, c) el uso de datos normativos como criterios de referencia (baremos) poblacionales para la comprensión adecuada de los indicadores e índices generados cuantitativamente (Exner, 1991).

Es un instrumento de evaluación psicológica que permite comprender básicamente el estilo general del funcionamiento cognitivo-conductual del sujeto evaluado.

Dicho sistema concibe al Rorschach como una tarea de resolución de problemas, enfatizando sobre la necesidad del sujeto de codificar un estímulo determinado (mancha de tinta), clasificar la imagen codificada dentro de posibles respuestas, revisar de nuevo las respuestas para descartar las inusuales, ordenarlas para seleccionar y dar la respuesta final (Willock, 1992). Cada lámina constituiría, entonces, una situación de solución de problemas ante la cual la persona

responde como lo hace ante otras situaciones en su vida, revelando de esa manera su estilo general de funcionamiento cognitivo-conductual. En este sentido, la situación de respuesta ante las láminas del Rorschach involucra procesos de atención, percepción, memoria, toma de decisiones y análisis lógico.

En líneas generales, la tarea para el profesional es la de administrar el test, cumpliendo con las disposiciones requeridas para lograr la efectividad de la prueba (Exner, 1995), registrando las respuestas y luego, inquiriendo acerca de dos cuestiones puntuales: localización de su respuesta en la lámina (para lo que se vale de la hoja de localización), y determinantes que le hacen ver aquello que ve (forma, color, sombreado, etc.). Luego, se pasa a la etapa de codificación, en la cual, las respuestas del sujeto, serán “traducidas” en variables que permitirán, posteriormente, el armado del Sumario Estructural, en donde se hace un recuento de todas y cada una de esas variables y se sacan proporciones, porcentajes y derivaciones que se interpretan en función de sus valores.

CÁPITULO V: TRABAJO DE CAMPO

5.1. Captación de sujetos y recogida de datos de personas con SA

Como ya se ha señalado, para reunir el grupo de estudio, se contó con la colaboración de los profesionales del Multiespacio Terapéutico “Casa de Familia”.

La directora del establecimiento y el investigador de este estudio se reunieron con los terapeutas del centro para explicarles los objetivos y pasos a seguir, y solicitar su colaboración.

De esta forma los profesionales se pusieron en contacto con aquellos de sus pacientes que habían sido diagnosticados con SA, y con sus respectivos padres, para pedir su colaboración.

Ningún paciente o familiar requerido se resistió a colaborar; por el contrario, parecían muy entusiasmados con la tarea.

Como el mismo proceso del test y el enfrentamiento con los estímulos visuales de las láminas resultan, de por sí, bastante ansiógenos, se optó por entablar un *rapport* positivo con los examinados, de modo que la tarea resultara un poco más llevadera.

La recogida de datos se realizó, en todos los casos, en una sola sesión, sin tiempo preestablecido, con una duración promedio de alrededor de dos horas. Las entrevistas se realizaron en uno de los consultorios de la institución, que muy gentilmente cedió la directora del lugar, garantizando así condiciones de privacidad, silencio y luminosidad.

El desarrollo de la sesión tuvo la peculiaridad de que la recogida de información mediante la entrevista se realizó, en el caso de los menores, con la presencia y colaboración del familiar o familiares acompañantes y su terapeuta a cargo. Para

la aplicación del test se pidió a estas personas que dejaran al paciente con el examinador y se siguió el procedimiento estándar fijado por el Sistema Comprehensivo.

En ningún caso hubo imposibilidad de completar la administración de la prueba, y de hecho, la cooperación fue excelente en la mayoría de los casos.

5.2.- Análisis de los datos

Las entrevistas fueron analizadas en función de determinar la homogeneidad o disparidad de las variables sociodemográficas de los sujetos.

Una vez administrados los protocolos del Test de Rorschach fueron codificados conjuntamente por el examinador y las directoras de tesis de la presente investigación, sin necesidad de una validación interjueces ya que las pocas situaciones de duda se resolvieron contrastando las opiniones.

Tras la codificación se procedió a confeccionar el Sumario Estructural, con las proporciones, porcentajes y derivaciones que de él se desprenden.

Tanto las respuestas como los Formularios del Sumario Estructural, las Hojas de Localización, Codificación, Sumario Estructural y Constelaciones y Tablas y Cálculos se presentan en los Anexos I, II, III, IV, V y VI, respectivamente.

Para mantener la confidencialidad de los examinados, se optó por utilizar una nomenclatura que tuviera en cuenta la inicial del nombre, acompañada del número correspondiente a la edad de cada sujeto.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

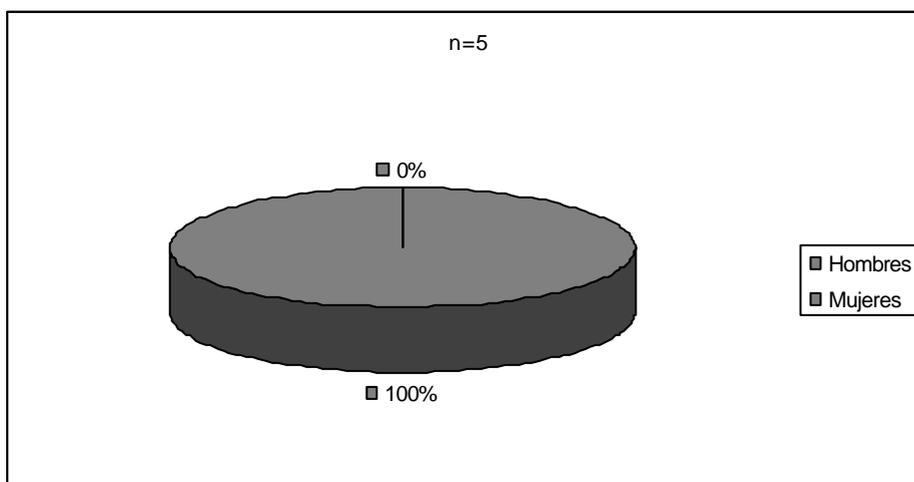
6.1.- Características del grupo estudiado

Las características demográficas más relevantes y algunos datos interesantes acerca de la administración y tratamiento previo del grupo se encuentran representadas en la tabla 1, que figura a continuación. Para una apreciación detallada, pueden observarse los formularios completos en el Anexo II.

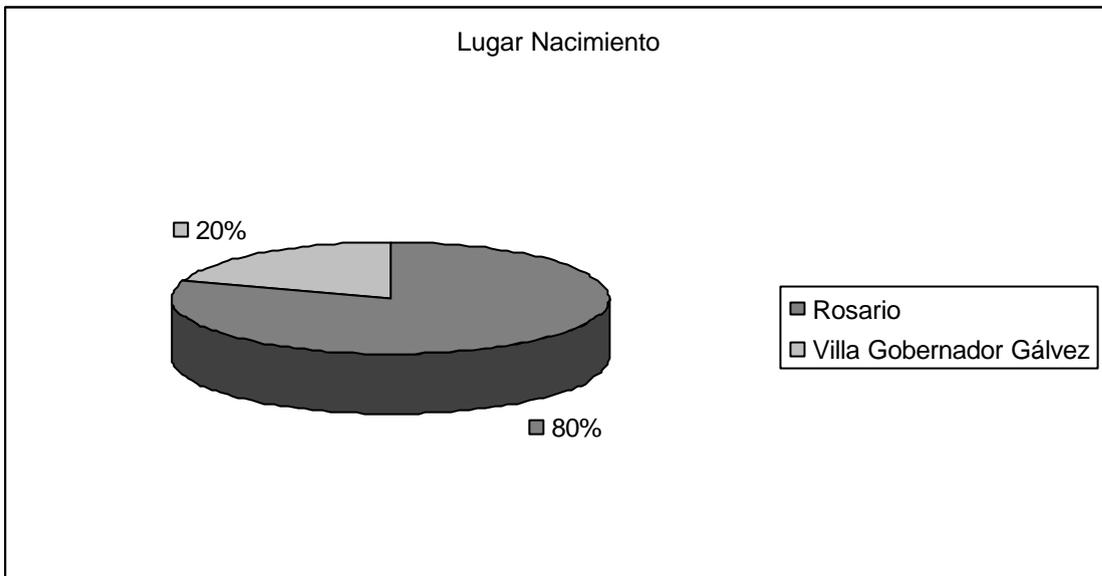
Aunque estas características no intervienen en los resultados de la prueba -ya que el sistema está tan estandarizado que hasta se contemplan ajustes de variables en función de la edad del sujeto- sirven como parámetros a la hora de armarnos un marco referencial acerca del grupo de estudio.

Tabla 1. Características generales del Grupo de Estudio

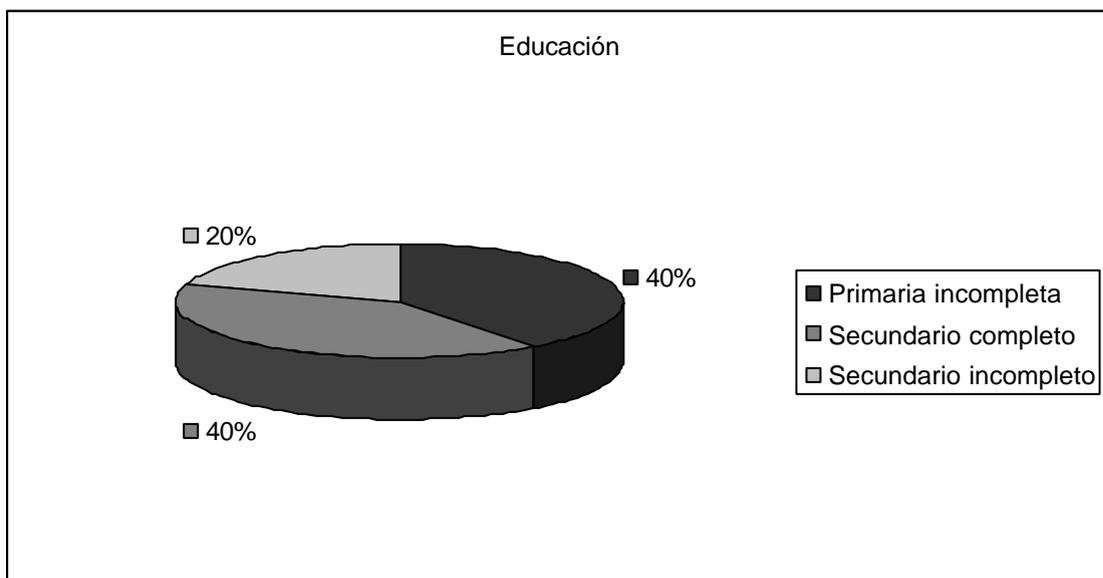
Variable	Resultados
Edad	
Media	14,2
Mediana	13
Sexo	Porcentajes
Hombres	100
Mujeres	0



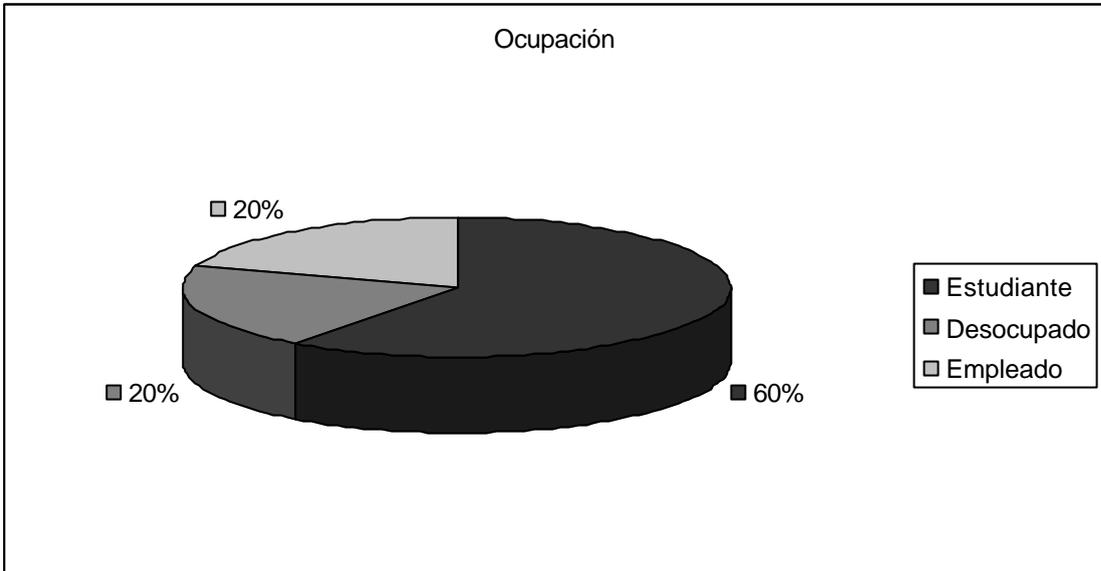
Nacionalidad	
Argentina	100
Lugar Nacimiento	
Rosario	80
Villa Gobernador Gálvez	20



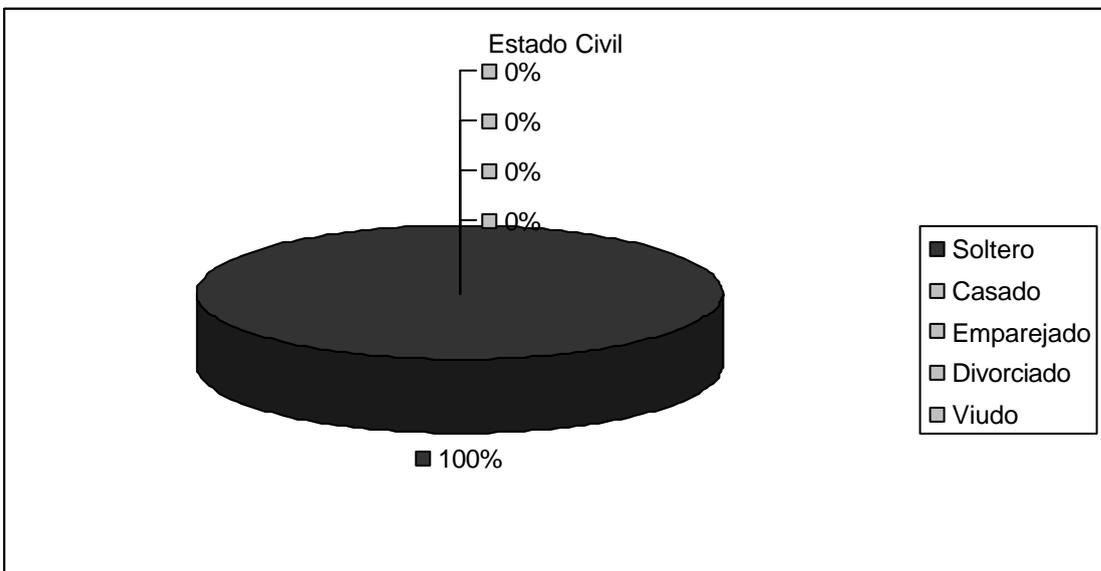
Educación	
Primaria incompleta	40
Secundario completo	40
Secundario incompleto	20



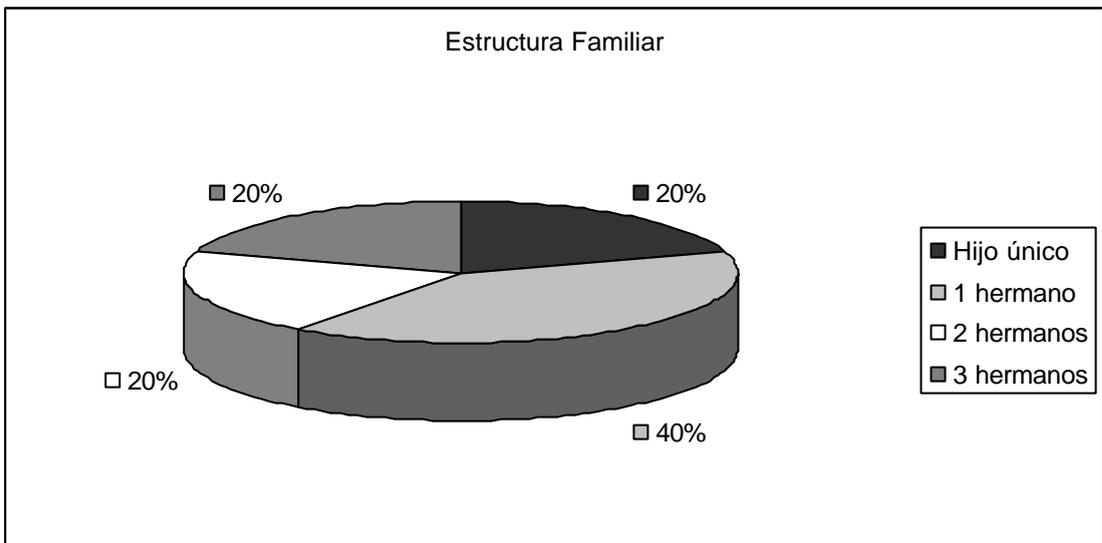
Ocupación	
Estudiante	60
Desocupado	20
Empleado	20



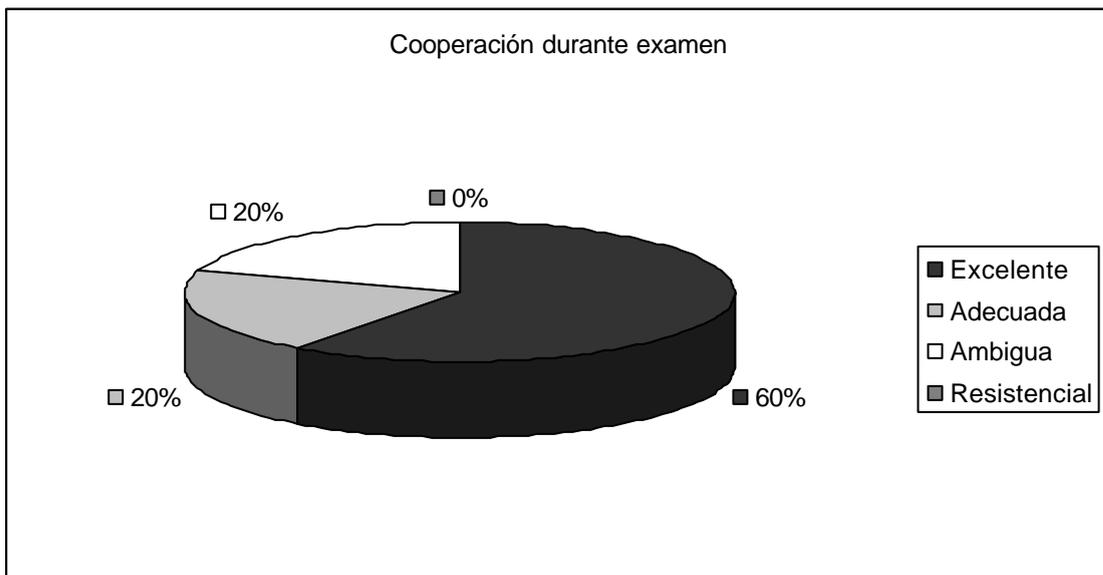
Estado Civil	
Soltero	100
Casado	0
Emparejado	0
Divorciado	0
Viudo	0



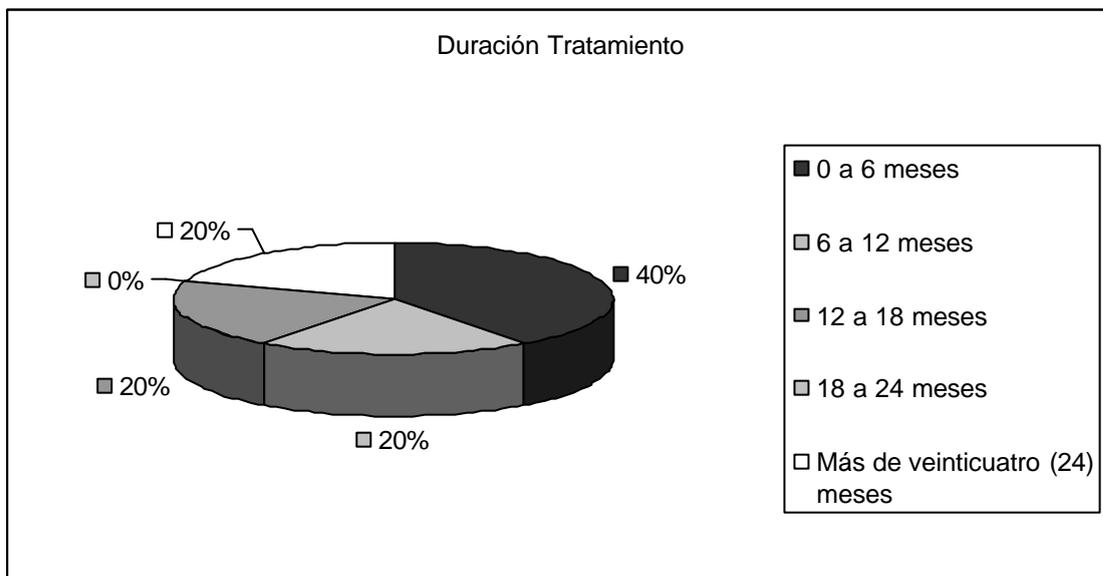
Estructura Familiar	
Hijo único	20
1 hermano	40
2 hermanos	20
3 hermanos	20



Cooperación durante el examen	
Excelente	60
Adecuada	20
Ambigua	20
Resistencial	0



Duración Tratamiento	
0 a 6 meses	40
6 a 12 meses	20
12 a 18 meses	20
18 a 24 meses	0
Más de 24 meses	20



6.2.- Análisis de los resultados del Test de Rorschach: recurrencia de variables

Como ya se ha explicado en reiteradas oportunidades, la prueba de Rorschach está compuesta por múltiples variables que permiten inferir la conformación de la personalidad del examinado. A continuación se explicitarán cuáles de ellas están intervenidas y qué significa cada una, psicológicamente hablando, según las investigaciones llevadas a cabo por J. Exner y col. (Exner, 1991, 1994).

Para evitar cierta contaminación en las conclusiones, o faltar a la validez empírica, se ha optado por realizar las siguientes formulaciones en función de los

porcentajes obtenidos, aclarándolos previamente para que el lector pueda distinguir el peso de los descubrimientos a que se ha arribado.

Si bien se enumeran y explicitan brevemente los resultados con una recurrencia de un 60% o de tan sólo un 40%, sólo se han considerado significativamente confiables aquellas recurrencias que se presentan por encima del 80% (es decir, la totalidad de los casos, o cuatro de cinco) y por ello, se profundiza en la descripción del significado psicológico de éstas.

Recurrencias del 100%:

Proporción FC : CF + C alterada:

La presencia de Forma (F) informa acerca de la capacidad cognitiva de modulación afectiva. La ausencia o el exceso de la misma hablará, entonces, de la ausencia o exceso de control emocional, espontaneidad-represión emocional.

En todos los casos evaluados, aunque en mayor o menor medida, se observa un incremento en lado derecho de la proporción, indicando potenciales problemas serios en la modulación del afecto. Se trata de expresiones emocionales habitualmente intensas que reflejan dificultades de control y/o una organización psicológica inmadura.

Proporción W : M alterada:

Esta proporción es a veces referida como una “proporción aspiracional”. Las respuestas globales (W) representan el intento de abarcamiento intelectual, la capacidad de organización y, en cierto sentido, la ambición intelectual, la necesidad de que nada se escape. Requieren de un mayor esfuerzo cognitivo

por parte del sujeto, especialmente su capacidad de sintetización e integración. Los movimientos humanos (M) representan la capacidad creativa y los recursos disponibles para iniciar conductas deliberadas.

El hecho de que en todos los protocolos las W se encuentren significativamente aumentadas, indica que estos pacientes se esfuerzan por lograr más de lo que es razonable a la luz de sus actuales capacidades funcionales, aumentando la probabilidad de fracaso en el intento de alcanzar las metas, dando como resultado experiencias de frustración.

✚ DQ+ fuera de rango:

La calidad evolutiva de las respuestas (DQ), indica la madurez cognitiva del sujeto, su nivel de complejidad cognitiva. Esta madurez implica la culminación “exitosa” de ciertos procesos neuromadurativos.

En este sentido, las DQ de síntesis (DQ+) señalan el grado más sofisticado de elaboración cognitiva, ya que para producir respuestas de este tipo, el sujeto debe realizar procesos de análisis y síntesis y establecer vínculos significativos entre elementos del campo estimular que no están previamente dados.

En los protocolos, se observa una disminución de las respuestas DQ+ de un 60%, mientras que en un 40% se presenta un aumento. Sea por exceso o por carencia, el dato a destacar es que no hay una madurez cognitiva “esperable”.

✚ X+% disminuido:

La frecuencia de respuestas convencionales (X+%) representa el porcentaje de respuestas que han sido identificadas por un sujeto de manera muy

semejante a su población de referencia. Dado que sólo incluye respuestas cuya calidad formal es precisa y objetiva, se trata de un índice relacionado con un mayor grado de convencionalidad.

La disminución de este índice, denota una sustancial posibilidad de conductas más atípicas e incluso inapropiadas de lo que podría esperarse. Esa inclinación hacia las conductas no convencionales es inducida por alguna modalidad de disfunción mediacional y por una prueba de realidad alterada -este hallazgo es perfectamente concordante con la investigación citada previamente, a cargo de Volkmar, Dykens y Glick (1992).

Recurrencias del 80%:

✚ Xu% elevado:

El porcentaje Xu% aporta información sobre un conjunto de respuestas que, apareciendo con poca frecuencia y por ello, no clasificables como ordinarias, pueden ser vistas con facilidad y no violan un uso razonable de los contornos de la mancha. Constituyen una manera menos corriente de traducir el campo estimular y en ellas afloran rasgos de la individualidad sin incluir distorsiones perceptivas.

Si estas respuestas aparecen en una baja proporción, se consideran como un signo saludable, pero al estar, significativamente aumentadas, (y en relación con un X+% disminuido), hablaríamos de un estilo de respuesta predominantemente inusual o demasiado idiosincrático.

✚ XA% y WDA% disminuidos:

Las variables XA% y WDA % se refieren a las respuestas del protocolo que dan cuenta del grado de convencionalidad del ajuste perceptivo. Tienen que ver con el modo en que el sujeto adapta sus respuestas al campo estimular, con cómo acomoda sus percepciones a los contornos del estímulo.

Mientras que la primera abarca la totalidad de las respuestas y por tanto es la medida más general de ajuste, la segunda agrupa sólo las respuestas con localizaciones más comunes (que, se supone, son más fáciles de reconocer).

Por ende, la disminución en la proporción de ambos índices no hará más que confirmar la poca convencionalidad de las percepciones. Esto necesariamente derivará en riesgo de inadaptación e incomunicación con el entorno ya que ni el individuo podrá ver las cosas como los demás, ni éstos percibirán los estímulos de forma semejante a la suya y, con ello, será muy difícil establecer comunicaciones significativas y estables o generar conductas que respondan a las exigencias reales de las situaciones.

✚ X-% aumentado:

Las respuestas menos (-) representan momentos en los cuales las características de la mancha han sido traducidas de una manera que es incompatible con sus propiedades esenciales. Son el resultado de determinados aspectos personales del individuo que hacen que desestime el campo estimular y lo reemplace por elementos personales que acaban siendo proyectados en la respuesta; representan un desprecio o una distorsión de la realidad.

El hecho de que la variable se presente aumentada señala la probabilidad de un deterioro mediacional importante.

✚ Estilo indefinido de respuesta

El Erlebnistypus (EB) provee información acerca de la relación entre la emoción y la psicología de la persona, y denota: a) la presencia de un estilo definido de respuesta en la que predomina lo emocional (estilo extratensivo); b) la presencia de un estilo definido de respuesta en la que predomina lo ideacional (estilo introversivo); o c) la ausencia de un estilo de respuesta definido (en el que la persona es identificada como ambiguo).

La investigación mostró que en la mayoría de los casos, los sujetos responden como ambiguos¹. Esto supone una mayor indefinición a la hora de enfrentarse a la resolución de problemas, que puede mermar la eficacia del sujeto. Son personas que no han desarrollado un estilo consistente para enfrentar problemas o tomar decisiones. Como consecuencia de esto, las emociones tienden a ser inconsistentes: en ocasiones primará el pensamiento sobre la emoción, mientras que, en otros, a la inversa; se caracterizan por la imprevisibilidad.

✚ Proporción a : p

La relación de movimientos activos a movimientos pasivos (a:p) aporta dos tipos de datos: en lo que refiere a las características de la ideación del sujeto, entendiéndose como una medida de flexibilidad ideativa y en lo que refiere a las relaciones interpersonales, entendiéndose como propensión a asumir un rol más pasivo.

Cuando, como se ha detectado en el estudio, uno de los lados, independientemente del número, es el triple que el otro, hablamos de rigidez cognitiva, es decir, de una tendencia al pensamiento dogmático, a aferrarse

¹ Este punto es de crucial importancia, puesto que el EB ambiguo, la más de las veces, termina por definir su estilo a lo largo de una intervención psicoterapéutica (Sendín, 1998) y el único examinado que no poseía este tipo de EB fue, precisamente aquel cuyo tratamiento superaba los siete años de duración.

a los valores exageradamente, siendo muy difícil cambiar de punto de vista y aprender pautas de comportamiento nuevo.

En cuanto al modo de relacionarse, a diferencia de lo que habría cabido pensar antes de comenzar la investigación, se descubrió que hay una tendencia a asumir un rol más activo. Desde luego, este modo relacional se verá afectado por todos los elementos descritos previamente y, además, que la actitud denote iniciativa, no es condición necesaria ni garantiza que la relación sea positiva.

Presencia de Fd

Las respuestas de comida (Fd) típicamente indican la presencia de una orientación hacia la dependencia que puede afectar las relaciones interpersonales.

Los descubrimientos revelan que estos sujetos van a manifestar muchas más conductas de dependencia que lo esperable. Conciben con cierta ingenuidad sus relaciones interpersonales, esperando a que los demás atiendan sus demandas y busquen soluciones para sus propios problemas.

Recurrencias del 60%:

-  CDI positivo (problemas de inhabilidad social)
-  L alto (simplificación en el procesamiento de la información)
-  SumPondC disminuida (déficits en el manejo de los afectos)
-  COP disminuido (incapacidad de establecer vínculos sociales positivos)

- ✚ Predominancia de contenidos humanos desrealizados (percepción de los otros basadas más en la fantasía que en datos de la realidad)
- ✚ Blends bajos (poca complejidad psicológica, aparato psíquico no muy eficiente y/o integrado)
- ✚ T= 0 (no expresan las necesidades de cercanía y contacto tal como lo hace la mayoría de las personas)
- ✚ CCEE de Nivel 2 elevados (mayor grado de alejamiento de la realidad)

Recurrencias del 40%:

- ✚ DEPI positivo (presencia de cuadros depresivos)
- ✚ Afr disminuido (baja responsividad emocional)
- ✚ PTI positivo (presencia de trastornos en el pensamiento)
- ✚ SumBr6 elevada (aparición de lapsus, deslizamientos o fallas lógicas en la ideación)
- ✚ SumPond6 elevada (poca claridad del pensamiento conceptual, posible desorganización del mismo)

6.3.- Conclusiones

A pesar de las recurrencias y convergencias más arriba señaladas, no ha sido posible encontrar un patrón uniforme que abarque características comunes a todos los protocolos, permitiéndoles formar parte de una constelación específica de variables, que resulten en el diagnóstico claro y preciso del SA.

Sin embargo, sí se advirtieron hallazgos importantes en lo que respecta, sobre todo, a la problemática afectiva, la gran cantidad de aspiraciones en relación con la escasez de recursos para lograr dichas aspiraciones, las dificultades en el ajuste convencional de las percepciones y la madurez cognitiva del sujeto y el nivel de complejidad cognitiva.

Ahora bien, estas variables, alteradas individualmente, pueden estar presentes en cualquier protocolo, pero es su presencia conjunta y relacionada con los demás indicadores, lo que resulta en una pauta importante a tener en cuenta a la hora de encarar un diagnóstico. Lo que se quiere decir con esto es que, aunque la hipótesis no haya sido comprobada, frente a la dificultad que el diagnóstico del síndrome presenta, un Rorschach con las mencionadas variables alteradas, podría funcionar como un dispositivo más en la aproximación diagnóstica.

Sería sumamente interesante, para futuras investigaciones, alcanzar una muestra de tamaño significativamente mayor para verificar, optimizar o contrastar los resultados obtenidos en este trabajo. Asimismo, podrían tomarse aquellos resultados que no alcanzaron una constatación empírica (recurrencias de 40% y 60%) para determinar si se trata realmente de un hallazgo o si el tamaño de la muestra no hubo inferido en dichos resultados.

Finalmente, otro punto a tener cuenta es el del EB no definido, pues se hipotetizó que el único caso con un estilo de respuesta definido fue el de aquel paciente que realizó un tratamiento mayor a siete años, y muy posiblemente, en la comparación con otros examinados se pueda echar luz a esta cuestión.

7. Bibliografía

- ✚ Acklin, M.W.; Wu-Holt, P. (1996). Contributions of Cognitive Science to the Rorschach Technique: Cognitive and Neuropsychological Correlates of the Response Process. Journal of Personality Assessment, 67:1, 169 — 178.
- ✚ American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R). Washington DC: American Psychiatric Association. (Versión en español DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002)
- ✚ Asperger, H. (1944) Die "Autistischsn Psychopathen" im Kindesalter. Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117. (Versión inglesa en Frith, U. Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.)
- ✚ Atwood, T. (1998). Asperger's Syndrome. London: Jessica Kingsley Pub.
- ✚ Atwood, T. (2002). Síndrome de Asperger: una guía para la familia. Buenos Aires: Paidós
- ✚ Autism Society of America. (2006). El Síndrome de Asperger. [Documento WWW]. Recuperado el 22/08/2009 de: http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=espanol_asperger

- ✚ Belinchón Carmona, M. & Olivar Parra, J. (2003). Trastornos del Espectro Autista en Personas con (Relativo) Nivel de Funcionamiento: diferenciación funcional mediante análisis multivariado, Acción Psicológica 2, (3), 223-238.
- ✚ Bickel, R. 2007. Multilevel Analysis for Applied Research: It's Just Regression. Guilford Press.
- ✚ Bull, S. (2007). Asperger's Answers Revealed. E-book, Londres: Graham-Cox.
- ✚ Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico y Enfermedades Raras (2003). Informe final sobre el proyecto "Situación actual de la investigación del autismo en España y valoración de planes futuros." Instituto de Salud Carlos III- Obra Social Caja Madrid- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ✚ Child and Adolescent Health Measurement Initiative. (2007). National Survey of Children's Health, Data Resource Center for Child and Adolescent Health [Documento WWW]. Recuperado el 14/06/2009 de <http://www.nschdata.org>
- ✚ Craig1, J., & Baron-Cohen, S. (1999). Creativity and Imagination in Autism and Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29, (4), 319-326.

- ✚ Ehlers, S. & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome: A total population study. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 34 (8), 1327-1350.
- ✚ Exner, J. (1991) The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. 2. Interpretation (2^a. ed.). New York. Wiley
- ✚ Exner, J.E. (1994). El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo. Vol. 1: Fundamentos Básicos. Madrid: Psimática.
- ✚ Exner, J.E. Jr. (1995) Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo. (4^a ed.) Madrid: Psimática
- ✚ Fernández Olazábal, P. (2003). Caracterización del Sistema Comprehensivo. Conferencias de Diplomado en Estudios del Rorschach. Universidad de Camagüey, Cuba.
- ✚ Fernández Olazábal, P. (2004). Normas para la clasificación e interpretación del psicodiagnóstico de Rorschach en tres grupos poblacionales cubanos. Camagüey: Universidad de Camagüey.
- ✚ Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33 (4), 365-382.

-  Frith, U. (1991). Asperger and his Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.

-  Ghaziuddin, M., Leininger, L., & Tsai, L. (1995). Brief Report: Thought Disorder in Asperger Syndrome: Comparison with High-Functioning Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 25, (3), 311-317.

-  Gillberg, I. C. & Gillberg, C. (1989). Asperger Syndrome-Some Epidemiological Considerations: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 30(4):631–638

-  González Llana, M. (2006). Historia del método Rorschach y su desarrollo en la Escuela Americana: su enseñanza en Cuba. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 3(2).

-  Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. (2003). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

-  Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. (2004). La población con discapacidad en Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003, complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

- ✚ Klopfer, B. & Davidson, H. (1969). Técnica del Rorschach, Buenos Aires: Paidós.

- ✚ Klopfer, B. & Kelly, D. (1974). Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. Buenos Aires: Paidós.

- ✚ Martín Borreguero, P. (2004). Síndrome de Asperger: ¿Excentricidad o Discapacidad Social? Madrid: Alianza

- ✚ National Autism Society. (1988). El síndrome de Asperger. Estrategias prácticas para el aula. Guía para el aula. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco: 2002

- ✚ Office of Communications and Public Liaison of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2008). El Síndrome de Asperger. [Documento WWW]. Recuperado el 14/06/2009 de:
http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/El_sindrome_de_Aasperger.htm

- ✚ Pineda E., Alvarado E. & Hernández F. (1994). Metodología de la Investigación: universo y muestra”. Organización Panamericana de la Salud (2ª ed.).

- ✚ Rivière, A. (1996) El autismo. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales. Barcelona: Universidad abierta de Catalunya.

- ✚ Rorschach, H. (1942). Psicodiagnóstico. Buenos Aires: Paidós.

- ✚ Saade Gamboa, Y. (2005). El Método Rorschach como Instrumento de Evaluación Forense. [Documento WWW]. Recuperado el 16/06/2010 de: <http://www.psicologiajuridica.org/psj145.html>

- ✚ Sansosti, F.J., (2009). Promoviendo el desarrollo de habilidades sociales en niños con autismo a través del uso de tecnología basada en la computación. Presentación en el II Congreso Iberolatinoamericano de Trastornos Generalizados del Desarrollo, Córdoba, Argentina

- ✚ Sendin, C. (1998). Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo (3ª Ed. rev). Madrid: Psimática.

- ✚ Swedo, S. (2009). Report of the DSM-V Neurodevelopmental Disorders Work Group. [Documento WWW]. Recuperado el 11/09/2009 de: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/DSMVWorkGroupReports/NeurodevelopmentalDisordersWorkGroupReport.aspx>

- ✚ Valdez, D. (2001). Autismo. Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y de la educación. Buenos Aires: Fundec.

- ✚ Vázquez Orellana, N. (2003). La Enfermedad de Alzheimer a través del Psicodiagnóstico del Rorschach. Tarragona: Universidad Rovira I Virgili

- ✚ Veiga de Cabo, J., de la Fuente Díez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. [Documento WWW]. Recuperado el 16/08/2009 de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X200800100011&lng=es&nrm=iso

- ✚ Volkmar, F., Dykens, E., Glick, M.. (1991) Thought disorder in high-functioning autistic adults. Journal of Autism and Development Disorders, 21 (3):291-301

- ✚ Volkmar, F., Klin, A. & Pauls, D. (1998). Nosological and genetic aspects of Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, (5), 457-463.

- ✚ Volkmar, F., Lord, C. & Bailey, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 45 (1), 135-170.

- ✚ Weiner, I.B. (1995). Methodological considerations in Rorschach Research. Psychological Assessment, 7 (3), 330-337.

- ✚ Willock, I. (1992): Projection, Transitional phenomena and the Rorschach. Journal of Personality Assessment. 59, 99-116.

- ✚ Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: a clinical account. Psychological Medicine, 11, 115-129.

- ✚ World Health Organization (1992). Mental Disorders: A glossary and guide to their classification in accordance with the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). Ginebra: World Health Organization.

- ✚ Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, Doernberg N, Boyle C, & Murphy C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. Journal of the American Medical Association, 289 (1), 49-55.

Anexos y Apéndices

- I. Formularios del Sumario Estructural del Sistema Comprensivo de Exner
- II. Respuestas de los examinados y fase de encuesta.
- III. Hojas de Localización
- IV. Hojas de Codificación
- V. Hojas del Sumario Estructural
- VI. Hojas de Constelaciones y Tablas y Cálculos
- VII. Declaración de Consentimiento Informado