

PROBLEMAS CLÍNICOS QUE LIMITAN A CALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES E ADULTOS CON TEA E ALTO FUNCIONAMENTO (SÍNDROME DE ASPERGER): CARA A UNHA PROBA DE AUTOINFORME

Mercedes Belinchón Carmona¹, Natalia Blas Agüero²
e Javier Muñoz Bravo³

RESUMO

Preséntanse neste artigo os resultados da primeira fase dun estudo orientado ao deseño dunha ferramenta de autoinforme que facilite a identificación de problemas de saúde mental e do comportamento comórbidos ao Trastorno do Espectro do Autismo, en adolescentes e adultos con alto nivel de funcionamento (Síndrome de Asperger). A ferramenta non vai orientada ao diagnóstico ou á intervención clínica formal destes problemas senón a favorecer un mellor manexo destes na vida cotiá, tanto por parte dos familiares, profesionais e servizos implicados na mellora da calidade de vida destas persoas, como por elas mesmas. Tentamos así facilitar avanzar na busca de estratexias que axuden a comprender mellor o funcionamento e necesidades reais das persoas con esta condición, e a deseñar plans de apoio e metas persoais máis realistas.

- 1 Mercedes Belinchón Carmona é Doutora en Psicoloxía pola Universidade Complutense de Madrid, Profesora Titular de Psicoloxía Básica na Universidade Autónoma de Madrid e actual Co-Directora do Máster Propio UAM-FEAPS en “Apoyos a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias: Procesos psicológicos y Calidad de Vida” (e-mail: mercedes.belinchon@uam.es).
- 2 Natalia Blas Agüero é Licenciada en Psicoloxía pola UAM e titulada no Máster Propio UAM-FEAPS en “Apoyos a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias: Procesos psicológicos y Calidad de Vida” (e-mail: nat.aguero89@gmail.com).
- 3 Javier Muñoz Bravo é Licenciado en Psicoloxía pola UAM, Especialista en Psicoloxía Clínica e Colaborador do Centro de Psicoloxía Aplicada da UAM e do Máster Propio UAM-FEAPS en “Apoyos a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias: Procesos psicológicos y Calidad de Vida” (e-mail: jaran@cop.es).

Introducción

A saúde é un dereito humano fundamental e universal, incluído na Declaración Universal de Dereitos Humanos de 1948 e recoñecido en diversas normas internacionais que obrigan ós estados a xerar condicións para que todos os cidadáns poidan vivir o máis saudablemente posible, o que vai moito máis alá do mero feito de gozar dunha boa saúde (ver tamén a Declaración de Dereitos das Persoas con Discapacidade de Nacións Unidas promulgada en 2006). A pesar diso, as persoas con discapacidades do desenvolvemento seguen sufrindo certa discriminación na súa atención sanitaria, o que con frecuencia se traduce nun menor uso de, e unha peor atención nos servizos de atención primaria e especializada, en demoras e erros significativos en canto á detección e diagnóstico dos seus problemas e, en xeral, nun peor estado de saúde física e mental que o da poboación xeral (ver, por exemplo, en relación coa saúde das persoas con discapacidade intelectual, Muñoz y Marín, 2005; Martínez-Leal, Salvador-Carulla, Ruiz, Nadal, Novell-Alsina, Martorell, González-Cordón, Mérida-Gutiérrez, Ángel, Milagrosa-Tejonero, Rodríguez, García-Gutiérrez, Pérez-Vicente, García-Ibáñez y Aguilera, 2011; Muñoz, Fernández, Belinchón, Sellán, Díaz, Hernando y Muñoz, 2014; e tamén unha análise dos factores que causan e contribúen a manter esta discriminación en Krahn, Hammond e Turner, 2006).

As persoas con Trastorno do Espectro do Autismo e alto nivel de funcionamento (persoas con Síndrome de Asperger –en diante, pcSA–) non constitúen unha excepción neste aspecto a pesar das súas boas capacidades cognitivas e lingüísticas. Diversas publicacións (p. e., Powell, 2002; Belinchón, Hernández e Sotillo, 2008) documentaron que este colectivo frecuenta tamén pouco os servizos sanitarios aínda presentando problemas frecuentes e significativos de saúde física e mental, o que podería explicarse, por unha banda, porque lles resulta difícil identificar e categorizar os sinais propioceptivos do malestar (e os seus estados internos, en xeral), e, por outra, porque teñen dificultades para comunicarse dun modo pragmaticamente eficaz con outras persoas (o que inclúe, obviamente, ós propios profesionais sanitarios que os atenden nas consultas e servizos sanitarios). No ámbito específico da saúde mental, ademais, son numerosas as evidencias de que existe unha prevalencia elevada de trastornos comórbidos ou asociados⁴ que comezan a facerse evidentes sobre todo a partir da adolescencia, e que poden acentuar e/ou enmascarar os síntomas nucleares do SA/TEA (Ghazziuddin, 2005; Raja y Azzoni, 2008; Hofvander,

4 O concepto de comorbilidade fai referencia á “asociación entre dúas ou máis condicións [patolóxicas que] poden estar causalmente relacionadas ou non (Ghazziuddin, 2002, p.139). No seu sentido máis laxo e común, o concepto indica a concorrencia de dous ou máis trastornos, sen presupoñer nada sobre a súa relación funcional.

Anckarsärer, Chaste, Delorme, Gillberg, Herbrecht, Leboyer, Nydén, Rastam, Stanhlberg, Stopin y Wentz, 2009; Paula y Martos, 2009; Paula, Martos y Llorente, 2010; Ruta, D'Arrigo, Mazzone y Mugno, 2010; Bloigu, Ebeling, Haapsamo, Hurting, Joskitt, Jussila, Kielinen, Kuusikko-Gauffin, Linna, Mattila, Moilanen y Pauls, 2010; Arrasate-Gil, López-Peña y Martínez-Cengotitabengoa, 2011).

No estudo realizado no noso país por Belinchón, Hernández e Sotillo (*op.cit.*), recolléronse datos de 78 familias e 20 pcSA maiores de 16 anos que revelaban que o 66,7 % deste grupo tomaba algún psicofármaco, aínda que só o 33,3 % dese grupo declarou contar cun diagnóstico clínico formal dos seus problemas. No 50 % dos casos, o diagnóstico deuse no mesmo ano que o de SA; no 80 % foi anterior e só nun caso foi posterior ao de SA. En todos os casos, os diagnósticos de SA e psiquiátricos foron emitidos desde servizos/centros distintos, polo que non é posible determinar se son diagnósticos realmente duais. O 90 % dos pais con fillos maiores de 16 anos aos que formalmente se lles diagnosticaran problemas comórbidos, e o 69 % dos propios compoñentes deste grupo entrevistados, declararon recibir ou estar a recibir algún tratamento psicoterapéutico non farmacolóxico, con periodicidade moi dispar (o 78 % semanal ou quincenalmente nun gabinete psicolóxico, o 22 % quincenal ou mensualmente na consulta privada dun psiquiatra, o 67 % visitaba ocasionalmente, pero sen periodicidade definida, un centro de saúde mental). A valoración que fixeron estes pais da utilidade dos tratamentos recibidos resultou bastante negativa (75 % considerouna “pouco útil” e 12,5% “inútil”). Con todo, os propios usuarios deron unha valoración positiva (o 72,2 % considerábaa “moi útil” ou “bastante útil”, argumentando que o tratamento mellorou as súas capacidades persoais (67 %), que lles axudou en xeral (67 %), que lles deu apoio emocional (44 %), que lles serviu para diminuír a súa ansiedade (11 %), e que lles serviu para resolver problemas (11 %). Doutra banda, o 66,6 % dos pais cuxos fillos non recibían ou non recibiran tratamento psicoterapéutico (aínda tendo diagnósticos psiquiátricos adicionais ao de SA) indicou non consideralo necesario; o 33 % restante valorouno como necesario pero dixo non saber como ou onde buscalo. O 50 % dos pais de pcSA con outros problemas de saúde mental diagnosticados informou que leva o seu fillo a algún servizo psiquiátrico de urxencia polo menos nunha ocasión (por depresión, angustia/obsesións, episodios psicóticos, episodios de descontrol/desequilibrio, e agresividade). Finalmente, entre as necesidades expresadas tanto polos familiares como polos profesionais neste estudo, destacaron: (1) a necesidade de lles facilitar aos profesionais dos servizos de saúde mental máis formación sobre o SA, o funcionamento destas persoas e os modos máis eficaces de atenderlles nas consultas; (2) a necesidade das familias de dispoñer de máis información e pautas de actuación en relación con estes problemas comórbidos; (3) a necesidade de xerar

estratexias de prevención (p. e., das crises de ansiedade), e (4) a necesidade de ampliar os recursos de apoio que permitan afrontar eficazmente os problemas de saúde mental e as súas consecuencias, tanto nas situacións de crises como no resto de situacións, e tanto nos servizos sanitarios especializados como no conxunto das contornas nos que habitualmente se desenvolve a persoa (familia, centros educativos e de emprego etc.).

Formulación

No presente traballo, partimos da idea de que presentar problemas ou trastornos de saúde mental (1) é unha situación extremadamente significativa na vida de calquera *persoa* e dos seus achegados, que limita, condiciona e pode chegar a distorsionar gravemente o modo en que a persoa percibe, interpreta e actúa en *os distintos ámbitos da súa vida cotiá*; (2) é unha situación que, a tenor do mandato das normas internacionais, debería poder ser diagnosticada e tratada adecuadamente *tamén* no caso das pcSA; (3) é unha situación que, como vimos, *non* parece ser a excepción senón a regra nas pcSA; (4) é unha situación que segue estando *escasa e/ou erroneamente diagnosticada* nas pcSA, o que está supoñendo que, en moitos casos, os problemas *non están sendo tratados* en servizos ou por profesionais especializados en saúde mental, e que as familias e achegados, e as propias pcSA, *carecen de pautas e orientacións específicas* sobre como anticipar ou como actuar en relación con estes problemas; (4) é unha situación por si mesma *indeseixable*, na medida en que (a) incrementa os de por si xa altos niveis de ansiedade e estrés que experimentan as pcSA e con outras discapacidades do desenvolvemento, (b) pode provocar á súa vez problemas de saúde mental de familiares e profesionais, (c) vai en detrimento de a calidade de vida persoal e familiar, e (d) limita a posible efectividade dos programas de intervención ou de apoio (Baxter, Cummings e Yiolitis, 2000; Hastings 2002; Orsmond et ao. 2003; Most, Fidler, Lafforce-Booth e Kelly, 2006; Baker, Seltzer e Greenberg, 2012; Griffith e Hastings, 2014).

Por todo iso, propuxémonos elaborar unha *proba de autoinforme* que poida facilitarlles ás pcSA e aos seus familiares a identificación dos trastornos ou problemas clínicos que máis dificultan ou interfieren o funcionamento destas persoas na súa vida cotiá, e o seu obxectivo último é non tanto o diagnóstico clínico *formal* de problemas específicos, senón *a toma de conciencia sobre a súa eventual diversidade na persoa e a toma de decisións conxuntas* (dos familiares, os profesionais e as propias pcSA) sobre como afrontar as consecuencias cotiás de tales problemas e como deseñar plans persoais de apoio máis efectivos (Mohr, Curran, Coutts e Dennis, 2002). A información solicitada desta forma cremos que podería ser útil, en primeiro lugar, para as propias

pcSA, porque lles permitiría analizar e valorar introspectivamente, sen préesas e fóra da (case sempre moi estresante) contorna de consulta “clínica”, elementos dos seus comportamentos, e das súas emocións e crenzas asociadas, que interfíren no seu funcionamento cotián; esta identificación, consideramos que é conveniente, con independencia de que os problemas presentes cumpran ou non os criterios diagnósticos propostos polos actuais sistemas de clasificación diagnóstica (APA, 2013; OMS, 1992), e con independencia tamén de que fosen obxecto previamente (ou non) dun diagnóstico clínico formal. En segundo lugar, cremos que esta estratexia resultaría útil tamén para os propios familiares, profesionais e, en xeral, achegados da pcSA máis activamente implicados no deseño e posta en marcha dos seus plans persoais de apoios, porque, ademais de permitirilles *explicitar, organizar e compartir* unha información que ao noso xuízo resulta esencial para poder comprender o funcionamento real da persoa (de calquera persoa) nos distintos contextos, facilitaríalles conseguir orientacións específicas para afrontar mellor estas cuestións e incorporar de modo efectivo tales orientacións no plan de apoios.

A ferramenta de autoinforme, aínda que ten algúns inconvenientes, constitúe un método de avaliación da experiencia subxectiva e as respostas cognitivas do individuo tan adecuado e válido como outras estratexias de avaliación (ver De Las Cuevas e González de Rivera, 1992). O uso de autoinformes con persoas con TEA é tamén controvertido (Mazefsky, Kao e Oswald, 2011), aínda que, en distintos traballos, adolescentes e adultos con boa capacidade verbal e un nivel de funcionamento relativamente alto (pcSA) parece que autoinformaron adecuadamente sobre os seus puntos fortes e os seus puntos débiles (p. e., Blackshaw, Kinderman, Hare e Hatton, 2001; Berthoz e Hill, 2005; Farrugia e Hudson, 2006; MacNeil, Lopes e Minnes, 2009; Spek, Scholte e Van Berckelaer-Onnes, 2011; White, Kreiser, Pugliese e Scarpa, 2012).

Procedemento

Deseñouse un procedemento de elaboración desta ferramenta consistente en tres fases: (1) selección preliminar dos tipos de problema e indicadores obxecto de valoración no autoinforme; (2) reformulación e comprobación estatística da validez de contido dos indicadores da proba, e (3) comprobación da facilidade/dificultade de comprensión, e da fiabilidade da proba, tanto por grupos de profesionais como de familiares e de pcSA. Neste traballo, só se comentan os resultados da fase 1.

Selección dos posibles tipos e indicadores de problema obxecto do autoinforme

En primeiro lugar, levouse a cabo unha selección preliminar dos posibles obxectivos da valoración, organizados por categorías *de problemas e indica-*

dores condutuais, a partir dunha revisión crítica e exhaustiva de fontes documentais entre as que se atopaban o Manual DSM-5 (APA, 2013) e traballos referidos ao SA e a súa comorbilidade psiquiátrica (capítulos de libros e artigos publicados en revistas científicas, localizados na base de datos Psycinfo). Como xa se indicou máis arriba, o obxectivo foi cubrir unha ampla mostra de problemas máis que profundar nun tipo de problema específico (p. e., ansiedade, pensamentos autolíticos ou outros).

Tras contrastar esta primeira listaxe cun psicólogo especialista na atención clínica a pcSA (Javier Muñoz) e eliminar diversos ítems, as categorías e indicadores resultantes sometéronse á opinión dun grupo de 5 novos expertos, tamén en dúas fases⁵. Na primeira, os expertos valoraron a través dun cuestionario a *relevancia* para esta ferramenta de cada unha das categorías e ítems propostos, mediante unha escala tipo Likert de 1 a 4. Nese primeiro cuestionario, solicitóuselles tamén (a) que valorasen globalmente a pertinencia do deseño dunha ferramenta de autoinforme (tamén nunha escala tipo Likert de 1 a 4), e (b) que propuxesen outras categorías e/ou indicadores que, ao seu xuízo, resultaría tamén relevante incluír nesta ferramenta. Na segunda fase, os elementos propostos por estes profesionais recolléronse nun segundo cuestionario, que foi enviado e avaliado cos mesmos criterios que o anterior, polo mesmo conxunto de 5 expertos⁶.

Resultados e discusión

No Anexo 1 (paxinas 54, 55 e 56), preséntase a listaxe dos ítems dos cuestionarios 1 e 2 (categorías e indicadores) cuxa relevancia para unha ferramenta de autoinforme valorouse con polo menos 2 puntos (sobre un máximo posible de 4). Os ítems/indicadores desta listaxe, co que conclúe a fase 1 deste traballo, deberán ser aínda reformulados e validados estatisticamente con grupos máis amplos de profesionais, familiares e pcSA. Con todo, *grosso modo*, permiten facer algúns comentarios.

5 O noso agradecemento máis sincero a Pilar Martín Borreguero (H. Reina Sofía-Córdoba), Juana M^a Hernández (Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo-Madrid), María Merino (Autismo-Burgos), Vicente Sánchez (H. Reina Sofía-Córdoba) e Jesús Sánchez (Ubica-Madrid).

6 Sen dúbida, un grupo composto por só 5 expertos pódese considerar exíguo. Porén, aínda non existen no noso país tantos profesionais que posúan formación clínica acreditada e experiencia no apoio directo (psicoterapéutico e/ou educativo) a pcSA adolescentes e adultas e aos seus familiares. Belinchón, Hernández e Sotillo (2008) facíanse eco desta situación e da necesidade de que os profesionais que traballan con estes colectivos nas organizacións e servizos non sanitarios amplien a súa formación nestes temas e a súa coordinación cos especialistas do ámbito clínico (quen, a súa vez, recoñeceron tamén no mesmo estudo que deberían mellorar o seu coñecemento sobre as pcSA e as súas singularidades funcionais).

En primeiro lugar, comprobamos que as tres categorías de problemas que obteñen as puntuacións máis altas coinciden coas problemáticas mencionadas máis repetidamente na literatura, pero sobre as que, ata moi recentemente, non existían directrices nin orientacións que puidesen ser aplicadas polos profesionais e os familiares nas contornas habituais nos que se desenvolven as pcSA (e con outras formas de TEA). Por sorte, un texto específico (Paula, 2015) veu a cubrir parcialmente, pero con grande eficacia, esta importante lagoa.

En segundo lugar, comprobamos que os expertos consultados propuxeron primeiro, e valoradas como relevantes para esta ferramenta de autoinforme despois, problemáticas que apenas son mencionadas nas revisións sobre comorbilidade psiquiátrica do SA debido á súa baixa prevalencia estatística. Unha formulación centrada nas persoas e orientada a identificar os problemas que lles afectan na súa vida cotiá, con todo, facilita recoñecer que estes problemas tamén afectan en formas moi significativas a algunhas pcSA, polo que interesa asegurar que en ningún caso pasen desapercibidos ou resultan ignorados por quen tenta mellorar a calidade de vida persoal e familiar deste colectivo.

É moi posible en calquera caso que os indicadores referidos a problemáticas pouco frecuentes aparezan debido a que se traballou cunha mostra de expertos moi pequena e que na fase 2 de reformulación e comprobación estatística da validez de contido dos indicadores da proba sexan desestimados como indicadores do autoinforme final.

Finalmente, comprobamos e valoramos moi positivamente que o número de categorías e de indicadores é bastante reducido xa nesta primeira fase. Isto fai-nos ser optimistas na previsión de terminar presentando unha ferramenta de autoinforme que poida alcanzar os seus obxectivos (identificación dos trastornos ou problemas clínicos que máis dificultan ou interfíren o funcionamento cotián das pcSA), a través dun formato manexable que non requira un tempo elevado para a súa realización.

Doutra banda, a puntuación media dada á pregunta de se consideraban útil unha ferramenta de autoinforme para os fins foi de 3,6 (tamén sobre unha escala de 4). Este resultado avala a nosa impresión de que é urxente desenvolver ferramentas que axuden a romper a brecha que aínda se detecta (polo menos no noso país) entre a atención que lles ofrecen os especialistas clínico-sanitarios ás pcSA e as súas familiares respecto “destoutros” problemas asociados ou comórbidos ao SA (aínda minoritaria e irregular) e a atención que ofrecen os organizacións e servizos de apoio, desde enfoques cada vez máis centrados nas propias persoas e as súas familias, en contornas cada vez máis diversas e inclusivas, e con metodoloxías cada vez máis colaborativas. Ferramentas como a que pretendemos desenvolver, ademais, cremos que facilitarían, tamén, a coordinación dentro e entre os servizos sanitarios e educativos (especialmente, nal-

gunhas áreas da nosa xeografía e algunhas contornas –p. e., localidades pequenas e algunhas comunidades– onde a dita coordinación é aínda insuficiente).

Contar só cunha mostra moi reducida de expertos (N=5) non permite, obviamente, extraer conclusións moito máis definitivas, pero si, polo menos, confirmar que urxe seguir avanzando cara a enfoques que incorporen e aborden aspectos tan significativos do funcionamento das pcSA (e de calquera persoa) como poidan ser os problemas, nunca insignificantes ou irrelevantes, de comportamento e saúde mental.

ANEXO 1

CATEGORÍA	Media puntuacións. Relevancia da categoría para a ferramenta	INDICADOR	Media puntuacións. Relevancia do indicador para a categoría
<i>ANSIEDADE</i>	3,9	Temor acusado e evitación persistente dun gran número de situacións sociais e actuacións públicas. Os temores son irracionais e excesivos.	3,8
		Fobias específicas a animais, lugares...	3,5
		Resistencia/rexeitamento persistente a saír lonxe de casa, ao traballo ou a outro lugar por medo á separación (non por resistencia aos cambios, inflexibilidade), por preocupación excesiva a que un acontecemento adverso cause a separación da figura de apego.	3
		Non falar en situacións sociais específicas nas que existe expectativa por falar, a pesar de facelo noutras situacións.	3
<i>DEPRESIÓN</i>	3,8	Diminución importante do interese ou pracer polas afeccións/intereses específicos/habituais, a maior parte do día ou case todos os días.	3,2
		Sentimentos de angustia, tristura e soidade.	3,2
		Sentimentos negativos sobre o pasado, presente e futuro.	3
<i>TRASTORNOS DISRUPTIVOS DO CONTROL DE IMPULSOS</i>	3,8	Respostas desmedidas e excesivas, produto da impulsividade, caracterizadas pola perda de control ante situacións e/ou persoas que provocan ansiedade no suxeito.	3,8

<i>ABUSO ESCOLAR OU LABORAL</i> ⁷	3,6	Acoso, burlas e intimidación por parte doutros	----
		Ser obxecto de maltrato verbal e humillacións.	----
		Ser excluído adrede das actividades dos compañeiros ou outras persoas do ámbito social propio.	-----
<i>ALTERACIÓNS SENSORIAIS</i>	3,6	Aumento da percepción selectiva ante determinados estímulos auditivos, visuais, táctiles, de olor ou sabor.	3,6
<i>TRASTORNOS SONO-VIXILIA</i>	3,5	Dificultade para iniciar e/ou manter o sono.	3,5
<i>TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO</i>	3,4	Compulsións: comprobación, limpeza, contabilizar...	3,5
		Condutas ou actos mentais repetitivos como resposta a unha obsesión ou regras de aplicación rixidas, o obxectivo da cal previr é ou reducir ansiedade/males-tar, evitar sucesos temidos; estas condutas son clara-mente excesivas e non son pranteiros nin funcionais. Vívense como algo imposto dende fóra.	3,5
		Obsesións: de contaminación, agresión, sexuais, so-máticas, relixiosas, supersticións...	3
		Pensamentos, impulsos, imaxes recorrentes e persis-tentes, non desexadas nin pranteiras, que xeran ma-les-tar/ansiedade. O suxeito intenta ignorar/suprimir/neutralizar con outro pensamento ou conduta (compulsión).	3
		Acumulación de obxectos (Diógenes).	2,8
<i>ALTERACIÓNS NA ATENCIÓN</i>	3,2	Dificultades intensificadas para centrar a atención (selectiva, sostida...)	3,4
<i>AXITACIÓN</i>	3	Axitación psicomotora (actividade sen obxectivo)	3
		Aumento das condutas auto estimulatorias	2,2
		Aumento dos movementos estereotipados	2
<i>TRASTORNO DE PERSONALIDADE PARANOIDE</i>	3	Desconfianza e suspicacia xeral	3,2
<i>HIPOCONDRIA</i>	3	Somatización.	3
		Queixas por dores de articulacións sen patoloxía orgánica aparente.	2,75
<i>FROTRISMO</i>	2,8	Necesidade de fregarse cunha persoa específica en contra da súa vontade.	3

7 Non se someteron a valoración os indicadores específicos desta categoría, proposta por algúns expertos ao cubrir o Cuestionario 2.

<i>TRASTORNO ADAPTATIVO</i>	2,8	Sentimento irracional de abandono ante a ausencia da figura de referencia, malestar excesivo a cambios de domicilio.	2,6
<i>PENSAMIENTO AUTOLÍTICO</i>	2,6	Ideación suicida.	2,8
		Pensamentos de morte recorrentes.	2,6
<i>ACTIVIDADE XERAL</i>	2,6	Aumento das actividades con obxectivo (propositiva).	2
<i>DO</i>	2,6	Negación da perda.	2,2
<i>TRASTORNOS RELACIONADOS COA ALIMENTACIÓN, O PESO E A IMAXE CORPORAL</i>	2,6	Perda ou aumento involuntario de peso de máis do 5 % que non se debe ao propósito de modificar a imaxe corporal (pode ser debido a trastorno do estado de ánimo)	3
		Alteración do apetito.	2,4
		Dieta vexetariana radical como conduta propositiva para diminuír peso, como consecuencia de alteracións na imaxe corporal.	2,2
		Necesidade obsesiva de realizar exercicio físico para mellorar o aspecto corporal, e modificación da alimentación cara a unha dieta hiperproteica.	2,1
<i>ADICCIÓNS</i>	2,4	Inverter a maioría do tempo na realización dunha actividade concreta (xogos, ordenador, consola ou outros).	3,5
		Esforzos repetidos sen éxito de reducir/abandonar o xogo/actividade.	2,2
<i>TRASTORNO PSICÓTICO</i>	2,2	Comportamento desorganizado ou catatónico. Comportamentos bizarros.	2,5
		Delirios (de persecución, usurpación da identidade, grandiosidade, relixión, inserción de pensamento, control externo do pensamento, nihilista (ou delirio de negación da existencia dos demais, dun mesmo ou de partes dun mesmo), de referencia (crenza de que todos os acontecementos que suceden se refiren a un mesmo)...	2,4

Bibliografía

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Arrasate-Gil, M., López-Peña, P. y Martínez-Cengotitabengoa, M. (2011). Una reflexión sobre el Síndrome de Asperger y la comorbilidad con los trastornos psicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 39, 66-68.
- Baker, J., Seltzer M. y Greenberg J. (2012). Behaviour problems, maternal internalising symptoms and family relations in families of adolescents and adults with fragile X syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research* 56, 984–995.
- Baxter, C., Cummings R. A. & Yiolitis L. (2000) Parental stress attributed to family members with and without disability: a longitudinal study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 25, 105–118.
- Belinchón, M., Hernández, J.M. y Sotillo, M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger: funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: CPA Eds.
- Berthoz, S., & Hill, E. L. (2005). The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. *European Psychiatry*, 20(3), 291-298.
- Blackshaw, A. J., Kinderman, P., Hare, D. J., & Hatton, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5(2), 147-163.
- Bloigu, R., Ebeling, H., Haapsamo, H., Hurting, T., Joskitt, L., Jussila, K., Kieilinen, M., Kuusikko-Gauffin, S., Linna, S.L., Mattila, M.L., Moilanen, I. y Pauls, D.L. (2010). Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-functioning Autism: A Community and Clinic-based Study. *J Autism Dev Disord*, 40, 1080–1093.
- De Las Cuevas, C. y González de Rivera, J.L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales Psiquiatría*, 8, 362-366.
- Farrugia, S. y Hudson, J. (2006). Anxiety in adolescents with Asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems, and life interference. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 25-35.
- Ghazziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger Syndrome*. Londres: Jessica Kingsley Publishers
- Griffith, G. y Hastings, R. (2014). ‘He’s hard work, but he’s worth it’. The experience of caregivers of individuals with intellectual disabilities and challenging behaviour: A meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities : JARID*, 27(5), 401-419. doi:10.1111/jar.12073

- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(3), 149-160.
- Hofvander, B., Anckarsäerer, H., Chaste, P., Delorme, R., Gillberg, C., Herbrecht, E., Leboyer, M., Nydén, A., Rastam, M., Stanhlberg, O., Stopin, A. y Wentz, E. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BCM Psychiatry*, 9, 35.
- Krahn, G.L., Hammond, L. y Turner, A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 12, 70-82.
- MacNeil, B., Lopes, V. y Minnes, P. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 1-21.
- Martínez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Gutiérrez-Colosía, M. R., Nadal, M., Novell-Alsina, R., Martorell, A. y Aguilera-Inés, F. (2011). La salud en personas con discapacidad intelectual en España: Estudio europeo POMONA-II. *Revista de Neurología*, 53(7), 406-414-
- Mazefsky, C. A., Kao, J., y Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164-174.
- Mohr, C., Curran, J., Coutts, A., y Dennis, S. (2002). Collaboration-together we can find the way in dual diagnosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2), 171-180. doi:10.1080/016128402753542794
- Most D. E., Fidler D. J., Laforce-Booth C. y Kelly J. (2006). Stress trajectories in mothers of young children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research* 50, 501-514.
- Muñoz, J. y Marín, M. (2005). Necesidades sanitarias de las personas con discapacidad intelectual y sus familias. *Siglo Cero*, 36 (3) nº215, 5-24.
- Muñoz, J., Fernández, A., Belinchón, M., Sellán, C., Díaz, M.L., Hernando, M.F. y Muñoz, S. (2014). *Discapacidad intelectual y salud: Derechos, desigualdades, evidencias y propuestas*. Madrid: Feaps.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orsmond G., Seltzer M., Krauss M. y Hong J.(2003). Behaviour problems in adults with mental retardation and maternal well-being: Examination of the direction of effects. *American Journal on Mental Retardation* 108, 257-271.
- Paula, I. (2015). *La ansiedad en el autismo*. Madrid: Alianza.

- Paula, I. y Martos, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: Comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*, vol. 48, Supl. 2, pp. 31-34.
- Paula, I., Martos, J. y Llorente-Comí, M. (2010). Alexitimia y síndrome de Asperger. *Revista de Neurología*, vol. 50, S3, pp. S85-S90.
- Powell, A. (2002). *Taking responsibility. Good practice for services to adults with Asperger syndrome*. Londres: The National Autistic Society.
- Raja, M. y Azzoni, A. (2008). Comorbidity of Asperger's syndrome and bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 26, 285-293.
- Ruta, L., D' Arrigo, V.G., Mazzone, L. y Mugno, D. (2010). Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 17-24.
- Spek, A. A., Scholte, E. M., y Van Berckelaer-Onnes, I. A. (2011). Local information processing in adults with high functioning autism and Asperger syndrome: The usefulness of neuropsychological tests and self-reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 859-869.