



Universitat Autònoma
de Barcelona

Estudio del Síndrome de Asperger desde la perspectiva psicológica forense.

Un estudio sobre la percepción jurídica del Síndrome,
aspectos cognitivos, clínicos y aproximación a la valoración
psicológica forense.

Autora de la Tesis: Elena Garrido Gaitán

Directora de la Tesis Doctoral: Dra. Dolors Sáiz i Roca

Programa de Doctorado en Percepción, Comunicación y Tiempo
Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de a Educación
Facultad de Psicología - Universidad Autònoma de Barcelona
Barcelona, Noviembre de 2015

A Anna, Maria y Laia Jin Bin

*"Nadie es como otro. Ni mejor ni peor. Es otro.
Y si dos están de acuerdo, es por un malentendido"*
(Jean Paul Sartre 1905 - 1980), filósofo y escritor francés.

Agradecimientos

Me gustaría poder empezar agradeciendo su colaboración a las personas sin las que, con toda seguridad, esta tesis no se hubiera podido realizar: A todas las familias de afectados por el Síndrome de Asperger, a los profesionales y a los propios afectados que han dedicado generosamente un tiempo de su vida cotidiana a rellenar esta encuesta que tanto ha ayudado para el estudio. Prometo devolveros el favor en forma de especialización profesional para ayudar a todas aquellas personas que necesiten un asesoramiento o un consejo para abordar circunstancias difíciles que espero no os ocurran. No tengo palabras para agradecer el esfuerzo de José Antonio Peral y de la Federación de Asperger España por el cariño que han puesto en hacer extensiva la colaboración de los afiliados. Gracias a todas las Asociaciones y Federaciones Autonómicas por haber contribuido de la forma en la que lo habéis hecho, así como por invitarme a vuestros congresos y jornadas a los que seguiré asistiendo sin duda ante cualquier ofrecimiento. Agradecer, también, a las Fuerzas de Seguridad del Estado su compromiso en responder a mi demanda de ayuda, en especial a Mossos d'Esquadra por haberme recibido con tanta profesionalidad y por su sensibilidad ante este colectivo.

A todos los profesionales han contribuido con su sabiduría a mejorar mi estudio, desde compañeros de profesión a colegas de universidad pasando por maestros, psicólogos y otros especialistas pero en especial desearía mencionar a Raquel González Buisán por animarme a emprender el doctorado, a Rocío Pina Ríos por compartir tu camino conmigo, a Sergi Mora Montserrat por todo lo que sabes, por lo que me enseñas y por ser un excelente analista, a Margarita Sardà Frouchtman por ilustrarme tan bien sobre los Trastornos del Espectro Autista, por revisarte todas mis encuestas y haber hablado conmigo del Síndrome de Asperger en otros países del mundo.

A mis padres profesionales, la Dra. Dolors Sáiz i Roca y el Dr. Miguel Ángel Soria Verde, por ayudarme encontrar mi espacio en el ámbito académico y forense, y por dejarme crecer profesional y personalmente con vuestras enseñanzas. A la Dra. Milagros Sáiz i Roca, por animar siempre a todos tus "niños" a seguir luchando, te recordaremos siempre. Al Dr. Josep Cid Moliné, por acogerme con tanto cariño y profesionalidad en las filas del Grado de Criminología y tenerme tan presente en momentos importantes. A los miembros del tribunal de esta tesis doctoral, por leer este trabajo y acceder a formar parte de la valoración.

A toda mi familia, en especial a mis padres Pascual y Ana, a mis tres sobrinas que nunca dejan de sorprenderme, y a mis hermanos mayores Susana y Vicente por interesarse por el contenido de mi tesis doctoral y admirarse siempre por mis logros académicos con la misma intensidad como cuando traía a casa las notas de EGB, para recordarme luego que sigo siendo la pequeña. A mis amigos y amigas que se han interesado por la tesis, por el Síndrome y por animarme ante este reto.

Y por último a David Paredes, por compartir tu tiempo y tu amor conmigo y por animarme siempre en todos los aspectos de mi vida.

Resumen

En este trabajo se realiza un estudio integral sobre el Síndrome de Asperger y el trato que el mismo recibe a nivel forense y judicial en nuestro territorio.

Así, se realiza un estudio sobre el propio Síndrome, intentando comprender mejor su realidad a nivel de diagnóstico, de prevalencia y etiología así como sus comorbilidades y aspectos de carácter cognitivo, para poder avanzar a una mayor comprensión de los aspectos vinculados con el entorno forense en caso de que los afectados por este trastorno se vean implicados en procesos de carácter judicial y/o policial.

Por otro lado, se realiza una aproximación a la realidad de las personas afectadas por este Síndrome, teniendo en cuenta su propia visión de sus circunstancias así como la opinión de sus familiares y profesionales especialistas en este Síndrome, a fin de arrojar luz sobre la posibilidad de que este trastorno presente unos elevados índices de cifra negra en cuanto a la implicación en agresiones que no estén siendo notificadas; así como para obtener información sobre procesos de agresión a otros o procesos en los que los afectados hayan sufrido algún tipo de victimización.

El objetivo, por tanto, es comprender mejor la realidad del Síndrome para plantear un óptimo afrontamiento del mismo por parte de los agentes implicados en los procesos forenses, policiales y judiciales, generando un sistema que acoja la propia idiosincrasia del Síndrome como parte del proceso.

Palabras Clave: Síndrome Asperger, Psicología Forense, Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Evaluación Forense

Abstract

This paper presents a comprehensive study of Asperger's Syndrome and the forensic and legal treatment that receives in our Country.

Thus, we focus our study on the syndrome itself, trying to understand its diagnostic reality, prevalence and etiology, comorbidities and cognitive aspects, so we can progress to a greater understanding of the issues related to the forensic, legal or police environment for those affected by this disorder and who are involved in legal processes.

On the other hand, we make an approach to the reality of the people affected by this syndrome, focusing in their own view of their circumstances and the opinions of their families and specialists in this syndrome, in order to shed light on the possibility that this disorder present high rates of attacks that are not being reported (in which those affected have suffered some type of victimization or, or that they have committed non reported attacks).

The aim, therefore, is to understand properly the reality of the syndrome to create a proper answer by those involved in forensics, law enforcement and judicial processes, creating a system that embraces the idiosyncrasies of the syndrome as part of the process.

Keywords: Asperger Syndrome, Forensic Psychology, Autism Spectrum Disorders, Autism, Forensic Assessment

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Prólogo	4
2. Aspectos conceptuales del Síndrome de Asperger	8
2.1. Evolución Histórica del Síndrome de Asperger (SA)	8
2.2. Etiología y Prevalencia	10
2.2.1. Etiología	10
2.2.2. Prevalencia	11
2.3. Diagnóstico	12
2.3.1. Criterios diagnósticos de la APA	12
2.3.2. Criterios diagnósticos Gillberg	18
2.3.3. Criterios diagnósticos de Rivière	19
2.3.4. Criterios diagnósticos de Gray, Atwood y Holliday-Willey	20
2.3.5. Comparativa y resumen diagnóstico	21
2.4. Áreas básicas de afectación	23
2.4.1. Área Social	23
2.4.2. Rutinas y Rigidez	24
2.4.3. Funciones Ejecutivas	25
2.5. Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial	34
2.6. Aspectos Evolutivos	39
2.7. Teorías Explicativas	41
2.7.1. La Teoría de la Mente	41
2.7.2. La Teoría del Déficit en la Función Ejecutiva	43
2.7.3. La Teoría de la Disfunción del Hemisferio Derecho	44
2.8. Pronóstico	44
3. El Síndrome de Asperger en el Ámbito Forense	46
3.1. Aspectos esenciales de la valoración psicológica forense	46
3.2. Valoración forense de casos de carácter penal en afectados por SA	46
3.2.1. Valoración de agresores diagnosticados con SA	48
3.2.2. Valoración de testigos y víctimas diagnosticados con SA	52
4. Método	58
4.1. Objetivos	58
4.2. Participantes y áreas de estudio	59
4.3. Materiales	60
4.4. Procedimiento y Diseño	61

5. Resultados relacionados con el ámbito judicial	63
5.1. Análisis de Jurisprudencia relacionada con el SA en España	63
5.1.1. Conceptos Introdutorios	63
5.1.2. Jurisprudencia y Estudio de Sentencias	64
5.1.2.1. Análisis descriptivo	64
5.1.2.2. Procedimientos de carácter penal	68
5.1.2.3. Procedimientos de carácter civil	73
5.1.2.4. Procedimientos de familia	74
5.1.2.5. Procedimientos de carácter social y laboral	82
5.2. Valoración de la existencia de protocolos específicos de valoración forense en casos de espectro autista	84
6. Resultados relacionados con el ámbito policial	85
7. Resultados de las encuestas realizadas	87
7.1. Afectados por el Síndrome de Asperger	87
7.2. Profesionales Especialistas en Síndrome de Asperger	91
7.3. Familiares de Afectados por el Síndrome de Asperger	98
7.4. Resultados comparativos entre familiares y profesionales	104
8. Discusión y Conclusiones	105
9. Bibliografía	121
10. Anexos	131
I. Encuesta a afectados por Síndrome de Asperger (SA)	132
II. Encuesta a familiares de afectados por SA	140
III. Encuesta a profesionales de la salud especialistas en SA	169
IV. Contenido sentencias de carácter penal	192
V. Contenido sentencias de procedimientos de familia	203
VI. Resultados encuesta a afectados por SA	219
VII. Resultados encuesta a familiares de afectados por SA	237
VIII. Resultados encuesta a profesionales especialistas en SA	261
IX. Resultados comparativos a nivel estadístico	283
X. Guía para la elaboración de informes forenses en casos de SA	290
XI. Guía para la elaboración de entrevistas a afectados por SA	291
XII. Estudio de caso único	293

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo según DSM-V	16
Figura 2. Cuadro resumen diagnóstico del Síndrome de Asperger (SA)	22
Figura 3. Cuadro resumen sobre la afectación del lenguaje en casos de SA	27
Figura 4. Tabla resumen sobre aspectos evolutivos de relevancia en casos de SA	40
Figura 5. Cuadro resumen sobre sintomatología y criminalidad en SA	49
Figura 6. Tabla de análisis de fundamentación y elementos de interés en casos de guarda y custodia materna	75
Figura 7. Tabla resumen de criterios de valoración de guarda y custodia en procesos de familia asociados a SA	81
Figura 8. Tabla resumen sobre la relación entre el Insight del Síndrome y la variable Sexo	88
Figura 9. Tabla resumen sobre el porcentaje de victimización y agresividad en casos de agresión sexual	90
Figura 10. Tabla resumen de frecuencias sobre diagnósticos comorbilizantes con SA, según profesionales	91
Figura 11. Sintomatología frecuente en casos de SA según profesionales especialistas en su diagnóstico	92
Figura 12. Sintomatología poco frecuente en casos de SA según profesionales especialistas en su diagnóstico	93
Figura 13. Valoración de victimización y vulnerabilidad delictiva por parte de los profesionales	95
Figura 14. Valoración de los profesionales sobre expresión sintomatológica ante procesos de victimización	96
Figura 15. Valoración por parte de familiares sobre los diagnósticos que comorbilizan Con el diagnóstico de SA	99
Figura 16. Sintomatología frecuente en casos de SA según familiares de afectados	100
Figura 17. Sintomatología menos frecuente en casos de SA según familiares de afectados	104
Gráfico 1. Número de sentencias relacionadas con SA (2004 – 2015)	65
Gráfico 2. Procedencia geográfica (en porcentaje) de las sentencias	65
Gráfico 3. Porcentaje de sentencias en función del tipo de implicación del afectado	66
Gráfico 4. Porcentaje de las sentencias en función de informes aportados	67
Gráfico 5. Porcentaje de sentencias en función de la consideración del síndrome	67
Gráfico 6. Número de procedimientos penales (relacionados con SA) en función de tipología delictiva	68
Gráfico 7. Número de procedimientos civiles (relacionados con SA) en función de tipología	73

1. Prólogo

Vivimos en una sociedad en la que muchos de los problemas acaban judicializándose, y el acercamiento de la sociedad a la justicia, hace que cada vez más personas de más diverso origen social, casuística legal y personalidad, comparezcan en las salas de los juzgados.

Una justicia que si bien atiende y escucha los problemas relacionados con la Salud Mental, difícilmente puede llegar a entender la complejidad de los mismos, máxime si estos se entremezclan con problemas de carácter legal. Es en este marco y contexto que surgen los especialistas forenses, aquellos que siendo expertos de sus respectivas disciplinas son capaces de identificar las características individuales del implicado y, a su vez, saberlas traducir a un lenguaje que sea jurídicamente comprensible a fin de auxiliar al juez en su toma de decisiones.

Desde hace años hay un creciente interés por estudiar la incidencia que tienen las alteraciones en la Salud Mental en la capacidad de testimoniar, en la comprensión del delito o en la vulnerabilidad del implicado. En este sentido, se ha evolucionado en la valoración pericial y en la comprensión judicial de las esferas de mayor magnitud clínica (de carácter psicótico, intelectual o a causa del consumo de tóxicos), pero sigue quedando la asignatura pendiente de poder auxiliar a la justicia en todos aquellos trastornos en los que si bien existe una afectación mental en algún sentido, la persona se muestra adaptada relativamente (o ampliamente) en su vida social, siendo entonces difícil valorar la incidencia del trastorno en la vivencia delictiva.

En este caso, el Síndrome de Asperger se encontraría en esta esfera de inestabilidad forense. Los afectados por éste síndrome, muestran rasgos del espectro autista en lo que se refiere principalmente a las relaciones sociales (que les cuesta comprender e interpretar), a la tendencia a un pensamiento rígido y estereotipado (que les puede hacer focalizar su atención en aquello que sea exclusivamente de su interés) y, en general, a la interpretación de la intencionalidad o estilo comunicativo de los demás.

Es en este contexto que surge la llama que inicia la duda, el reto profesional que pone inicio a esta tesis doctoral, el intento de aproximar al mundo judicial la realidad de los afectados por el Síndrome de Asperger. Así, se plantea un estudio en el que se reflejan las circunstancias forenses asociadas a las personas diagnosticadas bajo los trastornos del espectro autista (TEA), y en concreto de las personas afectadas por el Síndrome de Asperger. Se plantea analizar las circunstancias especiales que les envuelven en el momento de enfrentarse a la comisión de agresiones o a ser

victimizados, tanto por lo que se refiere a la percepción de estos procesos (debido a su propio diagnóstico) como a los procesos policiales y judiciales asociados.

En este sentido, se observa que el cuadro clínico y la sintomatología asociada a su propio diagnóstico hacen que sean sujetos con los que es necesario un abordaje específico desde el ámbito psicológico forense y judicial ya que estas dificultades, al no tenerse en cuenta de forma estandarizada y fiable, pueden estar acompañando a un proceso de maximización de cifra negra en delitos asociados a personas diagnosticadas bajo los trastornos del espectro autista.

Así, nos encontramos con dos tipos de dificultades principales: Por un lado, que algunos delitos no sean denunciados debido a las propias características del trastorno (que hace que puedan alterarse elementos perceptivos, de comunicación, de memoria y sintomatológicos en relación al hecho delictivo, así como la transmisión de este daño a sus familiares o profesionales allegados); y por otro lado se encuentra el hecho de que este tipo de trastornos asociados al ámbito forense suelen ir acompañados de un complicado proceso judicial debido a las dificultades que el sistema pueda tener para comprender estos trastornos en su globalidad y la incidencia que tiene en estos sujetos cuando son citados en calidad de Víctimas, Agresores o Testigos.

Este estudio, pues, pretende integrar a todos los agentes implicados en este proceso de valoración pericial. Así, se tienen en cuenta a las entidades policiales encargadas de la primera toma de contacto ante los procesos de denuncia e intervención directa ante el delito, así como se realiza un estudio del trato jurídico que en los últimos años se ha dado al síndrome en todas las esferas judiciales (familiar, civil, social, laboral y penal) con el fin de estimar las necesidades que desde el ámbito psicológico pericial se pueden cubrir en aras de auxiliar a la judicatura. Finalmente, para realizar un estudio fiable y realista de la realidad de las personas afectadas por el Síndrome de Asperger en nuestro país, se han realizado encuestas de ámbito nacional a los propios afectados por el Síndrome de Asperger, a sus familiares y a los profesionales que se dedican especialmente a trabajar sobre éste ámbito a fin de conocer mejor el protocolo de diagnóstico que habitualmente se sigue.

Además de profundizar en el diagnóstico específico en nuestro territorio (en el que se incluyen elementos de diagnóstico, diagnóstico diferencial, comorbilidad y sintomatología exógena en el caso de sufrir factores vitales estresantes), se profundiza en elementos de victimización, habiendo realizado un estudio sobre la

cifra negra posible en este tipo de delitos. Asimismo, se analizan los elementos asociados a la posible comisión de delitos por parte de los afectados.

Si bien existe abundante bibliografía nacional e internacional sobre personas diagnosticadas de Trastorno por Espectro Autista y, en concreto, del Síndrome de Asperger, no es tanta aquella que explora los elementos forenses asociados al diagnóstico y mucho menos en nuestro país. Asimismo, no existen estudios de cifra negra o de especificidad sintomatológica en el territorio español, resultando este estudio un punto de partida como soporte para futuras revisiones diagnósticas y, sobretodo, una guía de valoración psicológica pericial para los afectados por el Síndrome que, a su vez, puede servir como herramienta de asesoramiento para cualquier profesional implicado en el proceso.

Como veremos, del análisis de la bibliografía existente que está directamente relacionada con el Síndrome de Asperger en el ámbito forense, se desprende una necesidad urgente al respecto de dar respuesta a esta necesidad judicial aunque cierta descoordinación en la elaboración de estudios que está dando lugar a resultados inconsistentes y algo confusos ya que, por un lado, encontramos artículos científicos interesantes y con buen sustento metodológico, pero poco generalizables por su escasa muestra. Por otro lado, encontramos relatos escritos con apariencia de pseudociencia que están dando pie a que la sociedad pueda llegar a tener una imagen confusa de las personas con Síndrome de Asperger o autismo de alto rendimiento intelectual, alentados por los medios de comunicación, proclives a aupar casos excepcionales convirtiéndolos en norma, pudiendo llegar a considerarse como algo habitual una superdotación en los casos de Asperger o bien a que están vinculados a la criminalidad, debido a algunos casos conocidos por los medios de comunicación.

Asimismo, del estudio de esta bibliografía y de nuestra experiencia profesional, vemos que el propio Síndrome de Asperger resulta ser un Síndrome con una dificultad importantísima de diagnóstico, así como para identificar elementos comorbilizantes del mismo, así como del diagnóstico diferencial; más aún cuando esta dificultad debe ser "traducida" y explicada de forma que pueda ser entendida por las instancias judiciales a fin de resultarles de auxilio, eje central de la pericia.

Así, como veremos, el eje central de este estudio se basa en el reto personal y profesional que supone sentar las bases para la creación de protocolos que ayuden a un mejor enfoque del auxilio a las personas afectadas por el Síndrome de Asperger en el momento de entrar en contacto con el sistema de justicia por ser partícipes en

algún modo. No obstante conviene recalcar que éste análisis no se presenta bajo la premisa de ejercer un auxilio extraordinario a las personas afectadas por éste u otro síndrome o trastorno a fin de que sean consideradas inimputables o extraordinariamente vulnerables, sino que intenta arrojar luz sobre como auxiliar a la justicia a emitir sentencias más fundamentadas vayan, o no, en la línea de interés del afectado por el Síndrome, sino que se pueda atribuir que el proceso y el sistema que lo ha atendido ha dado una respuesta global y comprensiva a su problema legal. En este sentido, se aporta en el Anexo XII (de forma anónima) el desarrollo de un caso único relacionado con un proceso de victimización de una joven afectada por Síndrome de Asperger que fue víctima, presuntamente, de un delito de agresión sexual y cuyo juicio se celebró en el año 2015, pocos meses antes de la finalización de esta tesis doctoral.

2. Aspectos conceptuales del Síndrome de Asperger

2.1. Evolución Histórica del Síndrome de Asperger.

En 1943, el psiquiatra infantil Leo Kanner realizó estudios en niños valorando elementos relacionados con el espectro autista, aunque no fue hasta 1956 cuando Kanner y Eisenberg (1956) establecieron la primera categoría diagnóstica relacionada con el autismo.

Unos años antes, en 1944, el pediatra Hans Asperger publicó un artículo en alemán que pasó algo desapercibido en ese momento histórico pero que mantenía muchas similitudes con los estudios que Kanner estaba realizando en los Estados Unidos (Bejerot & Wetterberg, 2008). La definición que Asperger hizo fue más profunda que la que inicialmente hizo Kanner y se valoró la posibilidad de que ambos síndromes o trastornos formaran parte de un mismo grupo, mostrando elementos diferenciales y pero importantes similitudes. Inicialmente lo llamó "psicopatía autista" (Hervás, 2007)

De hecho, Asperger realizó una inicial definición de las similitudes que encontraba en los menores que atendía y que estaban relacionadas con lo que Kanner llamó autismo. En ese momento, esa definición no distaba demasiado de los actuales criterios diagnósticos aunque quedaba mucho camino por recorrer en el estudio de elementos etiológicos, sociales, comportamentales y cognitivos, sobretodo por el hecho de que se consideraba que esos menores podían tener síntomas relacionados con trastornos de la personalidad, más allá de los síntomas asociados al propio autismo.

Esta asociación de ideas no era la primera vez que ocurría: Eva Ssucharewa, describió ya en 1926 el comportamiento de seis niños bajo el marco de los trastornos esquizoides de la personalidad, con rasgos que hoy se considerarían como Síndrome Asperger. Años después, la propia Dra. Ssucharewa junto al Dr. Wolf amplió sus estudios reformulando aquella teoría (1996) y reubicándola en los trastornos del espectro autista, aunque se reconoce que ha sido frecuente la confusión entre estos diagnósticos de forma tradicional debido a sus similitudes en etapa infantil (Wolf, 1991).

Curiosamente, los estudios de Hans Asperger no fueron recuperados y desarrollados hasta casi 40 años después cuando Lorna Wing realizó un estudio con más de 30

menores afectados de Síndrome de Asperger, aunque no fue hasta 1981 cuando sintetizó las ideas que proponía Hans Asperger en una serie de criterios (Wing, 1981):

- A. Algunas de las anomalías conductuales comienzan a manifestarse en el primer año de vida del niño.
- B. El desarrollo del lenguaje es adecuado, aunque en algunos individuos puede existir un retraso inicial moderado.
- C. El estilo de comunicación del niño tiende a ser pedante, literal y estereotipado.
- D. El niño presenta un trastorno de la comunicación no verbal.
- E. El niño presenta un trastorno grave de la interacción social recíproca con una capacidad disminuida para la expresión de la empatía.
- F. Los patrones de comportamiento son repetitivos y con resistencia al cambio.
- G. El juego puede alcanzar estadio simbólico, pero repetitivo y poco social.
- H. Se observa un desarrollo intenso de intereses restringidos y concretos.
- I. Torpeza motora: El desarrollo motor (grueso y fino) puede manifestarse retrasado y existen dificultades en el área de la coordinación motora.
- J. Falta de sentido común.
- K. Comportamiento social extraño.
- L. Egocentrismo.
- M. Inteligencia normal o superior.
- N. El diagnóstico de autismo no excluye el diagnóstico del síndrome de Asperger.

De hecho, a raíz de estos estudios, se estableció que se podía sintetizar la afectación de las personas diagnosticadas de Síndrome de Asperger en tres áreas; en lo que fue a llamarse la "tríada de Wing": competencia de relación social, comunicación e inflexibilidad mental y comportamental. No obstante, no fue hasta 1994 cuando el Síndrome de Asperger fue incluido como entidad clínica per se llamándolo "Síndrome de Asperger" catalogado con el código F84.5 [299.80] en la 4ª edición del Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (APA, 1994) ubicándolo dentro del grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo junto al Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. En la revisión del texto del año 2002 se mantuvo la misma categoría diagnóstica y en el mismo grupo de trastornos (APA, 2002).

Fue en ese momento cuando diferentes profesionales realizaron investigaciones que solicitaban crear una categoría específica relacionada con el espectro autista, dentro del Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales para su 5ª revisión, entendiendo que su sintomatología y características eran algo diferentes a las de otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (Leekam, Libby, Wing, Gould & Gillberg, 2000; Mayes, Calhoun & Crites, 2001; Miller & Ozonoff, 2000). Así, en 2014 se publica en español la 5ª edición del Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (APA, 2014) en la que El Autismo y el Síndrome de Asperger se encuentran ahora unidos bajo un mismo epígrafe: Trastornos del Espectro Autista. Esta categoría incluye además el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo. No obstante, existe mucha controversia sobre si los criterios diagnósticos del DSM-V realmente cubren las necesidades detectadas en los afectados por Síndrome de Asperger. En este sentido, diversos autores han planteado este debate, valorando algunas mejoras de esta nueva edición, pero valorando las carencias en el diagnóstico actual (McPartland, Reichow & Volkmar, 2012; Huerta, Bishop, Duncan, Hus & Lord, 2012). Profundizaremos sobre ello en el apartado correspondiente dedicado al diagnóstico.

2.2. Etiología y Prevalencia

Muchas han sido las dificultades diagnósticas que siempre han acompañado al Síndrome de Asperger tanto a nivel clínico como forense. Esto implica necesariamente que, por tanto, sea muy difícil estimar su prevalencia así como su origen o etiología.

2.2.1. Etiología

Hervás (2007) considera que su origen es de base genética aunque pueden existir otros factores no-genéticos que regulan su expresión fenotípica. El propio Hans Asperger en 1943 ya denotó la semejanza que existía entre algunos de los padres y sus hijos (McPartland & Klin, 2006) aunque a día de hoy siguen sin haberse podido definir los parámetros genéticos que determinan la etiología del Síndrome de Asperger, aunque se cree que deben ser parámetros genéticos multifactoriales debido a la alta variabilidad sintomática en los afectados por este Síndrome (Foster & King, 2003). Así, Hervás (2007) amplía que "estudios neuropatológicos y de neuroimagen indican que desde los primeros meses de la vida existen alteraciones en el desarrollo cerebral de los afectados manifestadas por alteraciones estructurales

y funcionales más evidentes en las regiones cerebrales implicadas en los síntomas presentes en el Síndrome de Asperger (córtex orbito frontal, sistema límbico, lóbulo temporal medio, giro fusiforme, etc.)". Si es cierto que se objetiva que el Síndrome de Asperger así como otros trastornos del Espectro Autista ya son observables en las primeras fases del desarrollo (Arndt, Stodgell, & Rodier, 2005), aunque sea difícil establecer el tipo de síndrome o trastorno específico al que se debe la sintomatología del menor y sea la causa, posiblemente, de la comorbilidad del síndrome con otros trastornos u otra sintomatología. Sobre la presunta influencia de factores ambientales tras el nacimiento se ha especulado mucho y se ha generado un intenso debate sobre elementos que entendemos que carecen de base científica, no habiendo hallado investigaciones que avalen estos elementos ambientales (Rutter, 2005; Hervás, 2007).

2.2.2. Prevalencia

Los datos actuales sobre prevalencia muestran una diversidad importante como para poder realizar una valoración precisa al respecto. Nos encontramos con autores que hablan de una prevalencia de 1 de cada 1000 personas (Hervás, 2007) y autores que hablan de una variabilidad tan importante sobre la que se deben analizar variables estadísticas para obtener datos aproximados que resultan entre 1 y 4 casos por cada 1000 habitantes (Fombonne & Tidmarsh, 2003) si bien es cierto que muchos de estos estudios se realizan con preescolares, elemento que puede alterar el estudio de prevalencia atendiendo, sobretodo, a las dificultades diagnósticas que hemos mencionado y que se desarrollarán en adelante. En un interesante estudio realizado por Mattila, Kielinen, Jussila, Linna, Bloigu, Ebeling y Moilanen (2007), observaron que la prevalencia del Síndrome en una muestra de escolares nórdicos se situaba aproximadamente en 4 niños por cada 1000, aunque es cierto que variaba en función de los criterios diagnósticos que se aplicaran para el Síndrome de Asperger oscilando entre 1 y 4 por cada 1000. En niños de edad más avanzada consta el estudio de Williams, Thomas, Sidebotham y Emond (2008) en el que hablan de una prevalencia de 1.6 menores por 1000 en una muestra de niños ingleses de 11 años de media, aunque estudios más recientes apuntan a una prevalencia de un 1% en la población británica (Browning & Caulfield, 2011).

En relación al territorio español, destaca el estudio de Araújo, Jané, Bonillo, Canals, Viñas y Doménech-Llaberia (2012), quienes partiendo de los planteamientos de Belinchón (2001) analizan la escasez de estudios de prevalencia y centran sus datos

en edad preescolar resultando una presencia del Síndrome en el 11,7% (según encuestas a padres) y el 8,1% (Si se les pregunta a los maestros). Al respecto del sexo de los afectados, se coincide en los estudios mencionados en el hecho de que la muestra mayoritaria está compuesta por varones (Araújo et al. 2012) pareciendo pues ser el sexo con más indicadores de prevalencia (Kopra, von Wendt, Nieminen-von Wendt, & Paavonen, 2008).

Cuanto menos sí que empieza a estar reconocida la concepción de que la prevalencia del Síndrome cada vez es mayor tanto por lo observado en estudios de cohortes (Shtayermman, 2007), como por el hecho de que los métodos de diagnóstico se van perfeccionando ajustando mejor las categorías diagnósticas (Fombonne, 2005).

2.3. Diagnóstico

Como hemos explicado anteriormente, no existen marcadores genéticos y/o biológicos que determinen la existencia y/o presencia del Síndrome de Asperger. Esta circunstancia incide en el hecho de que el diagnóstico siempre va a depender de criterios de observación clínica y de valoración psicológica y psiquiátrica que pueden acompañar cierto grado de subjetividad en el diagnóstico (Artigas, 2007). No hay que entender esta arbitrariedad como falta de criterio profesional, sino que ante los mismos criterios diagnósticos, diferentes profesionales podría llegar a conclusiones diversas. Varios autores sintetizan la sintomatología de los afectados por los trastornos por el espectro autista como una alteración en la habilidad para la interacción social unido a un marcado y estereotipado patrón de comportamiento e intereses (Cashin & Newman, 2009), debiendo en este estudio profundizar en el diagnóstico del Síndrome de Asperger en concreto. En este sentido, se han realizado diferentes sistemas de clasificación de criterios diagnósticos que entendemos deben constar en esta investigación debido a que han sido utilizados ampliamente por los profesionales dedicados al análisis del Síndrome.

2.3.1. Criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association (APA)

No es hasta 1992 cuando por primera vez se incluye el Síndrome de Asperger en un Manual Internacional de Clasificación, en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS). Dos años después, en 1994, es incluido en el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría) ubicándolo dentro del grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo junto al Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

a) Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002)

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de los siguientes:
 - 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 individuo.
 - 3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p.ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de su interés).
 - 4) Ausencia de reciprocidad social y emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por uno de los siguientes:
 - 1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 - 2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - 3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p.ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - 4) Preocupación persistente por partes del cuerpo.
- C. El trastorno causa un deterioro significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p.ej., a los dos años de edad usa palabras sencillas, a los tres frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo 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.

b) Criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2014)

En la versión actual del manual de diagnóstico DSM-V de la American Psychiatric Association (2014) ya no se ubica al Síndrome de Asperger bajo el epígrafe de los Trastornos Generalizados del Desarrollo sino que actualmente se encuentra bajo los Trastornos del Espectro Autista (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de los Trastornos del Neurodesarrollo.

Según Vivanti y Pagetti (2013) y Wing, Gould y Gillberg (2011), la definición clásica y diagnóstica del autismo en el DSM-IV se caracterizaba por 3 síntomas de base (tríada): deficiencias en la reciprocidad social, deficiencias en el lenguaje o en la comunicación y repertorio de intereses y actividades restringido y repetitivo. En el DSM-5, sólo quedan dos categorías de síntomas: las deficiencias en la comunicación social (los problemas sociales y de comunicación se combinan) y los comportamientos restringidos y repetitivos. Las categorías de síntomas "deficiencias en la comunicación social" y "comportamientos restringidos y repetitivos" recogen los mismos elementos que en el DSM-IV, a excepción de dos cambios importantes: Las "deficiencias o retraso en el lenguaje" ya no se incluyen en esta categoría de síntomas del DSM-5; y el síntoma clínico "sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales", que no aparecía en el DSM-IV, se incorpora ahora a la categoría "comportamientos repetitivos". Asimismo, se incluye como elemento para el diagnóstico diferencial los trastornos de la comunicación social, entendiendo que los diagnosticados con un trastorno de la comunicación social tienen una "deficiencia pragmática", así como un problema de "utilización social de la comunicación verbal y no verbal". Sin embargo, la presencia adicional de intereses obsesivos y de comportamientos repetitivos excluye la posibilidad de un diagnóstico de trastorno de la comunicación social. Por lo tanto, la presencia de comportamientos repetitivos es esencial en el establecimiento de un diagnóstico diferencial de autismo.

Uno de los debates que sigue pendiente de resolución es el hecho de que aún no se ha incluido como criterio diagnóstico el hecho de que los afectados por Trastornos del Espectro Autista suelen presentar una reactividad especial a inputs sensoriales (Wing, Gould, & Gillberg, 2011) ya que si bien es cierto que no es exclusivo de este diagnóstico, si se sabe que suele ser una sintomatología altamente longitudinal en los afectados (Billstedt, Gillberg, & Gillberg, 2007), así una de las críticas principales se ha centrado en que esta especificidad sensorial se haya incluido dentro de los ejemplos o posibilidades de patrón rígido de comportamiento, no valorando la posibilidad de que sean entidades diferenciadas.

Así, actualmente se plantea el debate de que esta limitación en los criterios diagnósticos pueda hacer que haya un sector afectado que quede fuera de estos criterios empezando a existir ya algunos estudios como el de Vivanti, Hudry, Trembath, Barbaro, Richdale y Dissanayake (2013) que apuntan a que con la nueva categorización habría un alto porcentaje de usuarios que quedarían sin diagnóstico. Los criterios actuales de aplicación son los siguientes:

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 - 1) Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 - 2) Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 - 3) Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones restringidos y repetitivos de comportamiento (Ver Figura 1 a continuación).

- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 - 1) Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

- 2) Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- 3) Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- 4) Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva, fascinación por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: Basada en deterioros de la comunicación social y en patrones restringidos y repetitivos de comportamiento.

Figura 1. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo según DSM-V.

	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: "requiere soporte muy sustancial"	Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente.
Nivel 2: "requiere soporte sustancial"	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en variados contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad a apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: "requiere soporte"	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interactuar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

Fuente: American Psychiatric Association, 2014

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- Con o sin déficit intelectual acompañante
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante
- Asociado a una afección médica o genética, o un factor ambiental conocidos
- Asociado a trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento
- Con catatonía

La tabla de gravedad que aporta el actual DSM-V, especifica tres niveles de gravedad en el trastorno del espectro autista, siendo criterio del técnico establecer cuál es el nivel de afectación del afectado y, por tanto, estableciendo la categorización específica en el caso del Síndrome de Asperger (APA, 2014).

2.3.2. Criterios diagnósticos Gillberg

Pese a que los criterios Gillberg son anteriores a la clasificación de la American Psychiatric Association, han sido ampliamente utilizados por los profesionales dedicados al estudio de personas afectadas por el Síndrome de Asperger debido a que se basaban en los estudios del propio Hans Asperger (Gillberg & Gillberg, 1989). De hecho, hay autores que abogan por que la comunidad científica utiliza estos criterios de forma más frecuente que los propios de la American Psychiatric Association (Browning & Caulfield, 2011).

- A. Déficit en la interacción social, al menos dos de los siguientes:
 - 1) Incapacidad para interactuar con iguales
 - 2) Falta de deseo e interés de interactuar con iguales
 - 3) Falta de apreciación de las claves sociales
 - 4) Comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación
- B. Intereses restringidos y absorbentes, al menos uno de los siguientes:
 - 1) Exclusión de otras actividades
 - 2) Adhesión repetitiva
 - 3) Más mecánicos que significativos
- C. Imposición de rutinas e intereses, al menos uno de los siguientes:
 - 1) Sobre sí mismo en aspectos de la vida
 - 2) Sobre los demás
- D. Problemas del habla y del lenguaje, al menos tres de los siguientes:
 - 1) Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
 - 2) Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
 - 3) Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia
 - 4) Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas
- E. Dificultades en la comunicación no verbal, al menos uno de los siguientes:
 - 1) Uso limitado de gestos
 - 2) Lenguaje corporal torpe
 - 3) Expresión facial limitada
 - 4) Expresión inapropiada
 - 5) Mirada peculiar, rígida
- F. Torpeza motora. Retraso en área motriz o alteraciones en neurodesarrollo.

2.3.3. Criterios Diagnósticos de Rivière

Estos son los criterios de diagnóstico de las personas con Síndrome de Asperger según Rivière que se utilizan desde los años 90 en todo el mundo (Rivière, 2001)

A. Trastorno cualitativo de la relación:

- 1) Incapacidad de relacionarse con iguales.
- 2) Falta de sensibilidad a las señales sociales.
- 3) Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal.
- 4) Falta de reciprocidad emocional.
- 5) Limitación en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación.
- 6) Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente dobles intenciones.

B. Inflexibilidad mental y comportamental:

- 1) Interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos.
- 2) Rituales.
- 3) Actitudes perfeccionistas que dan lugar a lentitud en ejecución.
- 4) Preocupación por partes de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.

C. Problemas de habla y de lenguaje:

- 1) Retraso en la adquisición del lenguaje, anomalías al adquirirlo.
- 2) Empleo de lenguaje pedante, formal, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo y modulación.
- 3) Dificultades para interpretar enunciados literales o con doble sentido.
- 4) Problemas para saber de qué conversar con otras personas.
- 5) Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.

D. Alteración de la expresión emocional y motora:

- 1) Limitaciones y anomalías en el uso de gestos.
- 2) Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes.
- 3) Expresión corporal desmañada.
- 4) Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.

E. Capacidad normal de "inteligencia impersonal". A menudo presentan habilidades especiales en áreas restringidas.

2.3.4. Criterios diagnósticos de Gray, Attwood y Holliday-Willey

Lo interesante de los criterios de Gray y sus colegas se basa en que se centran en un análisis de aquellas capacidades o características especiales de las personas con Síndrome de Asperger pero vista desde un punto de vista positivo, no como una carencia o dificultad (Gray, Attwood, & Holliday-Willey, 1999).

- a) Una ventaja cualitativa en la interacción social, manifestada por una mayoría de los siguientes elementos:
 - 1) Relaciones con los iguales, caracterizadas por lealtad y seriedad impecables.
 - 2) Ausencia de discriminación por sexo, edad, o cultura; capacidad de considerar a los otros tal y como son.
 - 3) Comunicación de lo que se piensa realmente, independientemente del contexto social o las convicciones personales.
 - 4) Capacidad de perseverar en su teoría o perspectiva personal a pesar de existir una evidencia contraria.
 - 5) Búsqueda de amigos capaces de entusiasmarse por sus intereses y temas particulares. Atención a los detalles; posibilidad de pasar largo tiempo discutiendo un tema que puede no ser de importancia capital.
 - 6) Capacidad de escucha sin emitir juicios o suposiciones continuamente.
 - 7) Principalmente interesado en las contribuciones significativas a la conversación; evita la "charla ritualista" o las declaraciones socialmente triviales, así como la conversación superficial.
 - 8) Búsqueda de amigos sinceros, positivos, con sentido del humor.

- b) Habla "Aspergiana", un lenguaje social caracterizado por al menos tres de las siguientes características:
 - 1) Interés centrado en la búsqueda de la verdad.
 - 2) Conversación "transparente", sin sentido o motivación oculta.
 - 3) Vocabulario avanzado e interés por las palabras mismas.
 - 4) Fascinación por el humor basado en las palabras, por ejemplo, mediante los juegos de palabras.
 - 5) Empleo avanzado de las metáforas visuales o gráficas.

- c) Habilidades cognoscitivas caracterizadas por al menos cuatro de los siguientes rasgos:
- 1) Preferencia por “el detalle” antes que por “el todo” (Gestalt).
 - 2) Perspectiva original en la manera de solucionar los problemas.
 - 3) Memoria excepcional y/o recuerdo de detalles desatendidos por otros, por ejemplo: nombres, fechas, horarios, rutinas.
 - 4) Perseverancia ávida en la reunión y catalogación de información sobre un tema de interés.
 - 5) Pensamiento persistente.
 - 6) Conocimiento enciclopédico sobre uno o más temas.
 - 7) Conocimiento de las rutinas, así como un deseo manifiesto por mantener el orden y la precisión.
 - 8) Claridad de los valores. Las tomas de decisiones no están influidas por factores políticos o financieros.
- d) Posibles rasgos contingentes:
- 1) Extremada sensibilidad respecto a experiencias o estímulos sensoriales específicos, por ejemplo: a un determinado sonido, una textura concreta, una visión, y/o un olor.
 - 2) Capacidad de sobresalir en deportes individuales y juegos, en particular los que implican resistencia o precisión visual.
 - 3) “Héroe social desconocido” con un optimismo confiado: frecuentemente es la víctima de las debilidades sociales de los otros, mientras se mantiene firme en la creencia de la posibilidad de que sean verdaderos amigos.
 - 4) Mayor probabilidad que la población general de asistir a la Universidad tras el Instituto.
 - 5) A menudo cuida de personas que tienen un desarrollo atípico

2.3.5. Comparativa y resumen diagnóstico

Del estudio de los diferentes paradigmas diagnósticos vigentes en la actualidad, queda claro que existe aún un debate abierto sobre algunos criterios diagnósticos, así como si deben o no ser incluidos bajo los mismos epígrafes. No obstante, sí que existe mayoritariamente un acuerdo en que son cinco los núcleos de afectación para poder diagnosticar un Síndrome de Asperger, más allá de cómo sean ubicados por

parte de los profesionales que han realizado los criterios. Así como existe un acuerdo sobre incluir elementos de diagnóstico diferencial.

A continuación presentamos un cuadro resumen (Figura 2) que refleja las cinco áreas principales de afectación, así como los elementos principales que componen cada uno de ellos, pudiendo darse más variantes en función de los criterios diagnósticos que se apliquen, así como del cuadro resumen de elementos básicos de diagnóstico diferencial:

Figura 2. Cuadro resumen diagnóstico del Síndrome de Asperger.



Fuente. Elaboración propia en base a estudio bibliográfico

2.4. Áreas básicas de afectación

2.4.1. Área Social

Según Hervás (2007), estos afectados presentan una profunda alteración en la relación social basada en la carencia de las bases neurocognitivas necesarias para entender los estados mentales de las otras personas, la interpretación social de las conductas no-verbales, específicamente de las expresiones faciales y de cualquier tipo de aprendizaje implícito o basado en la experiencia. Carecen de una comprensión social, que en muchos casos les hace vulnerables a riesgos comunes por su falta de control social y análisis de riesgos vitales, vulnerables a abusos y manipulaciones por su falta de interpretación de las intenciones de las otras personas y vulnerables a un futuro donde una gran proporción no podrán ser independientes y necesitarán la ayuda de algún adulto que les supervise. También presentan profundas alteraciones en los patrones de comunicación social y, especialmente de su comprensión verbal, tendiendo a una comprensión literal por su incapacidad de aplicar el lenguaje al contexto pertinente. No entienden ironías, expresiones coloquiales, expresiones abstractas temporales, espaciales o emocionales.

En resumen, según Olivar (2002) los afectados por Síndrome de Asperger tienen problemas para comprender las reglas complejas de interacción social, presentan dificultades para compartir emociones, muestran dificultades para compartir preocupaciones conjuntas con quienes les rodean, tienen deseo de relacionarse con sus compañeros, pero fracasan en sus intentos por conseguirlo y son parcialmente conscientes de su "soledad" y de su dificultad de relación. Aunque según De la Iglesia y Olivar (2005), destacan por su Ingenuidad, Honestidad, Nobleza, Carencia de maldad, intereses ocultos o dobles sentidos; así como una importante memoria facial y de los nombres de las personas que conocen, incluso aunque haga mucho tiempo que no se reúnen. Muestran tendencia a la seriedad, sentido del humor sencillo, sinceridad ante todo lo que les rodea y objetividad en sus calificaciones e impresiones sobre el resto de las personas, así como perseverancia en el punto de vista que consideren correcto.

2.4.2. Rutinas y Rigidez

Según Hervás (2007), las personas afectadas con Síndrome de Asperger suelen presentar una profunda alteración en la flexibilidad con que se adaptan al ambiente, mostrando rigidez e intolerancia al cambio en sus rutinas, costumbres, ambiente o sus cosas que les puede conllevar reacciones de ansiedad o violencia en caso de alterarles este patrón o invasión en sus objetos y, añade Hervás que sus frecuentes hipersensibilidades sensoriales son foco de sufrimiento por la molestia y angustia que les ocasiona terminando en ocasiones, con conductas auto lesivas como manera de descargar su ansiedad.

El foco de interés suele centrarse en temas o intereses circunscritos a un aspecto muy concreto, sobre el que el afectado acumula información en cantidades muy relevantes y concentrándose en conocer todos los aspectos de ello (Frontera, 2007). Debe añadirse, que no es un interés intelectual como tal, ya que suele ir acompañado de restricción del resto de actividades sociales o intelectuales y puede ser tendente a imponer este interés en los demás.

Esta tendencia a la perseverancia en rutinas y en su rigidez de pensamiento les puede conllevar dificultades en la adopción de alternativas de respuesta a problemas cotidianos, mostrando entonces dificultades para aceptar alternativas de pensamiento y análisis de información desde otros puntos de vista. En este sentido, no debemos entender una carencia de empatía el no aceptar otros puntos de vista, sino una dificultad en la integración comprensiva de este hecho.

Según De la Iglesia y Olivar (2005), destacan en intereses muy centrados en algunas áreas (por ejemplo, las locomotoras), en las que suelen convertirse en expertos, recopilan constante información tanto material como verbal acerca de sus áreas de interés, y se relajan cuando los temas de conversación o interacciones versan sobre sus intereses. Cabe tener en cuenta, que una buena gestión de estos extremos puede ser un importante punto de partida de cara a la orientación vocacional. No obstante, suelen presentar intereses poco funcionales y no relacionados con el mundo social, se muestran muy perfeccionistas (rígidos) en la realización de las tareas, tienen dificultades para integrar información procedente de varias modalidades sensoriales (por ejemplo, visual y auditiva) y tienen problemas en la planificación y control cognitivo de la conducta (funciones ejecutivas), aunque este extremos lo analizaremos en el apartado siguiente.

2.4.3. Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas son las responsables de la capacidad humana de organizar eficazmente las conductas orientadas a la consecución de una meta; en este sentido se supone que abarcan conductas de planificación y secuenciales, estrategias de revisión y autocontrol (monitorización) de la actividad, inhibición de respuestas inadecuadas, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento (Frontera, 2007). A continuación analizaremos en profundidad algunas de ellas.

a) Inteligencia

Algunos autores como Klin, Saulnier, Sparrow, Cicchetti, Volkmar y Lord (2007), han analizado la relación entre Inteligencia y Síndrome de Asperger, valorando que los individuos con síndrome de Asperger tienen significativamente mayores puntuaciones de Cociente Intelectual (CI) verbal y menor sintomatología que las personas con autismo pero sus puntuaciones en la Escala Vineland de Madurez Social están igualmente alteradas (Saulnier & Klin, 2007), lo que nos lleva a pensar en cierto nivel de adaptación intelectual modulado por disfunciones en las relaciones sociales.

Los hallazgos hasta la fecha sugieren que una proporción de los afectados por Síndrome de Asperger tiene mayor Cociente Intelectual (CI) verbal que manipulativo, una discapacidad para el aprendizaje no verbal y alteraciones en algunos aspectos de las funciones ejecutivas (Ruiz-Lázaro, 2007).

Poseer un cociente intelectual normal o superior no garantiza el desarrollo de una vida autónoma y satisfactoria. Cada vez se pone más énfasis en el concepto de inteligencia emocional o social, para designar aquella "inteligencia" que no es valorada en las pruebas estandarizadas y que es fundamental para la consecución del éxito personal, académico y profesional (Asociación Asperger España, 2007).

La Asociación Asperger España (2007) también coincide en afirmar que los afectados tienen un CI verbal superior al CI manipulativo (apareciendo diferencias significativas entre ambas subescalas). En las Escalas de Inteligencia de Weschler, por ejemplo, las mejores puntuaciones las obtienen en la prueba de "información" (que requiere el almacenamiento de información general), "vocabulario" (es conocido que estas personas tienen un amplio vocabulario), en "semejanzas" y en la prueba de "cubos" (cuya ejecución requiere centrarse en los detalles a costa de la imagen del todo). Sin embargo suelen mostrar puntuaciones más bajas en la tarea de "rompecabezas" (que exige formarse una imagen global de la figura), en "comprensión" (ya que

muchos de los ítems que componen esta prueba exigen realizar juicios sociales y resolver situaciones hipotéticas con un contenido social), y en “claves” (debido a las dificultades atencionales y al extremo perfeccionismo que ralentiza la ejecución de la prueba).

b) Lenguaje

Del estudio de la bibliografía nacional e internacional, queda claro una severa afectación en el lenguaje en los afectados por Síndrome de Asperger, aunque mayoritariamente coinciden en que es una afectación de carácter funcional y no meramente cognitiva, ya que está relacionada directamente con la comunicación e interacción social (Araújo, y otros, 2012).

Uno de los principales autores que ha analizado el uso del lenguaje de personas afectadas por Síndrome de Asperger es Martos (2007) quien explica perfectamente esta interacción entre el lenguaje y las relaciones sociales como elementos de afectación en estas personas. Además, otros autores han aportado su experiencia y su análisis a la comprensión del uso del lenguaje, por lo que hemos preferido realizar una tabla de contenidos aportada en la página siguiente (Figura 3) que facilite la comprensión de elementos del lenguaje que no hayamos desarrollado anteriormente basándonos en autores como el propio Martos (2007), y en otros que han realizado importantes aportaciones en ésta área como Araújo et al. (2012), De la Iglesia y Olivar (2005), Olivar (2002) y Artigas (2007). Todos ellos han reflejado que en el caso del Síndrome de Asperger se unen dos elementos esenciales de la comunicación humana: funcional y social.

Figura 3. Cuadro resumen sobre la afectación del lenguaje en casos de Síndrome Asperger

Concepto	Afectación
Pragmática (Uso del lenguaje en situaciones sociales)	<ul style="list-style-type: none"> - Situarse en "la mente" de los demás y comprender que las otras personas pueden pensar de forma diferente (puede aparentar dificultades de empatía) - Reciprocidad en la comunicación, el diálogo o la conversación, con problemas en la cesión o respeto del turno de palabra o identificación del cambio de rol de comunicador. - Cambios de temática conversacional sin aparente coherencia - Utilización inadecuada de la mirada como demarcación de turnos o de recursos para asegurarse que el interlocutor comprende lo que se le explica - Presencia de comentarios irrelevantes o inadecuados. - No diferenciar adecuadamente entre la información antigua y la nueva - Dificultades para encontrar temas de conversación para ser aceptados socialmente
Prosodia (Uso de la entonación o ritmo en la expresión del lenguaje)	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada relación entre entonación y el sentido del concepto - Dificultades en el uso de claves prosódicas o comprensión de las de los demás - Inadecuada acentuación (se entiende a nivel prosódico) - Uso poco efectivo de señales temporales para marcar la información gramatical.
Semántica (Uso y terminología del lenguaje a nivel conceptual)	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada comprensión de los dobles sentidos en el uso que se hace del lenguaje, no pudiéndolo tampoco asociar en función del contexto. - Pueden utilizar de forma inadecuada términos mentalistas que hacen referencia estados mentales internos. - Dificultades en la comprensión del significado en el uso de los recuerdos y la memoria. - Dificultades en el uso términos relacionales (verbos, determinantes, adverbios y preposiciones). - Dificultades antes significados múltiples, ambiguos y generalizados de las palabras.
Interpretación literal y actos de habla indirectos (metáforas, ironía)	<ul style="list-style-type: none"> - Claros y patentes signos de discapacidad en la comprensión y uso de los actos de habla indirectos pudiendo dar lugar a actos de mofa y burla contra las personas con Síndrome de Asperger.
Lenguaje pedante	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de un lenguaje excesivamente formal o incluso corregir a los demás ante expresiones coloquiales o informales - Uso de palabras inventadas o neologismos y divertimento ante los juegos de palabras que comprenden (pudiendo ser repetitivo) - Vocabulario de tipo enciclopédico o erudito de algunos temas (sin que implique una elaboración similar en todas las esferas) - Pueden presentar hiperlexia, lectura mecánica precoz carente de comprensión
Vocalización del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de pensamientos en voz alta como intento de organización de su pensamiento, dotarse de tranquilidad y disminuir nivel de ansiedad o tratando de expresar (aunque inadecuadamente) algunos aspectos de su mundo interno

Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía analizada: Araújo y cols. (2012), Martos (2007), De la Iglesia y Olivar (2005), Olivar (2002) y Artigas (2007)

c) Atención y memoria

Cabe destacar que no existe demasiada profusión bibliográfica al respecto de estudios sobre la memoria en personas con Síndrome de Asperger, aunque si es cierto que se han realizado investigaciones sobre su capacidad de testimoniar, elemento que analizaremos con más atención cuando tratemos los aspectos específicos de la valoración forense de este estudio. En este sentido, se debe animar a los psicólogos con conocimientos de Psicología Básica que podamos generar más investigación en este sentido a fin de mejorar los elementos forenses.

La mayoría de fuentes analizadas destacan un elemento en común: el hecho de que estas personas presenten una capacidad especial de memoria en un área concreta, suele estar circunscrita a un área de su interés, no siendo generalizable como una capacidad cognitiva próxima a la superdotación, además suelen añadir que este extremo suele crear una impresión errónea en la sociedad de que las personas con Síndrome de Asperger (u otros tipos de autismo) son personas con una inteligencia superdotada, aunque sí es cierto que son personas que pueden tener un nivel de inteligencia en los límites de la normalidad, pudiéndosele referir a este extremo al "autismo de altas capacidades"(Allen, Evans, Hidler, Hawkins, Peckett & Morgan, 2008). Incluso Hervás (2007) explica que este elemento puede causar impresión inicial en los interlocutores pasando a presentar falta de interés o aburrimiento por lo limitado de la temática.

De cara a entender los procesos esenciales que se estudian desde la Psicología de la Memoria y su afectación en el caso del Síndrome de Asperger, hay que hacer una breve mención a los procesos básicos de la memoria humana para entender mejor cómo funcionan las alteraciones en el recuerdo de los testigos. Al fin y al cabo, los problemas en las declaraciones de los testigos, no son más y menos que problemas relacionados con el funcionamiento de la memoria humana, y por eso se hace necesario entender cómo funciona y en qué momento inciden los errores de los testigos en relación a sus etapas (Diges & Alonso-Quecuty, 1993; Manzanero, 2010; Ruiz-Vargas, 2002 y 2010; Saiz, 2002).

Así, como sabemos gracias a los estudios de generaciones anteriores en trabajos dedicados al estudio de la memoria, esta no es unitaria, no se un único cajón donde el sujeto almacena sin criterio todo aquello que percibe o codifica tal y como históricamente decía Buckhout (1974), sino que la memoria está dividida tanto en cuanto a nivel estructural como nivel de procesamiento. Así, es ampliamente conocida la distinción realizada por la Teoría de Atkinson y Shiffrin (1968, citados en

Saiz et. al. 1996), que concibe las estructuras principales (registro sensorial, almacén a corto plazo y almacén a largo plazo) como características permanentes de la memoria, constituyendo parte de la propia fisiología del sistema.

Así, se puede considerar que existen diferentes sistemas de memoria:

- Una memoria sensorial, de escasísima duración (1 a 3 segundos). Este tipo de memoria podría quedar integrada dentro del estudio de la percepción. Se le atribuye como función asegurar que el sistema perceptivo disponga de una cantidad mínima de tiempo para procesar el estímulo entrante, especialmente de aquellos de escasa duración.
- Una memoria a corto plazo, de una duración algo más prolongada que el anterior, pero que también es de corta duración, y de capacidad limitada (aproximadamente 7 elementos). Esta memoria puede concebirse como memoria de trabajo (Working Memory) que mantiene disponibles en el presente aspectos propios del momento actual -memoria a corto plazo- así como materiales extraídos de la memoria a largo plazo. La información en esta memoria puede mantenerse más tiempo si efectuamos una tarea de repetición (Baddeley, 1999).
- Una memoria a largo plazo. Este tipo de memoria explica nuestras retenciones de información a lo largo del tiempo, la que almacena todo nuestro conocimiento sobre el mundo y sobre nosotros mismos, es decir, es la encargada de almacenar todas nuestras experiencias. No tiene límite en la cantidad de información ni el tiempo de duración. Podemos tener una recuperación explícita (aquella forma de memoria que es pone de manifiesto cuando la ejecución de una tarea requiere el recuerdo consciente de experiencias previas) y la memoria implícita que es aquella que es pone de manifiesto cuando la ejecución de una tarea es voz facilitada en ausencia de recuerdo consciente (Saiz et. al. 1996)

También es interesante entender la distinción que se hace en base a la funcionalidad de la memoria y el uso que se deriva (Saiz et. al. 1996).

- La memoria declarativa hace referencia a que todo el conocimiento almacenado en este tipo o sistema puede ser declarado, es decir, recuperado en forma verbal o en forma de imágenes Este tipo de memoria está dividida en dos tipos basados en la distinción que hicieron también Tulving y Thomson (1973, citados en Diges y Alonso-Quecuty, 1993; Manzanero, 2010; Ruiz-Vargas, 2010 y Saiz, 2002 entre otros):

- La primera es el sistema que recibe información sobre los acontecimientos ocurridos y está relacionada con el almacenamiento y recuperación de hechos datados temporalmente, espacialmente localizados y personalmente experimentados, y las relaciones temporo-espaciales entre los acontecimientos (sería la memoria relacionada con hechos concretos). Aquí encuadraríamos la memoria autobiográfica que sería un tipo de memoria episódica que recogería los sucesos relacionados con las propias vivencias del sujeto, siendo este tipo de memoria de especial interés en el estudio que nos ocupa, como veremos más adelante.
- La memoria semántica por su parte es un sistema relacionado con el almacenamiento y utilización del conocimiento sobre palabras y conceptos, sus propiedades e interrelaciones (sería una memoria relacionada con conocimientos generales). Algunos estudios apuntan a que las personas con trastornos del espectro autista puedan presentar disfunciones en este tipo de memoria (Maras, Memon, Lambrechts, & Bowler, 2013)
- La memoria procedimental es la encargada de almacenar todas nuestras habilidades o destrezas perceptivas, motoras o cognitivas adquiridas, a las cuales habitualmente accedemos o recuperamos a través de la acción.

Finalmente, y en cuanto a la clasificación de los tipos de memoria, resulta interesante establecer la distinción que se hace en el caso de la recuperación entre memoria implícita (inconsciente e involuntaria) y explícita (consciente o voluntaria) que realizan varios autores entre ellos Ruiz-Vargas (2002) y, en especial Grafo y Schacter (1985, citados a Ballesteros et. al. 1999).

En cuanto a los procesos de memoria, se pueden diferenciar tres fases.

- Codificación o adquisición del suceso original. El proceso de codificación acontece entre la percepción de un acontecimiento y la creación del correspondiente "trazo de memoria", una representación central del acontecimiento que es una colección multidimensional de elementos, características y atributos (Trillo, 2002). De hecho, lo que realmente se codifica a nivel informativo acaba convirtiéndose en un esquema cognitivo, una valoración del que realmente hemos percibido, puesto que la memoria no es una copia idéntica de la realidad percibida (Bartlett, 1932

citado en Ruiz-Vargas 2010 y Saiz, 2002 entre otros). Hay que tener en cuenta que ningún estímulo, ni el más sencillo, está formado por un único elemento de información, y que cada individuo tiene una percepción muy particular del entorno y de los sucesos que en él acontecen y en el cual influyen de forma importante muchas variables. También tenemos que saber que todavía en las mejores condiciones nuestra capacidad de atención es limitada, por el que solamente podemos prestar atención y percibir un número de elementos reducidos. Esta complejidad aumenta si tenemos en cuenta que los estímulos pueden ser de diferente categoría, cada una de ellas con un diferente tipo de codificación (color, forma, sonido, etc.) y una diferente "profundidad" del procesamiento de la codificación (Craick y Lockhart, 1972 citado en Ruiz-Vargas 2010 y Saiz, 2002 entre otros). Justo es decir, que para cualquier proceso relacionado con la memoria, la fase de codificación es sumamente relevante puesto que la alteración del ingreso de información puede modificar ya todo el proceso de memoria en adelante, y de forma irreversible.

Como sabemos, la fase de codificación es la más próxima a los procesos atencionales. En este sentido, en los casos de afectados por algún tipo de trastorno del espectro autista suelen presentar dificultades en la atención selectiva. Así, Frontera (2007) explica que sus dificultades atencionales parecen deberse a distracciones causadas por estímulos internos y externos y a una dificultad de discernir lo que es relevante, así como el hecho de que presentan limitaciones a la hora de elegir en qué deben concentrarse.

- Almacenamiento o retención de la información obtenida. Hace referencia a aquellos factores que pueden afectar a la información desde el momento de su adquisición hasta el momento de la recuperación. Inicialmente, el proceso de retención está encaminado a mantener y preservar la información codificada (Ruiz-Vargas, 2010). En el caso de los testigos, el proceso de retención generalmente está modulado por el impacto emocional del acontecimiento (Loftus, 1979; Loftus y Doyle, 1992), entre muchos otros factores.

- Recuperación, recuerdo o reconocimiento (Ibabe, 2000 y Saiz et. al. 1996). Este proceso tiene lugar cuando revelamos la información almacenada en fases anteriores. Para poder llevar a cabo este proceso es necesario que se nos evoque el recuerdo que tenemos guardado y se pueda extraer (bien de forma explícita o implícita). Según Tulving y Thompson (1971, citado en Saiz, 2002 y Manzanero 2010), la recuperación de la información almacenada tiene lugar de varias formas y depende, entre otras causas, de la accesibilidad de esta información. De hecho, una clave de recuperación es efectiva si, la información sobre su relación con el elemento a ser recordado es almacenada al mismo tiempo que el propio elemento. Así, y según la Teoría o Principio de la Especificidad de la Codificación, un formato de codificación específico del elemento parece constituir un requisito para la efectividad de una determinada clave de recuperación (Trillo, 2002). De hecho, solamente puede ser recuperado lo que ha sido almacenado y cómo pueda ser recuperado depende de cómo fue almacenado. Se considera a nivel forense que hay dos formas de recuperar la información almacenada anteriormente, a pesar de que en el estudio amplia de la memoria humana encontraríamos más (Manzanero, 2004; Ruiz-Vargas 2010): el recuerdo propiamente dicho (cuando el propio sujeto debido a un estímulo interno (evocación) o externo (interrogatorio) accede a la información guardada) y el reconocimiento que hace referencia a cuando el sujeto, dentro de una selección de ítems similares a los que tiene almacenados selecciona aquel que es el correcto. Algunos estudios apuntan a que las personas con trastornos del espectro autista puedan presentar disfunciones en el reconocimiento como esa estrategia de recuperación de la información (Maras, Memon, Lambrechts, & Bowler, 2013).

Así, una vez planteadas las principales características de la memoria humana, se debe destacar que las personas con Síndrome de Asperger pueden tener dificultades para agrupar la información formando unidades significativas, lo que puede limitar la creación del esquema cognitivo del recuerdo. Asimismo, pueden tener dificultades para acceder a sus recuerdos porque les puede costar entender la clave para acceder al recuerdo, pudiendo necesitar una especificación concreta o instrucción específica, siéndoles difícil profundizar en un concepto si la pregunta es muy genérica o de tipo abierto (Frontera, 2007).

Asimismo, algunas investigaciones apuntan al hecho de que puede existir un vínculo entre la creación de la memoria episódica de las personas con las alteraciones que se producen en la esfera de la Teoría de la Mente en personas afectadas por Síndrome de Asperger (Valdez, 2006), dificultando la creación o construcción de la memoria autobiográfica (memoria de tipo episódico de carácter personal). El propio Valdez se refiere a los estudios de Perner (2000) Solcoff de los años 2001 y 2002, ambos citados en Valdez, (2005) quienes consideran que "la memoria autobiográfica es consciente, autorreferencial y basada en la experiencia directa de la primera persona. Recordar pertenece a esa categoría de acciones humanas que modifican el mundo mental. Si la acción del recuerdo provoca de manera explícita una modificación en el estado mental de quien recuerda, esta nota adquiere una particularidad en el caso de la memoria episódica. Es decir que en el acto de recordar, a diferencia de "saber" o "memorizar" participan aspectos subjetivos de la dimensión narrativa de la cognición. Cuando recordamos, se hacen presentes en nuestra conciencia imágenes, afectos, pensamientos, sensaciones del pasado. Es la acción del recuerdo la que permite hacer presentes los objetos de la memoria".

En resumen, basándonos también en las aportaciones de Tager-Flusberg (1991), Benetto, Pennington y Rogers (1996), Maras, Memon, Lambrechts & Bowler (2013) y Rivière (1996), en las personas con Síndrome de Asperger y otros tipos de autismo, encontramos los siguientes problemas:

- Dificultades en la codificación de información, atendiendo a conflictos en la creación de imágenes mentales con inclusión de información emotiva o de carácter empático que no se procesaron por incompreensión
- Problemas en la fase de codificación por dificultades de tipo atencional en relación a la atención selectiva.
- Dificultades en identificar la fuente de la que procede la información
- Dificultades en utilizar estrategias organizativas del recuerdo que les facilite su posterior recuperación.
- Dificultades en la recuperación de la memoria, mostrando complejidad para responder a preguntas abiertas si no se especifica el aspecto concreto a recordar.
- Dificultades específicas de la formación de la memoria episódica como el recuerdo libre, establecimiento de orden y contexto, dificultando la secuenciación coherente de los recuerdos.

- En el caso de que esta afectación no sea tan severa en el caso de la memoria episódica, si persistirá la dificultad de establecer órdenes y establecer el origen de las fuentes de información

2.5. Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

El síndrome de Asperger es una afectación que suele cursar con otras sintomatologías asociadas e, incluso, con otros diagnósticos. De hecho se sabe que existe una asociación entre la severidad de los síntomas y el hecho de que curse con comorbilidad cualquier alteración psicopatológica (Bejerot & Wetterberg, 2008); y la capacidad del profesional para descubrir esas comorbilidades puede ayudar a un mejor enfoque tanto del diagnóstico como de los programas de intervención asociados (Krueger & Markon, 2006).

Cabe destacar que la gran mayoría de estudios analizados, analizan comorbilidades en etapas muy infantiles, siendo difícil analizar la evolución de esos diagnósticos o si realmente formaban parte de la sintomatología de tipo autista. En ese sentido, muchos de esos estudios con adultos analizan estudios de casos únicos, siendo difícil la extrapolación. Aun así, de los pocos estudios longitudinales que existen, se pueden extraer interesantes reflexiones sobre comorbilidad y diagnóstico diferencial como el de Ghazziuddin y Zafar (2008) o Howlin et al. (2000), que nos han ayudado a la confección de este apartado de un modo más comprensible.

Asimismo, debido a lo diverso de su sintomatología y la variabilidad sobre la presentación de estos síntomas, suele confundirse con otros diagnósticos, siendo de especial relevancia un buen diagnóstico diferencial en el caso del Síndrome de Asperger. Es por eso que para este estudio se ha preferido integrar los conceptos de comorbilidad y diagnóstico diferencial en un mismo epígrafe, para facilitar la comprensión lectora en base al trastorno mencionado. Según Artigas (2007) esta comorbilidad puede ser así debida principalmente a la implicación de las mismas estructuras neurológicas y los mismos neurotransmisores que en otros trastornos del neurodesarrollo (como ocurre por ejemplo con el Síndrome de Tourette o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad).

a) Trastornos de la Esfera Ansiosa y/o Depresiva

Según Mcpartland y Klin (2006) o Ghazziuddin y Zafar (2008), los síntomas ansiosos y depresivos suelen cursar en la mayoría de los casos simultáneamente con el Síndrome de Asperger (Araújo et al., 2012), aunque es cierto que los síntomas depresivos suelen aparecer mayoritariamente en adolescentes y adultos (Haskins & Silva, 2006) y los síntomas ansiosos son más presentes en la infancia (Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail, & Ghaziuddin, 1998). No obstante, los síntomas depresivos que más se suelen apreciar en niños con Síndrome de Asperger son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño (Artigas, 2007).

Se apunta a que los elementos de ansiedad pueden estar relacionados con la percepción subjetiva del afectado por el Síndrome al observar elementos de inadaptación en su entorno siendo, por tanto, estos elementos mucho más presentes en la etapa adolescente. No se debe menospreciar en la etapa infantil, no obstante, los procesos de comparación social (Hedley & Young, 2006). En la primera infancia, se asocian estos elementos a las relaciones con su entorno social y a los procesos de tipo atribucional e intencional del contacto social (Meyer, Mundy, Van Hecke, & Durocher, 2006). Una vez entran en edad adolescente pueden aparecer cuadros depresivos incluso con ideas de suicidio asociados a cuadros ansiosos (Hervás, 2007), especialmente si van asociados a conflictividad escolar o victimización infantil (Shtayermman, 2007).

En la edad adulta, los rasgos depresivos pueden ser incluso motivo de consulta (Ghaziuddin & Zafar, 2008) más allá de la propia sintomatología de carácter autista (Bejerot & Wetterberg, 2008), sobretodo porque pueden acabar de modular y condicionar la relación con el entorno social (Pouw, Rieffe, Stockmann, & Gadow, 2013).

b) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Este trastorno ha sido asociado por diferentes autores frecuentemente al Síndrome de Asperger como por ejemplo Ruiz-Lázaro (2007) o Hervás (2007). Cabe destacar que muchos niños diagnosticados de TDAH pueden presentar dificultades en la interacción social y en la comunicación con sus compañeros (Clark, Feehan, Tinline, & Vostanis, 1999) debido, en parte, a las dificultades de su gestión de la comunicación no verbal así como del mantenimiento de la conversación por las

dificultades del mantenimiento de la atención sostenida en los turnos de conversación. Asimismo, los menores con TDAH pueden mostrar patrones de rigidez mental y dificultades para tolerar los cambios como sucede, también, en muchos casos del espectro autista (Artigas, 2007). Para poder diferenciar el TDAH del Síndrome de Asperger es necesario entender la expresión del síntoma en base a tres elementos principalmente:

- Atención sostenida. En el caso del TDAH la atención suele ser muy dispersa, con dificultades para sostenerla pese a mostrar interés por aquello que se le presenta. En cambio, en el Síndrome de Asperger, el afectado no sostiene la atención ante aquello que no resulta de interés pero si puede pasar largo tiempo ante aquello que le interesa, pudiendo aislarse de un entorno que difícilmente podrá aportarle algo que le haga dispersar su atención de su objeto de interés.
- Atención selectiva. En un estudio específico destinado a la valoración diferencial entre Síndrome de Asperger y TDAH no se hallaron diferencias sustanciales entre ambos tipos de pacientes en relación a este elemento (Johnston, Dittner, Bramham, Murphy, Knight & Russell, 2013).
- Interacción social. Usualmente el menor diagnosticado de TDAH suele ser calificado de disruptivo, molesto, y por lo tanto puede ser rechazado por sus compañeros al ubicarlo en un rol de nerviosismo y confrontación. El menor con síndrome de Asperger suele no tener demasiado interés en relacionarse con los demás y puede mostrar tendencia incluso al aislamiento, elemento que puede hacer que los demás lo perciban como extraño y que, por tanto, sea más difícil que lo integren en sus actividades cotidianas.
- Impulsividad. Este elemento es un núcleo central de algunas personas diagnosticadas de TDAH, cuando en el caso del Síndrome Asperger y otros trastornos del espectro autista, esta impulsividad no aparece (Bejerot & Wetterberg, 2008), sino que al contrario, suelen ser rígidos, repetitivos y constantes en sus patrones. El hecho de que reaccionen de forma defensiva ante lo incomprendido no debe ser confundido con una impulsividad constante. De hecho, cuando presentan conductas adictivas (alcohol, tabaco, etc.) raramente se asocian a comportamientos compulsivos, sino a una forma de socializarse o asemejarse a los otros, basada en pocas habilidades sociales.

c) Trastornos de la personalidad

Si bien es cierto que son pocos los estudios que han analizado esta comorbilidad, sí que se valora, como elemento genérico, el hecho de que la presencia de rasgos de tipo autista modula algunos elementos de estos rasgos de personalidad. Además, se suele valorar el hecho de que la presencia de síntomas de tipo autista, en función de cómo se expresen, pueden dar la apariencia de un trastorno de la personalidad (Ryden & Bejerot, 2008). Tan es así que algunos autores han manifestado que históricamente se podían estar diagnosticando Trastornos del Cluster A (esquizotípico, esquizoide y paranoide) a afectados por Síndrome de Asperger, al no estar los profesionales tan especializados al inicio de identificarse la patología per se (Haskins & Silva, 2006).

Autores como Haskins y Silva (2006), Gillberg y Billstedt (2000) o Soderstrom et al. (2002), valoran que los síntomas relacionados con los patrones repetitivos del Síndrome de Asperger guardan similitudes con rasgos de personalidad obsesivos, con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y/o Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva – (TPOC). Según Russell et al. 2005 (citados en Frontera, 2007), más del 50% de personas afectadas de Síndrome de Asperger refieren sintomatología de tipo obsesivo-compulsiva y, de hecho, la presencia de estos rasgos implica una mayor rigidez y dificultad de abordaje en el momento del tratamiento (Bejerot, 2007).

Cabe reflexionar que a nivel diferencial resulta relevante analizar la emocionalidad asociada a la repetición de patrones de conducta. En este sentido, los afectados de TOC y de TPOC realizan esas conductas de carácter estereotípico con la finalidad de aliviar un malestar ansioso o bajo la creencia distorsionada de que el hecho de que no realizar esa rutina puede alterar el orden y la estructura del entorno. En cambio, los afectados por Síndrome de Asperger (y en general por autismo), generan ese tipo de comportamientos desde el placer que les aporta la repetición de una rutina conocida en un intento de establecer control y una pauta de paz ante un entorno que pueden percibir como hiperestimulante o carente de control.

Por otro lado, se encontró que en los casos de Personalidad Límite, había menos tendencia a la conducta suicida y de carácter impulsivo en aquellas pacientes que presentaban rasgos del espectro autista (Bejerot & Wetterberg, 2008) llegando a plantearse la posibilidad de que existiera un subtipo de Trastorno de la personalidad límite sin el componente impulsivo (Whewell, Ryman, Bonanno, & Heather, 2000).

Pese a postulados actuales controvertidos como los de Fitzgerald que resulta ser el único autor que considera que existe un "autismo criminal" y ha realizado alguna publicación que ha sido objeto de diversas críticas desde la comunidad científica, no suele ser compatible la presencia de un Trastorno del Espectro Autista con el Trastorno Antisocial de la Personalidad o Psicopatía (Wing, Gould, & Gillberg, 2011), sobretodo debido a que en los casos de autismo sí existe empatía (las dificultades no obstante se presentan en las deficiencias en la Teoría de la Mente), presentan severas dificultades para poder manipular a los demás e, incluso, hay una mayor preocupación por los otros y el mundo en personas afectadas por autismo que en relación a las personas con rasgos antisociales (Bejerot & Wetterberg, 2008). De hecho, hay autores que plantean que este tipo de personalidades serian incongruentes con la presencia de un Síndrome de Asperger (Soderstrom, Rastam, & Gillberg, 2002), sobretodo porque no únicamente se basan en la carencia de empatías los trastornos antisociales sino en un desarrollo de conductas ajenas a la norma más allá de un objetivo único (Katz & Zemishlany, 2006) así como con personalidades de carácter histriónico o pasivo-agresivo.

La propia configuración del Síndrome, asociada a una baja tendencia a la búsqueda de novedades, una tendencia al mantenimiento de rutinas y evitación de lo desconocido, puede hacer que el afectado presente sintomatología de carácter dependiente (Soderstrom, Rastam, & Gillberg, 2002).

d) Otros trastornos de interés

Del estudio de la bibliografía analizada, hemos hallado otros trastornos sobre los que, si bien es cierto que no existe una profusión de estudios relacionados, sí entendemos que deben ser mencionados a fin de mejorar el diagnóstico de los afectados.

Trastorno por Tics y/o Síndrome de la Tourette

Según Artigas (2007), aproximadamente un 8% de los afectados por Trastorno del espectro autista presentan comorbilidad con el Síndrome de Tourette y que incluso más del 60% de menores con Síndrome de Tourette presentan comorbilidad con sintomatología autista.

Anorexia Nerviosa

Si bien es cierto que hay una mayor presencia de este tipo de trastornos en la población afectada por autismo que en la población general, esto debe explicarse

más por las dificultades o especificidades sensoriales del tacto de los alimentos, así como que pueda percibirse la alimentación como uno de los elementos de rigidez del pensamiento que dificulten la alimentación variada (Råstam, y otros, 2013) que no por el constructo alimentario distorsionado asociado a la anorexia de forma clínica. Así, pueden darse casos de trastornos del espectro autista que elijan comer solo una textura, un sabor o un color, no pudiéndoseles adjudicar un trastorno alimentario basado en un error en la percepción de la autoimagen.

2.6. Aspectos evolutivos

Cabe destacar que, si bien el diagnóstico debe poder realizarse con precisión a partir de una edad en la que se deban haber desarrollado presumiblemente muchas de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales propias de esa edad, algunos autores como Barbaro y Dissanayake (2009) o Wing, Gould y Gillberg (2011) han apuntado a que se debería observar a algunos indicadores en el caso de los bebés que puedan actuar como signos de alarma ante estos síntomas:

- a) Patrones extraños de comportamiento, como por ejemplo, llanto y grito excesivo o lo contrario: excesivamente bueno, tranquilo y pasivo.
- b) Falta o desagrado ante la interacción social, como por ejemplo, no mirar a los ojos de otras personas, no levantar los brazos para ser recogido, no apunta hacia las cosas para compartir el interés.
- c) Problemas de desarrollo de la comunicación pre-discurso, como por ejemplo, la falta de respuesta cuando se le habla, falta de respuesta a su nombre, falta de balbuceo.
- d) Los intereses son limitados y específicos como mostrarse excesivamente fascinado por las luces y ciertos sonidos, hiper o mínima reacción ante estímulos visuales o auditivos

Sea como sea, diversos autores como Araújo y colaboradores (2012), Gadow, De Vicent y Schneider (2008) o Haskins & Silva (2006), recomiendan un esfuerzo por realizar un diagnóstico temprano para poder ayudar a un mejor diseño de programa de intervención. A continuación se presenta un cuadro resumen (Figura 4) con los principales aspectos observables en las diferentes fases evolutivas:

Figura 4. Tabla resumen sobre aspectos evolutivos de relevancia (adaptado de Asociación Asperger España, 2007)

	Infancia	Adolescencia	Edad adulta
Dificultades	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de relación con sus iguales. • Dificultad para percibir las sutilezas sociales • Dificultad para interpretar las normas de modo flexible • Dificultades para interpretar emociones ajenas • Dificultades motrices siendo poco ágil • Dificultad para tomar la iniciativa en las interacciones sociales • Dificultad para compartir emociones sociales (Competitividad, triunfo, etc.) • Frecuentes problemas de conducta en casa como en escuela • Juegos e intereses limitados y poco afines a los de sus compañeros. • Vocabulario extremadamente pedante • Preguntas repetitivas. • Hipersensibilidad a algunos estímulos • Trastornos de alimentación derivados de la restricción de muchos alimentos. • Trastornos del sueño. • Intolerancia con los hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de inmadurez en el plano emocional. • Presencia de reacciones emocionales desproporcionadas y poco ajustadas a la situación. • Intereses inmaduros y poco acordes con la edad. • Mayor conciencia de diferencia y de soledad. • Sentimientos de incompreensión y soledad. • Mayor vulnerabilidad a alteraciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés. • Descuido de la higiene y el cuidado personal (a no ser que coincida con rituales de higiene de tipo compulsivo) • Desinterés hacia las modas y la imagen personal. • Aumento de las obsesiones y los rituales de pensamiento. • Dificultades académicas. El rendimiento escolar en los cursos superiores se ve dificultado (lentitud al coger apuntes, dificultades para adaptarse a los frecuentes cambios de profesores, aulas, horarios, etc., desmotivación hacia determinadas asignaturas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de relación social. Incapacidad o dificultad de profundizar en las relaciones. • Dificultades para comprender el mundo mental de los otros y el propio, e incapacidad para entender claves sociales que le ayuden a regular su conducta. • Dificultades para interpretar emociones ajenas • En ocasiones presencia de rituales o estereotipias motoras que se desencadenan en situaciones concretas y que se escapan de su control. • Autoestima y autoconcepto ambiguos que pueden ir acompañados de sentimientos de superioridad en algunos aspectos, o ideas excesivamente negativas • Incapacidad para planificar y organizar su futuro en base a proyectos realistas. Suelen presentar ansiedad y episodios de depresión. • Problemas en la toma de decisiones.. • Dificultades para manejar relaciones de pareja. • Dificultades atencionales que se pueden reflejar en el entorno laboral.
Cualidades	<ul style="list-style-type: none"> • Intenso afán de conocimiento. Gran motivación por recopilar información (u objetos) que versan sobre sus intereses particulares. • Excelente memoria para recordar la información que les interesa. • Gran capacidad para mantener la atención sobre un centro de interés. • Hiperlexia (en algunos casos), precocidad en la adquisición de la lectura (entre otras). • Sobresaliente destreza y/o conocimiento en alguna parcela concreta. 	<p>Junto a las dificultades anteriormente descritas,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de fuertes valores morales (lealtad, sinceridad, compañerismo y bondad). • Gran deseo de superación. • Personalidad sencilla, ingenua y "transparente". • Ausencia de malicia y de "dobles intenciones". • Mejor dominio de las reglas sociales básicas (por aprendizaje) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suelen ser personas muy nobles y decir en cada momento lo que piensan. • Éxito en empleos que se ajustan a sus intereses y con una baja demanda social • Reclaman independencia económica y social. • Suelen ser perfeccionistas • Capacidad de almacenar grandes cantidades de información, sobre todo de sus intereses. • Suelen ser más eficientes en trabajos técnicos • Cuando las metas están claramente definidas suelen ser persistentes en la consecución de los objetivos.

Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada (Asociación Asperger España, 2007)

2.7. Teorías Explicativas

Cabe destacar que, de las teorías explicativas analizadas, tres son las que ampliamente aparecen en los recursos bibliográficos analizados y en las opiniones de los expertos. No obstante, podemos valorar que muchos elementos son coincidentes asumiendo que como en tantas otras esferas del conocimiento, no tiene por qué darse una causa explicativa, sino que la solución puede hallarse en una visión más holística de la causalidad.

2.7.1. La Teoría de la Mente

La Teoría de la Mente defiende que poseemos una capacidad humana que permite que podamos representar mentalmente los estados mentales de otros, intentando entender sus pensamientos y sentimientos (Atwood, 2003). De hecho, según Baron-Cohen (2010), poseemos esta habilidad cuando somos capaces de intuir y deducir las creencias, deseos, intenciones, etc. de los otros.

Esta capacidad cognitiva es visible y gestionable para las personas a partir de una edad en la que pueden hacer uso del resto de capacidades cognitivas, usualmente alrededor de los 3 años de edad (Leslie, 1987) en forma de juego imaginativo, creatividad y capacidad de relacionar elementos externos para los niños.

No hay que entender que es una capacidad que se adquiere o aprende como tal, sino que se “activa” en el momento de que el individuo desarrolla sus potencialidades de carácter cognitivo. Además, requerirá que el sujeto sea capaz de reflexionar sobre su propia cognición (metacognición) así como que sea capaz de interpretar las cogniciones que intuye en los demás. En este sentido, es fácilmente asociable o se puede confundir con el concepto más puro de empatía, aunque cabe destacar que difieren enormemente en la connotación emocional que posee la empatía, entendida como la capacidad emocional de ponerse en el lugar del otro y comprender su estado emocional. La teoría de la mente haría referencia a la capacidad deductiva de carácter mental o cognitivo y como dicen Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrín-Valero (2007), este concepto se refiere a una habilidad heterometacognitiva, ya que hacemos referencia a cómo un sistema cognitivo logra conocer los contenidos de otro sistema cognitivo diferente de aquel con el que se lleva a cabo dicho conocimiento.

Así, la Teoría del Déficit de la Teoría de la Mente se basa en la asunción de que los afectados por trastornos del espectro autista, y en nuestro caso, por Síndrome de Asperger, presentan dificultades en esta capacidad cognitiva, a partir de la comparación de la aparición de esta habilidad en afectados por autismo y comparándolo con la evolución de niños sin afectación en el desarrollo de su comprensión de otros. El propio Baron-Cohen inició sus estudios en los años 80, habiendo desarrollado muchas publicaciones en este sentido habiendo reflexionado sobre sus publicaciones durante más de veinte años (2000).

Así, finalmente se ha estimado que los afectados por autismo no presentan desarrollada de forma óptima la capacidad de Teoría de la Mente, presentando un desarrollo desigual a la evolución que de esta habilidad presentan los menores sin afectación de forma evolutiva, apareciendo una importante incapacidad de los autistas para atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás con el fin de predecir y explicar los comportamientos (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985). Asimismo, estos autores promulgaban que al ser una capacidad cognitiva independiente de otras, podría no verse necesariamente afectadas otras áreas cognitivas pudiendo mostrar una óptima habilidad cognitiva en otras áreas.

Esta deficiencia en las habilidades de la Teoría de la Mente, necesariamente genera una dificultad de relacionarse con los otros, al no poder entender ni interpretar sus pensamientos, intenciones ni creencias, impidiendo una correcta interpretación del contexto y muchísimas dificultades para anticiparse a las acciones (Riviere, 2001). Así, al existir diferentes grados de afectación en el espectro del autismo, cabe esperar que las personas con Síndrome de Asperger puedan enfrentarse de forma más o menos exitosa a tareas diversas de carácter cognitivo pero mostrar severos problemas para entender las intenciones de los demás en situaciones sociales cotidianas. Así, y en aquello que más se aproxima al ámbito forense, cabe reflexionar sobre dos elementos esenciales:

- Las severas dificultades para un afectado por Síndrome de Asperger de confeccionar una mentira elaborada (Happé, 1995), elemento que requeriría un elevado nivel de Teoría de la Mente así como de otras habilidades cognitivas asociadas al tipo de mentira que se pretendiera elaborar.
- Las dificultades para interpretar de forma subjetiva las intenciones de otros que suelen acompañar a la comisión delictiva o la victimización del individuo, pudiéndose poner en riesgo sin ser conocedor de ello.

2.7.2. Teoría del Déficit de la Función Ejecutiva

Como concepto, la función ejecutiva puede considerarse un conjunto de habilidades de carácter cognitivo que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, planes, inicio de actividades, la autorregulación del comportamiento con fines de consecución de objetivos, la selección de conductas y la organización en el tiempo y en el espacio. En otras palabras, la función ejecutiva sería una serie de factores organizadores y ordenadores subyacentes a todas las demás actividades cognoscitivas (Denckla, 1996). Así, desde esta teoría, las personas con Síndrome Asperger, presentarían un déficit generalizado en las funciones ejecutivas ya que sus conductas y sus procesos de pensamiento son generalmente rígidos, inflexibles, repetitivos y perseverantes. Suelen ser personas impulsivas, que muestran problemas para inhibir una respuesta inadecuada, pueden tener almacenada una gran cantidad de información y sin embargo no saber utilizarla de manera significativa, presentan dificultades a la hora de tomar decisiones importantes y suelen tener serios problemas para organizar y secuenciar los pasos necesarios para solucionar un problema (Ozonoff, 1994)

Según Pineda et al. (1996), estas son algunas de las implicaciones prácticas del déficit en la función ejecutiva, que se observan en el comportamiento diario de las personas con Asperger:

- Dificultades en organización. Las personas con Síndrome Asperger muestran dificultades a la hora de organizar los pasos que permitan solucionar un problema.
- Dificultades para hacer planes y luego seguir los planes para guiar el comportamiento.
- Dificultades para comenzar y finalizar una actividad.
- Serias limitaciones a la hora de tomar decisiones. Suelen ser muy frecuentes la duda y la delegación en los demás para tomar decisiones.
- Carencia de flexibilidad para adoptar diferentes perspectivas sobre la misma situación en diferentes momentos (rigidez mental).
- Pobre resistencia a la distracción y la interferencia.
- Pobre habilidad para organizar y manejar el tiempo.

2.7.3. Teoría de la Disfunción del Hemisferio Derecho

Las funciones del hemisferio derecho cerebral están muy relacionadas con el procesamiento de la información visoespacial (Asociación Asperger España, 2007), con el hecho de integrar la globalidad de la información y dotarle de un sentido específico, así como según diversos autores, entre ellos Klin, Pauls, Schultz, y Volkmar (2005), está relacionado con la expresión y la interpretación de la información emocional incluyendo aspectos de comunicación verbal (entonación, discurso y tonalidad, etc.) y no verbal (comprensión de gestos y expresiones faciales).

En este sentido, según Artigas (2007), Shtayermman (2007) y Klin et al. (2005) entre otros, muchos elementos que sintomatológicamente presentan los afectados por Síndrome Asperger podrían estar asociados a una disfunción en el hemisferio derecho:

- Dificultad para captar el significado de la información emocional expresada a través de canales no verbales (entonación, volumen del habla, y gestos y ademanes faciales y corporales).
- Presencia de respuestas emocionales exageradas o poco coherentes con el contexto.
- Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.
- Limitadas habilidades de organización visoespacial.
- Pobre rendimiento en tareas que requieren integración de la información visomotora.
- Marcada limitación en las habilidades de relación social.

2.8. Pronóstico

Como suele ocurrir en muchos de los desarrollos psicopatológicos, la evolución suele estar más relacionada con la variedad y severidad de los síntomas que con la capacidad cognitiva asociada al proceso (Hervás, 2007). No obstante un buen Insight o consciencia del trastorno siempre ayuda a mejorar o entrenar habilidades que permitan un mejor funcionamiento o adaptación (Vallejo, 2011). En este sentido, pese a que no existe cura para el Síndrome de Asperger, sí se observan mejoras asociadas al entrenamiento en habilidades personales.

No obstante, suelen observarse aspectos regresivos e involución de aprendizajes a partir de la adolescencia y edad adulta, debido principalmente a situaciones ambientales que pueden afectarles emocionalmente. De hecho, según Frontera

(2007), estas reacciones pueden ser debidas a que haya realizado un adecuado aprendizaje de hábitos o de estrategias de solución de problemas ante situaciones que se haya ido encontrando en su desarrollo, pero el propio Síndrome hace que esos aprendizajes no sean fácilmente generalizables, encontrándose el afectado, en cada ocasión con situaciones nuevas para las que no tiene una respuesta óptima.

Este apartado inicial nos ha permitido poder reflexionar sobre la categoría diagnóstica y principales áreas afectadas en las personas diagnosticadas por Síndrome de Asperger, así como otras informaciones esenciales para la comprensión del Síndrome. En este sentido, consideramos es esencial poseer una información y comprensión exhaustiva del Síndrome así como conocer sus estimaciones sobre comorbilidad, prevalencia, etiología y afectación en funciones ejecutivas para poder perfilar mejor cual va a ser la afectación en el momento de realizar un análisis forense de su situación y que procedemos a abordar en el apartado siguiente.

3. Síndrome de Asperger en el ámbito forense

3.1. Aspectos esenciales de la valoración psicológica forense

Como proponía Mayes (2003), se asume que hay una sobrerrepresentación de personas afectadas por algún tipo de problema de salud mental en el sistema de justicia y muchos autores coinciden en el creciente auge de procesos judiciales en los que las personas afectadas de algún tipo de Trastorno del Espectro Autista, como el Síndrome de Asperger, especialmente en procesos de familia y procesos de carácter penal, existiendo tanto una importante incidencia tanto en calidad de víctimas como de agresores (Freckelton, 2013), pudiendo llegar a considerarse que una persona afectada por un trastorno autista tiene siete veces más posibilidades de entrar en contacto con el sistema de justicia que la población general (Debbaudt, 2002 citado en Browning & Caulfield, 2014).

No obstante, se sigue entendiendo que es un Síndrome de difícil comprensión judicial y del que hay pocos expertos específicos que puedan responder al respecto del Síndrome (Cashin & Newman, 2009), habiéndose incluso generado conflictos por haberse generado especulaciones en el ámbito pseudo-científico sobre los motivos de la relación entre criminalidad y autismo (Browning & Caulfield, 2011).

Freckelton (2013), considera que hay dos elementos principales sobre los que reflexionar en el momento de valorar los casos de Trastornos del Espectro Autista en el ámbito forense:

- La capacidad para comprender el proceso legal per se y de comunicarse de forma efectiva en el mismo, pudiendo estar condicionada su capacidad expresiva en el momento de tomársele declaración o de actuar en sala
- La impresión que se lleven de él por parte de aquellos que desconocen en qué consiste un Trastorno por Espectro Autista, pudiendo no entender su testimonio.

3.2. Valoración forense en casos de carácter penal en afectados por Síndrome de Asperger

Freckleton (2013) considera que mayoritariamente, en caso de comisión de un delito de carácter penal en caso de personas afectadas por Síndrome de Asperger, suele estar circunscrito en conflictos asociados a sus problemas de sociabilidad y a su rigidez ante algunos elementos, aspectos que son consistentes con su cuadro clínico de base, así como al hecho de tener severas dificultades para interpretar los estados

emocionales y mentales de otros (Kristiansson & Sorman, 2008) en base a problemas en el área de la Teoría de la Mente como explicaba Baron-Cohen (2000).

Su estilo de personalidad que puede resultar obsesivo, sus dificultades (o afectación) en la comunicación verbal o no verbal, su ingenuidad y su propensión a la conducta impulsiva en entornos poco conocidos pueden conllevar una implicación en procesos que puedan ser considerados de carácter criminal, haciéndose imprescindible que los juzgados reciban una información fiable, científica y de calidad asociada a cada caso para entender las motivaciones subyacentes a la implicación en el delito, así como los factores intelectuales y cognitivos asociados. Asimismo, se debería poder auxiliar al juez sobre el impacto en el desarrollo y pronóstico que en el síndrome pudiera tener un encarcelamiento si se diera el caso (Freckelton, 2013).

En ningún caso se pretende argumentar que el hecho de presentar un diagnóstico de síndrome de Asperger resulta incompatible con una sentencia condenatoria o con la total aceptación de la credibilidad de un testimonio, sino que se pretende arrojar luz al respecto de un sistema de justicia fiable y acorde con los avances de la ciencia forense. Browning y Caulfield (2011) reflexionan sobre el hecho de que la incomprensión del Síndrome y el hecho de que haya pocos especialistas en la materia fomentan aspectos injustos en su tratamiento judicial.

Freckelton (2013) establece 6 elementos que se deberían tener en cuenta en el momento de realizar valoraciones forenses en los casos de afectados por Síndrome de Asperger:

- I. Llegar a diagnósticos que sean profundos y científicamente defendibles
- II. Explicar en un lenguaje comprensible lo que el diagnóstico significa para el funcionamiento de la persona que ha sido evaluada
- III. Neutralizar las impresiones erróneas que las personas encargadas de realizar entrevistas o tomas de declaraciones o en un tribunal hayan podido tener
- IV. Reflexionar sobre los posibles solapamientos entre el diagnóstico y otras condiciones tales como el TDAH, el estado de ánimo trastornos, trastornos de personalidad, etc.
- V. Auxiliar a los tribunales para apreciar cómo los matices del Síndrome pueden tener relevancia en la conducta y el delito en el que han participado, como la comprensión o capacidades de afrontamiento que pueden tener ante el proceso legal y las consecuencias que pueden derivarse de los tribunales
- VI. Proporcionar la información de una manera que no degrade o estigmatice a la persona

3.2.1. Valoración de agresores diagnosticados con Síndrome de Asperger

Se han realizado algunos estudios que han intentado valorar la prevalencia del autismo entre agresores que se encontraban en poblaciones penitenciarias, habiendo hallado una proporción superior de afectados por autismo con alto rendimiento en población penitenciaria que en la población general. No obstante, Cashin y Newman (2009), valoran que estos estudios centrados en población penitenciaria usualmente con patología mental, siendo difícilmente generalizables los resultados a la población general.

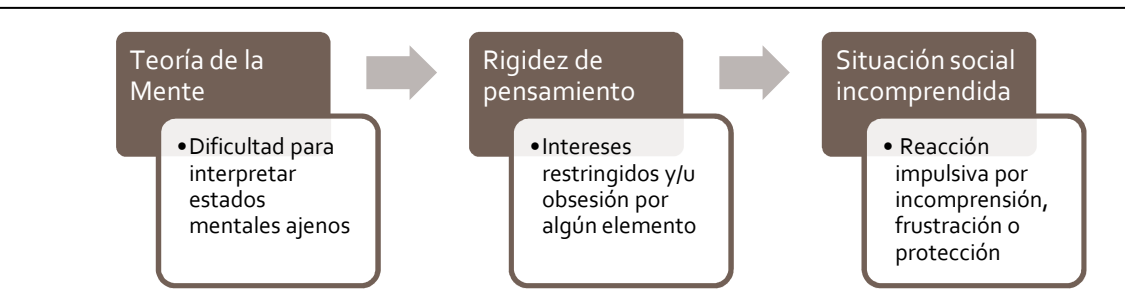
En uno de los pocos estudios que sí ha realizado un estudio comparativo entre población general (como grupo control) y afectados por Síndrome de Asperger en Dinamarca, se encontró que no existían diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la probabilidad de generar actos delictivos a excepción de los delitos relacionados con piromanía, en los que la población de afectados por Asperger era algo superior (Mouridsen, Rich, Isager, & Nedergaard, 2007).

Asimismo, en el momento de intentar valorar la relación entre Síndrome de Asperger y Violencia, Ghazziudin y sus colaboradores (1991) hallaron que sólo 3 de 132 casos analizados presentaban un historial actitudinal y de comportamiento tendiente a la violencia, concluyendo por tanto que no se podía considerar de base que el Síndrome de Asperger fuera un síndrome que viniera acompañado por la violencia en su desarrollo intrínseco, valorando años después que tras un estudio de los artículos publicados esta tendencia seguía siendo vigente (Newman & Ghaziuddin, 2008).

De hecho, se ha analizado algún caso en el que algún elemento endógeno del trastorno ha resultado ser eje central de alguna comisión de delito. Así, Cashin y Newman (2009) citan a varios autores que realizaron estudios de casos único como por ejemplo a Palermo que valoró el caso de un joven que por sus dificultades de empatía (entendemos al respecto de Teoría de la Mente), desarrollaba constantemente conductas de carácter antisocial. Citan también a Schwartz-Watts quien describió un caso en el que un joven no interpretó correctamente unas expresiones faciales en un caso que acabó en homicidio. Pese a ser estudios de caso único, en lo que suelen coincidir los autores es que el origen de esta conducta criminal suele estar asociado a la incomprensión de las demandas de otros bajos situaciones estresantes que, usualmente y por defecto, los afectados de diferentes tipos de autismo no pueden gestionar, y que al unirse con severas dificultades en elementos de Teoría de la Mente, pueden derivar en comportamientos de carácter violento (Woodbury-Smith, Clare, Holland, Kearns, Staufenberg & Watson, 2005).

Así, diversos autores coinciden en afirmar que hay ciertas características del Síndrome que en caso de cometerse una acción delictiva suelen estar presentes en los afectados por Síndrome de Asperger y suelen ser las siguientes:

Figura 5. Cuadro resumen sobre sintomatología y criminalidad en Síndrome de Asperger.



Fuente: Creación propia en base a Browning & Caulfield (2011), Attwood (2003), Haskins & Silva (2006)

Las personas con Síndrome de Asperger que presentan conducta violenta, suelen presentar las mismas dificultades que las personas afectadas con éste Síndrome que no suelen reaccionar con violencia. Es decir, siguen persistiendo los problemas defendidos por la Teoría de la Mente, los problemas en diversas funciones ejecutivas, dificultades de reconocimiento emocional en el otro, etc. Simplemente que, además, por la situación contextual se puede añadir una dificultad del afectado que está reaccionando con violencia, para entender el grado de afectación en el otro sin percatarse del daño que genera a nivel emocional, lo que puede llevarle a unos niveles elevados de violencia antes de finalizar el episodio (Gomez de la Cuesta, 2010). Únicamente se han hallado alteraciones en aquellos sujetos que a su Síndrome de Asperger les acompañaba un grado importante de aislamiento, hecho que podía favorecer la creación y mantenimiento de distorsiones cognitivas y pensamientos erróneos (Kristiansson & Sorman, 2008).

Sea como sea, muchos de estos estudios que han analizado la relación entre violencia y Síndrome de Asperger suelen dejar de lado qué otros factores pueden estar incidiendo en la generación o génesis de esa violencia (como factores ambientales), no pudiéndosele atribuir de forma determinista en esos casos la causalidad (Browning & Caulfield, 2011). Asimismo, Mouridsen (2012) explica que pueden estar incidiendo en la génesis del delito otros factores o trastornos comórbidos y no el propio trastorno de base autista y se han valorado datos estadístico de que en casos de violencia, esos afectados por Síndrome de Asperger presentaban comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico en un 30% aproximadamente, y un 54% de la muestra presentaba alta probabilidad de tener otro diagnóstico sobreañadido, aun no diagnosticado (Newman & Ghaziuddin,

2008). En estos casos solían presentar alteraciones de carácter psicótico, consumo de sustancias o graves alteraciones de personalidad. Así, cabe destacar que estas comorbilidades no son las que mayoritariamente van asociadas al Síndrome de Asperger (Newman & Ghaziuddin, 2008) haciendo estos casos, por tanto, excepcionales y pudiendo primar en esta conducta violenta esta comorbilidad más que el propio Síndrome de base, así como otros elementos de carácter psicosocial que podrían encontrarse en la población generalmente violenta sin patología (Allen, y otros, 2008). En el estudio más reciente relacionado con esta materia, pese que se realiza en base a un estudio con muestra de carácter forense, se concluye que no solamente no hay una mayor tendencia a la violencia por parte de los afectados por Síndrome de Asperger, sino que la tasa de agresividad o violencia es similar a la de la población general (Lindsay, Carson, O'Brien, Holland, Taylor, Wheeler & Steptoe, 2015).

Mouridsen (2012) resume que, de la lectura de los estudios que relacionan conducta violenta y Síndrome de Asperger se desprende que ninguno apunta, pese a las divergencias metodológicas, a que exista una relación entre violencia y Síndrome de Asperger (Allen et al. 2008), pero si destaca los problemas de análisis de los estudios:

- Presentan una muestra tan poco representativa que la prevalencia de violencia en esa muestra es epidemiológicamente insignificante,
- Presentan algún tipo de sesgo por basarse en algún tipo de muestra específica,
- Son poco comparables por el tipo de segregación o subdivisión de grupos que se realizan.

En los estudios consultados sobre las tipologías delictivas más frecuentes en los casos de agresores afectados por Síndrome de Asperger, observamos su carácter mayoritariamente anglosajón, debiéndose trabajar en un futuro por realizar estudios científicos en nuestro territorio. Aun así, destacan las siguientes tipologías delictivas, que usualmente se han analizado bajo prismas de estudio de caso único o de análisis documental del procedimiento judicial (Freckelton, 2013):

- **Incendios y piromanía.** Usualmente asociado a Trastornos de tipo Autista y no específicamente al Síndrome de Asperger (Siponmaa, Kristiansson, Jonson, Nydén, & Gillberg, 2001), presentando una prevalencia delictiva que en ocasiones es superior a la de la población general (Mouridsen, Rich, Isager, & Nedergaard, 2007). Cuanto menos, se plantea que en caso de existir un interés restringido por el fuego se debería enfocar el tratamiento de este extremo a modo preventivo (Mouridsen, 2012).

- **Delitos informáticos y Stalking (acoso virtual).** Según Freckleton (2013), el mundo virtual ofrece a las personas con Síndrome de Asperger un entorno de seguridad en el que explorar (y explotar) sus intereses y sus objetos de interés pudiendo expresar su tendencia a las rutinas y la obsesión sin que suponga un atentado a las normas sociales convencionales. Lo que es obvio es que la presencia de algún tipo de interés de carácter anti-normativo puede resultar en un delito de carácter criminal como la acumulación de pornografía, descargas ilegales, acoso de algún personaje, etc.
- **Homicidio y asesinato.** Únicamente hemos hallado una referencia bibliográfica que intente estudiar ambos conceptos, habiendo hallado del estudio de diferentes casos individuales, que no se puede atribuir una relación directa entre el Síndrome y las tendencias a este delito sin valorar otros elementos ambientales o comorbilidades del mismo (Schwartz-Watts, 2005).
- **Acoso y Acoso sexual.** Pocas son las investigaciones que se han centrado en estos elementos de estudio, pero si es cierto que todas arrojan un matiz de conducta sexual impropia más que una intencionalidad ofensiva carente de empatía hacia la víctima (Milton et al. 2002, citado en Freckleton, 2013; Browning & Caulfield, 2011) o una dificultad para comprender y respetar las normas sociales, aunque entendiendo que la violencia asociada a la agresión sexual corresponde a otros elementos que no son propios del Síndrome (Kohn, Fahum, Ratzoni, & Apter, 1998).

En relación a la comisión de estos delitos penales, encontramos un estudio que nos arroja luz sobre el concepto más complejo en estas situaciones, la valoración de la responsabilidad criminal (Katz & Zemishlany, 2006) quienes resumen que este concepto está formado por el hecho de que alguien cometa un acto criminal asociado a la intencionalidad de la comisión del mismo. Asimismo, mencionan la diferenciación entre las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto para valorar la comprensión cognitiva y emocional en la ejecución del mismo.

Cabe destacar que según Arribas (2005, citado en Molina, Trabazo, López & Fernández, 2009), la capacidad cognoscitiva hace referencia a la capacidad que un sujeto posee para captar los aspectos de la realidad a través de los sentidos y comprenderlos. Está relacionada con el conocer. Es la capacidad de recibir, asimilar, estructurar, relacionar y modificar la información del entorno con los diferentes procesos que utiliza la mente. Lo relevante de esta capacidad en el ámbito penal son

las dimensiones psíquicas que dan la posibilidad al sujeto el distinguir la licitud o ilicitud de una conducta. Es decir, si el sujeto posee todo aquello que le permita el suficiente juicio crítico como para valorar si una conducta es dañina, nociva, lesiva, etc. o no lo es. Podemos definir desde el Derecho a la capacidad volitiva como la aptitud de dirigir voluntariamente nuestra conducta. Si la circunstancia en la que, por ejemplo, se ha cometido un delito, no diera al sujeto la posibilidad de controlar su propia pauta comportamental y no se le pudiera exigir otra conducta distinta a la que realizó, sin duda, su imputabilidad se vería modificada.

Así, estos autores abogan por valorar individualmente cada caso individual de agresión, pero valoran según su experiencia forense que se produce una alteración cognitiva y volitivas de sus capacidades, habiendo llegado a valorar a algunos afectados como no responsables de sus actos y siendo, por tanto, inimputables; cuanto menos, se recomendó a la instancia judicial que un seguimiento psiquiátrico específico garantizaba una mayor calidad del seguimiento del paciente que no un mero ingreso penitenciario (Katz & Zemishlany, 2006).

3.2.2. Valoración de testigos y víctimas diagnosticados con Síndrome de Asperger

En la valoración de la capacidad de testimonio resulta esencial no únicamente poder entender cómo funciona el procesamiento de la memoria y la atención así como otras funciones básicas en el caso de la afectación en un Síndrome concreto, sino también es necesario comprender que, para garantizar una óptima obtención de información se debe atender al uso de técnicas que faciliten la recuperación de la memoria sin alteraciones y garantizando la calidad del recuerdo.

Una de las técnicas más extendidas en el mundo para obtener información por parte de víctimas y testigos se centra en la Entrevista Cognitiva, técnica que se basa en dos principios básicos del funcionamiento de la memoria (Memon, Wark, Holley, Bull, & Koehnk, 1997): Uno, que si la recuperación de la memoria se realiza en condiciones contextuales similares a las del momento de la codificación, será más fácil acceder a él y será más preciso el recuerdo recuperado (Tulving y Thomson 1973, citados en Diges, 1993; Manzanero, 2010; Ruiz-Vargas, 2010 y Saiz, 2002 entre otros). Otro, se centra en que la memoria está formada por diferentes nodos de información independientes que, si bien están interconectados entre ellos, se puede acceder a cada uno de estos de forma indistinta y utilizando diversas técnicas para ello (Geiselman, Fisher, MacKinnon, & Holland, 1985).

Así, la técnica de la Entrevista Cognitiva intenta utilizar estas técnicas en cuatro fases diferenciadas:

A) **Reconstruir mentalmente los contextos** físicos y personales que existieron en el momento del crimen (o del hecho a recordar). Esto implica que al testigo se le pida que trate de situarse mentalmente en el lugar del suceso teniendo en cuenta elementos emocionales (p.ej. recordar cómo se sentía en ese momento), elementos secuenciales (p.ej. recordar lo que estaba haciendo en ese momento) y características perceptuales (p.ej. retomar la imagen de la escena del crimen y hacer un dibujo). La razón que subyace a esta primera técnica es el principio de codificación específica de Tulving, esto es, la información contextual de un suceso se codifica junto con el evento y se conecta asociativamente (Tulving y Thompson, 1973).

B) **Recuerdo libre.** Consiste en pedirle al testigo que narre todo lo sucedido, incluyendo la información parcial e incluso detalles que considere banales para la investigación, porque éstos pueden llevar a otros, asociados entre sí en la memoria, que sean relevantes. Esta estrategia se presenta especialmente importante a la hora de combinar la información de diferentes testigos. Además, los pequeños detalles, en ciertos casos, pueden producir buenas pistas. Esta declaración permite al testigo hablar sin interrupciones.

C) **Cambio de perspectiva.** Trata de animar al testigo a que se ponga en el lugar de la víctima, o de otro testigo del suceso, incluso del sospechoso, y que informe de lo que vio o hubiera visto desde esa perspectiva, si estuviera ocupando el lugar de esa persona. Esta técnica se apoya en los estudios de Bower (1967, citado en Saiz, Saiz y Baqués, 1996), quien advirtió que los sujetos, al imaginarse los personajes de una historia, recordaban más detalles propios de la perspectiva del personaje con quien se habían identificado, que de otros personajes, obteniendo una perspectiva diferente.

D) **Recuerdo en orden inverso.** Se pretende que el individuo narre los hechos desde un orden diferente a como se desarrollaron (v. gr., desde el final al principio, desde el medio, hacia atrás) con el objetivo de recuperar pequeños detalles que puedan haberse perdido al hacer una narración de los hechos siguiendo la secuencia temporal que éstos tuvieron. Esta técnica intenta reducir los efectos que los conocimientos previos, las expectativas y los esquemas producen en el recuerdo y, además, puede ser efectiva para recuperar detalles adicionales.

Es amplia la bibliografía que analiza las bonanzas de esta técnica en la recuperación de memoria de testigos a lo largo del mundo y en diferentes grupos poblacionales. Sorprendentemente, la poquísima bibliografía específica que vincula esta técnica y los trastornos del espectro autista (y que se ha realizado mayoritariamente por los especialistas Maras y Bowler), no solo no apunta en la misma línea, sino que apoya la idea de que esta técnica empeora la calidad del recuerdo y dificulta que las personas con estos trastornos accedan a unos recuerdos de calidad, invalidando por tanto la prueba para este colectivo. Esto se debe a diferentes motivos:

- Al hecho de que al serles difícil interpretar las intenciones y actitudes de los otros, presentan mayores dificultades al cambiar de perspectiva, hecho que puede hacer incluso que pierdan calidad en su recuerdo original. Recordemos que, según Browning y Caulfield (2011), las propias deficiencias en la Teoría de la Mente estarían influyendo en las dificultades que pueden tener testigos y participantes de actividades delictivas para poder testificar de forma precisa, atendiendo a sus dificultades para ubicarse en espacio, tiempo así como para interpretar las acciones que en ese momento estaban haciendo otras personas. No obstante, sí se ha demostrado que la recuperación de la memoria en el idéntico contexto en que se codificó sí ayuda a potenciar la exactitud (Maras & Bowler, 2012).
- A que si bien pueden presentar un recuerdo muy claro sobre actividades de su interés o incluso de carácter mecánico, pueden mostrar severas dificultades para que el propio uso del lenguaje y su propia semántica les ayude como estrategia mnemotécnica, así como que este lenguaje realmente se refiera a la experiencia vivida y no a la interpretación que hacen de ésta (Maras & Bowler, 2012).
- Porque pueden presentar alteraciones en la memoria para identificar la fuente de la información, así como para identificar elementos de memoria implícita (Maras & Bowler, 2010). Por lógica, cabe reflexionar que si las personas con rasgos autistas, en especial en el caso el Síndrome de Asperger, presentan dificultades en la memoria visoespacial y en codificar óptimamente en ese sentido, no sería esperable que tuvieran la capacidad de reconstruir esos contextos a posteriori (Lind & Bowler, 2010).
- Porque debido a la tendencia a prestar atención al detalle y no a la globalidad de los elementos que les rodean, es probable que la idea de base de la entrevista cognitiva de poder vincular recuerdos entre ellos no resulte efectiva.

En cuanto a otras técnicas, ha resultado ser confuso el planteamiento sobre el tipo de entrevista más conveniente, siendo los resultados de las investigaciones algo inconsistentes entre ellos posiblemente debido al tipo de suceso recordado (Bowler, Gardiner, Grice, & Saavalainen, 2000). En este sentido, si bien se sabe que en este recuerdo libre aportarían menos detalles y serán menos precisos que el resto de población general (McCrory, Henry, & Happé, 2007), si se sabe el añadir información contextual realista puede mejorar la información sustancialmente de este recuerdo (Bowler, Gardiner, & Berthollier, 2004), recomendando, algunos estudios como más conveniente el abordaje semiestructurado de la entrevista (Mehtar & Motavalli Mukkades, 2011). Asimismo, no difieren en el tipo de errores que emiten al respecto de la población general (McCrory, Henry, & Happé, 2007), así como son igual de vulnerables a elementos postsuceso así como al uso de conocimientos previos para reorganizar la información del esquema mental del delito presentando un óptimo nivel de seguridad en sí mismos (Maras & Bowler, 2011), aunque se debe destacar que la mayoría de estos experimentos o bien están realizados bajo condiciones experimentales o bien se han realizado con menores en recuerdos vivenciales pero de carácter no traumático o hablan en términos genéricos de afectados por espectro autista sin atender a la diversidad sintomatológica del propio espectro y, en especial, del Síndrome de Asperger (Maras, Memon, Lambrechts, & Bowler, 2013).

Por otro lado, es importante asumir que las personas que presentan un diagnóstico de Síndrome de Asperger, cuentan con un elevado riesgo de probabilidad de ser victimizados a lo largo de su vida. Analizando la posibilidad de que esto ocurra en la adolescencia o la edad adulta, se ha hallado que aquellos que presentan el diagnóstico pero que sus síntomas no son tan severos, se encuentran en un nivel más elevado del riesgo (Shtayermman, 2007), por asumir que presentan capacidades preservadas para la toma de decisiones cotidianas y, por tanto, se disminuye la vigilancia y supervisión de familiares y profesionales próximos. En este sentido, es posible valorar el hecho de que aquellos que se encuentren en una esfera más cercana al sistema de justicia sean aquellos, que precisamente, se encuentren más cercanos al comportamiento aparente de la población general. Así, se han hallado cifras de victimización por lo que se refiere a agresiones físicas, sexuales y psicológicas superiores a las de la población general (Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin, 2005), o de afectados que realizaban interpretaciones distorsionadas sobre su victimización, como el reciente estudio de Palermo y Bogaerts (2015) sobre riesgo de victimización en casos de prostitución.

Cabe destacar que para este estudio se han dejado de lado todas las investigaciones que se centran en el análisis de la conducta de acoso escolar en menores y jóvenes por entender que se alejaban del núcleo de estudio forense y pericial, al resolverse mayoritariamente estos procesos en el ámbito del entorno escolar siendo muy complicado que lleguen a resolverse mediante una medida judicial que requiera una intervención policial, forense o judicial. Cabe destacar no obstante, que tampoco existe una amplia diversidad de fuentes bibliográficas a este respecto debiéndose ampliar en futuros estudios exclusivamente en este sentido, seguramente tomando como punto de partida las reflexiones de equipos de trabajo liderados por Kloosterman (2013) o Schroeder (2014).

En cuanto a la expresión del daño en víctimas de agresiones o delitos, sabemos que una de las categorías diagnósticas más estudiadas es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) aunque por concepto no se debe tratar como una comorbilidad de carácter endógeno al ser una sintomatología que surge a resultas de una vivencia de carácter traumático o estresante en un rango de entre el 5% y el 45% de personas expuestas al daño (McCloskey & Walker, 2000). Cabe destacar que, al ser uno de los diagnósticos más habituales en casos de victimización, se debe atender a cómo éste afecta a la capacidad de testimoniar y como incide en su procesamiento del recuerdo.

El Trastorno por Estrés Postraumático [309.81] (F43.10), según DSM-V (APA, 2014) se puede generar por una experiencia traumática propia o haber presenciado un daño a terceros, y consiste en la presencia de sintomatología relacionada con:

- Síntomas de carácter intrusivo o reexperimentador (recuerdos, sueños, reacciones disociativas en las que parece revivir el suceso) que vienen acompañadas de reacciones de ansiedad o de malestar severo.
- Síntomas de carácter evitativo (tanto para evitar recuerdos como para evitar experiencias reales que leudan asociar al daño)
- Alteraciones cognitivas y emocionales asociadas al daño (problemas de memoria, distorsiones cognitivas persistentes, síntomas de carácter depresivo)
- Alteración severa de la reactividad y reacciones sorprendidas de furia, hipervigilancia e irritabilidad.
- Este diagnóstico puede estar acompañado por síntomas disociativos como la despersonalización (sentirse un observador externo del propio proceso mental o corporal) o la desrealización (experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno).

En este sentido, se ha valorado que en los afectados por los trastornos del espectro autista suelen ser más visibles los síntomas de carácter somático o vegetativo, así como que la evitación se exprese en un aumento del aislamiento o desconfianza hacia el entorno social, así como se observe una imitación de elementos relevantes de la experiencia traumática (Mehtar & Motavalli Mukkades, 2011). Por otro lado, si bien existen estudios que intentan reflejar la vulnerabilidad a las agresiones de los afectados por trastornos del espectro autista, como por ejemplo los de Hellemans y sus colaboradores (2007) o los de Brown- Lavoie y su equipo (2014), no hemos hallado estudios específicos sobre vulnerabilidad en casos de afectados por Síndrome de Asperger, siendo un campo necesario y urgente en su exploración como objetivo de futuras investigaciones.

Con este apartado específico del Síndrome de Asperger en ámbito forense hemos pretendido aproximar la realidad del Síndrome al ámbito que es el eje central de este estudio, entendiendo que si bien se han realizado algunas investigaciones muy interesantes en la materia, muchas de ellas siguen un patrón de estudio de caso único, están centradas en estudios poblacionales penitenciarios, o bien se realizan en el marco de investigaciones experimentales que entendemos poco representativas atendiendo a su muestra o método de aproximación. Es por ello, que entendemos que para un buen abordaje del Síndrome de Asperger desde el ámbito forense se debe realizar una aproximación a la realidad de nuestro territorio, entendiendo como el Síndrome se expresa en nuestra población tanto a nivel clínico y de alteración de funciones, como a nivel forense y de cifra negra. En este sentido, planteamos a continuación el método y diseño de nuestra investigación que intentará aproximarnos a nuestra realidad territorial y dar respuesta a diversos planteamientos que han surgido a lo largo de nuestra revisión bibliográfica.

4. Método

Una vez finalizado el estudio bibliográfico que la materia nos ofrece, presentamos el diseño metodológico de este estudio, iniciando por el planteamiento a nivel de objetivos así como para reflejar el diseño metodológico y procedimiento del mismo.

4.1. Objetivos

Objetivo principal

- Realizar un estudio integral del Síndrome de Asperger con el objetivo de identificar elementos que ayuden a un mejor abordaje del Síndrome en el ámbito forense, incluyendo información de los principales agentes implicados en el proceso.

Objetivos complementarios

- Analizar el trato judicial que ha recibido el Síndrome de Asperger, realizando un estudio cuantitativo y cualitativo de las sentencias relacionadas con el Síndrome.
- Valorar la existencia de protocolos previos de intervención en casos de afectación por Síndrome de Asperger tanto a nivel policial como a nivel judicial.
- Analizar la existencia de datos de victimización, agresividad o cifra negra en nuestro territorio.
- Contactar con la Federación de Asperger en España, como entidad representante de los afectados a fin de que pueda participar en diferentes fases del proceso.
- Conocer la realidad de la sintomatología y el diagnóstico del Síndrome, obteniendo información de los propios afectados, sus familiares y los profesionales que los diagnosticaron
- Establecer un patrón de diagnóstico útil y funcional en el ámbito forense, arrojando luz sobre los criterios diagnósticos así como sobre la comorbilidad y el diagnóstico diferencial.
- Establecer una batería de pruebas diagnósticas que ayuden a la aproximación clínica y forense del Síndrome en nuestro territorio.
- Establecer las bases de los elementos de Psicología Básica que influyen en el testimonio de víctimas y testigos afectados por Síndrome de Asperger a fin de garantizar un óptimo estudio de sus características de exactitud y credibilidad.

- Establecer las bases sobre el comportamiento violento o agresivo en casos de Síndrome de Asperger a fin de poder arrojar luz sobre elementos de carácter cognitivo y volitivo que puedan incidir en la comprensión delictiva.
- Establecer las bases para una correcta entrevista y o interrogatorio a afectados por Síndrome de Asperger implicados en algún procedimiento de carácter legal.

4.2. Participantes y áreas de estudio

Planteamos un estudio del Síndrome de Asperger que nos ayude a comprender de forma multidimensional el trato que los afectados por este Síndrome reciben en su aproximación al mundo judicial. Así, se ha realizado un estudio de las cinco áreas más relevantes debido a su influencia y participación en el proceso legal.

- *Ámbito judicial*

Se han realizado dos tipos de aproximaciones al mundo judicial. Por un lado se ha realizado un análisis cuantitativo de las sentencias judiciales de los últimos 10 años (periodo 2004-2015) que trataban de algún modo a los afectados por el Síndrome de Asperger. En este sentido, se han sistematizado diferentes elementos de interés a fin de facilitar su análisis estadístico posterior y que se reflejan de mejor forma en el apartado específico de resultados.

Por otro lado, se ha realizado un análisis cualitativo de los datos de mayor relevancia para este estudio, analizando las argumentaciones de los magistrados y jueces en sus sentencias a fin de comprender mejor el trato que se ha dado al Síndrome a nivel histórico, elemento que nos ayudará a comprender sobre qué elementos se debe incidir en las valoraciones periciales a fin de mejorar el auxilio judicial.

- *Ámbito policial*

Se ha solicitado información a las cuatro fuerzas y cuerpos de seguridad principales del estado, pretendiendo abarcar el 100% del territorio español. Se les ha solicitado información específica sobre su vinculación con los Trastornos del Espectro Autista y Síndrome de Asperger a fin de conocer la existencia de algún protocolo específico de actuación en sus dependencias e, incluso, si se disponen de datos estadísticos sobre intervenciones llevadas a cabo con este tipo de usuarios. Debido a que la gestión de los datos las realizan los propios cuerpos, se ha garantizado el anonimato y protección de datos de los usuarios.

- ***Encuestas a familiares, profesionales y afectados por el Síndrome.***

Se han realizado encuestas virtuales a los agentes o personas que viven de forma más directa el Síndrome, como son los propios afectados (92 sujetos), los familiares de los mismos (317 familiares) y a profesionales especialistas en la materia (31 profesionales). Se ha accedido a una muestra tan específica gracias al contacto y colaboración con la Federación Asperger España.

4.3. Materiales

Se han realizado encuestas on-line contando con el apoyo de la Federación de Asperger España (FAE) a fin de poder dar difusión a las mismas garantizando que la población objetivo fuera la adecuada, garantizando la confidencialidad de los datos así como el anonimato de los respondientes, que únicamente mantienen contacto con la FAE y sus filiales en las respectivas comunidades autónomas.

Para la creación de las encuestas se han seguidos los criterios y orientaciones del Manual para la Creación de Encuestas de Victimización de Naciones Unidas (2009) y se han seguido dos procedimientos de validación de la misma: Por un lado el análisis de dos jueces independientes: Una psicóloga especialista en sintomatología infantil y Trastornos del Espectro Autista, y un miembro de la directiva de la Federación Asperger España. Finalmente, se administraron las encuestas a treinta sujetos al azar a fin de valorar dificultades de comprensión, inconsistencias internas de las encuestas, y otros elementos de tipo estadístico.

Finalmente, se presentaron los elementos informativos y de consentimiento informado de la encuesta a la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universidad Autónoma de Barcelona, quien aprobó su contenido por entender que no vulneraba los principios éticos de la Psicología y la Experimentación Humana. Se han realizado tres tipos de encuestas de las cuales se ha realizado un análisis cualitativo del contenido de las respuestas de libre redactado y, por otro lado, un análisis cuantitativo y estadístico de los datos obtenidos:

- **Ámbito profesional** (encuestas on-line realizadas a profesionales del campo forense o que dedican su actividad profesional a personas afectadas por Síndrome Asperger).
- **Ámbito familiar** (encuestas on-line realizadas a familiares de personas afectadas por Síndrome Asperger).

- **Ámbito individual** (encuestas on-line realizadas a personas diagnosticadas de TEA). Se realiza un análisis cuantitativo de los datos obtenidos exclusivamente al no haber respuestas de libre redactado.

Para un mayor conocimiento del contenido de las encuestas, recomendamos la lectura de los Anexos I, II y III, donde se presentan los formatos de las encuestas virtuales.

4.4. Procedimiento y Diseño

- ***En relación al ámbito judicial***

Se ha realizado una búsqueda sistematizada en la base de datos CENDOJ sobre jurisprudencia a nivel estatal, fijando el periodo de los últimos 10 años (2004-2015) en los que se incluyera el concepto "Asperger" o "Síndrome de Asperger". De los resultados, se ha realizado un análisis cuantitativo mediante SPSS sobre criterios básicos de la Sentencia (procedencia, año, tipo de juzgado, provincia, procedimiento, consideración del síndrome y presencia de valoración de carácter forense). Se ha realizado asimismo, un análisis del contenido de las mismas a fin de comprender mejor la fundamentación que le tribunal hizo tanto de procedimiento como de su consideración del Síndrome.

- ***En relación al ámbito policial***

Se ha realizado un contacto mediante carta o correo electrónico a los departamentos específicos en los cuatro cuerpos principales de las Fuerzas de Seguridad del estado y, asimismo, se realizó una reunión presencial con la Policía de la Generalitat de Catalunya (Mossos d'Esquadra) a fin de completar la información que se aportó documentalmente. Así, se ha realizado un análisis del contenido de la información facilitada por estas entidades.

- ***En relación a las encuestas***

Se decidió una difusión on-line y virtual de las encuestas (Sills & Song, 2002) atendiendo a la potencia de obtención de información de las mismas, así como garantizando que el método de aplicación virtual resultaba tan bueno como cualquier otro (presencial o telefónico) a nivel de obtención de información (Díaz de Rada, 2012; Manfreda, Bosnjak, Berzelak & Haas, 2008).

Para la difusión de las encuestas, una vez validadas, se ha utilizado la técnica de muestreo no probabilístico de bola de nieve, que resulta el más conveniente en este caso debido a que se pretendía alcanzar la mayor extensión del territorio posible, así como se pretendía un muestreo que garantizara no sólo el anonimato de los respondientes, sino que garantizaran una difusión controlada a una muestra objetivo específica controlando el sesgo que suelen presentar los sesgos no probabilísticos, máxime en administraciones de tipo virtual (Quivy & Van Campenhoudt, 2004). En concreto se ha utilizado el muestreo de bola de nieve no discriminatorio exponencial en el caso de las encuestas administradas a familiares y profesionales del ámbito de la salud mental (especialistas en el Síndrome Asperger y otros trastornos del espectro autista) y el muestreo de bola de nieve discriminatorio exponencial en el caso de los usuarios ya que se requería que los usuarios que han respondido a la encuesta tuvieran más de 14 años de edad. Se ha utilizado este criterio en base a elementos de responsabilidad legal y madurez en la comprensión de la encuesta debido al propio Síndrome.

Se ha realizado un análisis estadístico mediante SPSS de carácter descriptivo así como se han utilizado técnicas específicas para poder abordar elementos concretos en función del tipo de análisis requerido para cada planteamiento. Se ha analizado tanto la información de cada encuesta por separado como la vinculación de contenido entre las encuestas entre ellas.

5. Resultados relacionados con el Ámbito judicial

5.1. Análisis de Jurisprudencia relacionada con el Síndrome de Asperger en España

5.1.1. Conceptos Introdutorios

El estudio de la jurisprudencia en España indica que un elemento se convierte en principio del derecho cuando se produce de forma reiterada, como indica el art. 1.6 del Código Civil, indicando que la jurisprudencia “complementará el ordenamiento jurídico con la doctrina que, de modo reiterado, establezca el Tribunal Supremo al interpretar y aplicar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho” (Código Civil), por lo que una sentencia con carácter jurisprudente tiene facultad para modular la Ley y establecer cuáles han de ser los principios generales del Derecho.

Para crear jurisprudencia se necesita de dos Sentencias que interpreten una norma en igual sentido, surgiendo de tribunales superiores como el Tribunal Supremo (TS) que representa a todo el Estado Español, los Tribunales Superiores de Justicia (TSJ) de cada Comunidad Autónoma o, en ocasiones, de las Audiencias Provinciales (AP) que representan a las demarcaciones provinciales de cada Comunidad Autónoma; a modo de ejemplo, en Cataluña se dispone de las Audiencias Provinciales correspondientes a Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona. Esto necesariamente nos lleva a pensar que todas aquellas sentencias de carácter inferior a estas, aquellas que se emiten en juzgados de primera instancia o en juzgados de instrucción, penales, etc. únicamente gozan de la consideración de “precedentes”, sirviendo únicamente como apoyo a una determinada tesis sostenida en juicio, al carecer de auténtico contenido normativo.

Cuando una sentencia emanada por un Tribunal Superior de Justicia, no es concordante con otra emitida por otro Tribunal Superior de Justicia (se entiende de otra Comunidad Autónoma), se puede interponer el Recurso de casación, para que el Tribunal Supremo determine cuál de las dos interpretaciones contradictorias es la considerada como óptima y siente, por tanto, jurisprudencia. En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo, así como las del Tribunal Constitucional (aunque no sea un órgano judicial sino constitucional), tienen efectos normativos. Así, el artículo 5.1 de la Ley Orgánica del Poder Judicial claramente determina que las sentencias del Tribunal Constitucional (TC) son vinculantes, y los jueces y tribunales

deben interpretar todas las normas conforme con la interpretación que de las mismas normas resulte de las resoluciones dictadas por el TC en todo tipo de procesos.

Por ello, para este estudio se han tenido en cuenta todas las sentencias o autos emitidos en los últimos 11 años (2004-2015) en los que se hace referencia a que alguno de los implicados presentaba Síndrome de Asperger. Para ello se ha utilizado la base de datos CENDOJ, el Buscador de Jurisprudencia del Consejo General del Poder Judicial.

5.1.2. Jurisprudencia y Estudio de sentencias

5.1.2.1. Análisis descriptivo

En primer lugar, cabe destacar que en los últimos 11 años (enero 2004 – octubre 2015), hemos hallado únicamente 79 sentencias en las que se hace referencia a que alguno de los implicados presentaba Síndrome de Asperger, realizando la primera reflexión al respecto de que esto puede deberse a diferentes motivos:

- A que las sentencias en primera instancia puedan no estar siendo recurridas y, por tanto, no sentar jurisprudencia;
- A que no sea un colectivo con dificultades que requieran una judicialización del proceso
- A que la población afectada de Síndrome de Asperger no suela recurrir a la justicia como mecanismo de resolución de conflictos. Entendemos que con un estudio más pormenorizado de los otros apartados de esta tesis podremos arrojar luz a este debate.

Sea como sea, hemos observado una evolución en la aparición del Síndrome en los últimos 10 años. Así, en el año 2004 no consta ninguna sentencia relacionada con personas afectadas por el Síndrome de Asperger, aunque esta tendencia va aumentando con el transcurso de los años, hasta encontrarnos con las 20 sentencias del último año 2014 y 8 sentencias hasta junio de 2015, lo que debería hacernos reflexionar sobre este aumento progresivo.

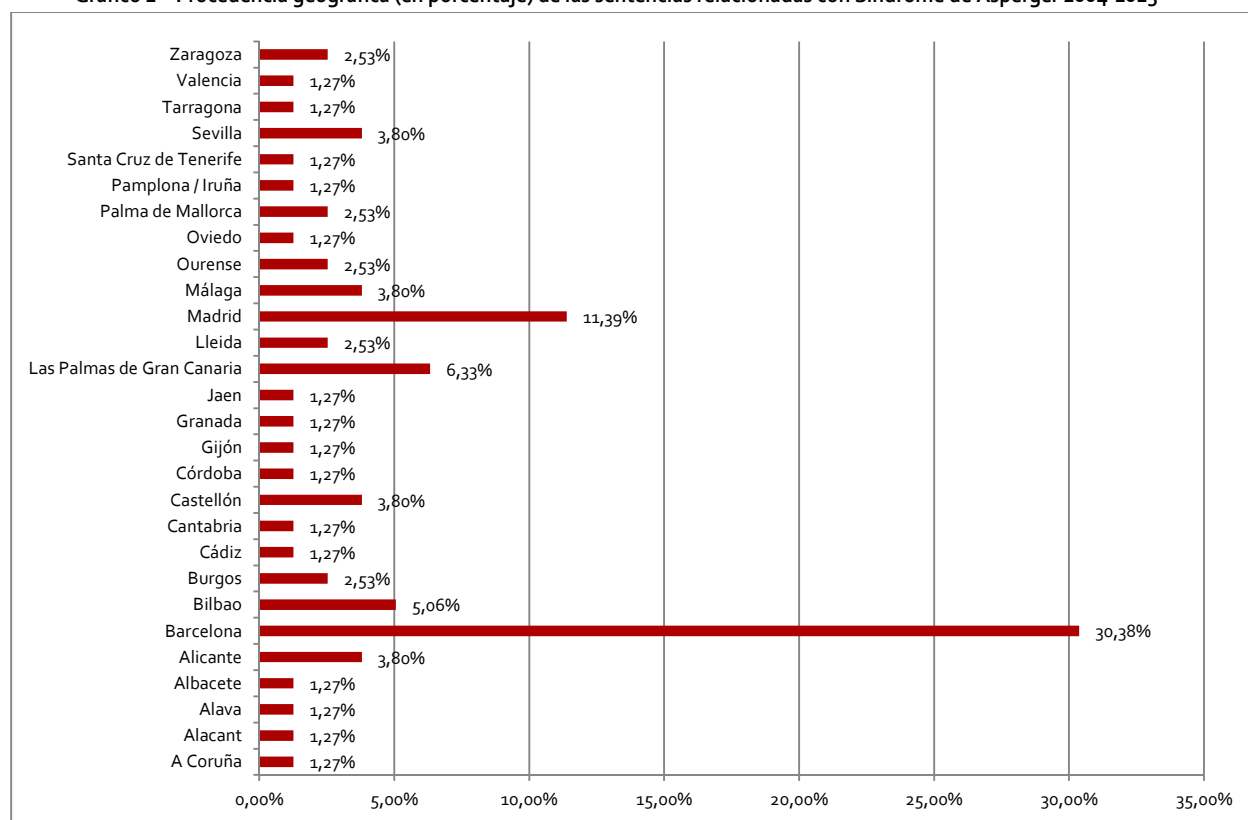
Gráfico 1 – Número de Sentencias relacionadas con Síndrome de Asperger 2004-2015



Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

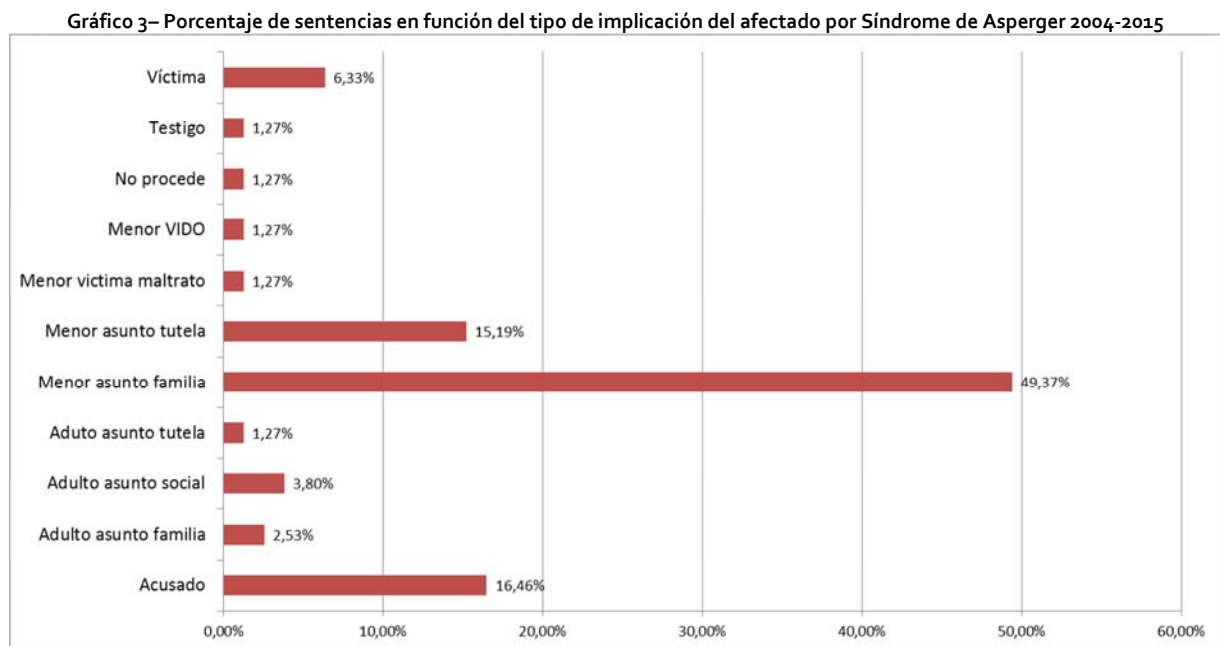
En cuanto a su procedencia la mayoría de sentencias, 24 en total, han sido emitidas en tribunales superiores catalanes (Audiencia Provincial, Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, etc.). De hecho, cabe destacar que un 91% de las sentencias las obtenemos de Audiencias Provinciales.

Gráfico 2 – Procedencia geográfica (en porcentaje) de las sentencias relacionadas con Síndrome de Asperger 2004-2015



Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

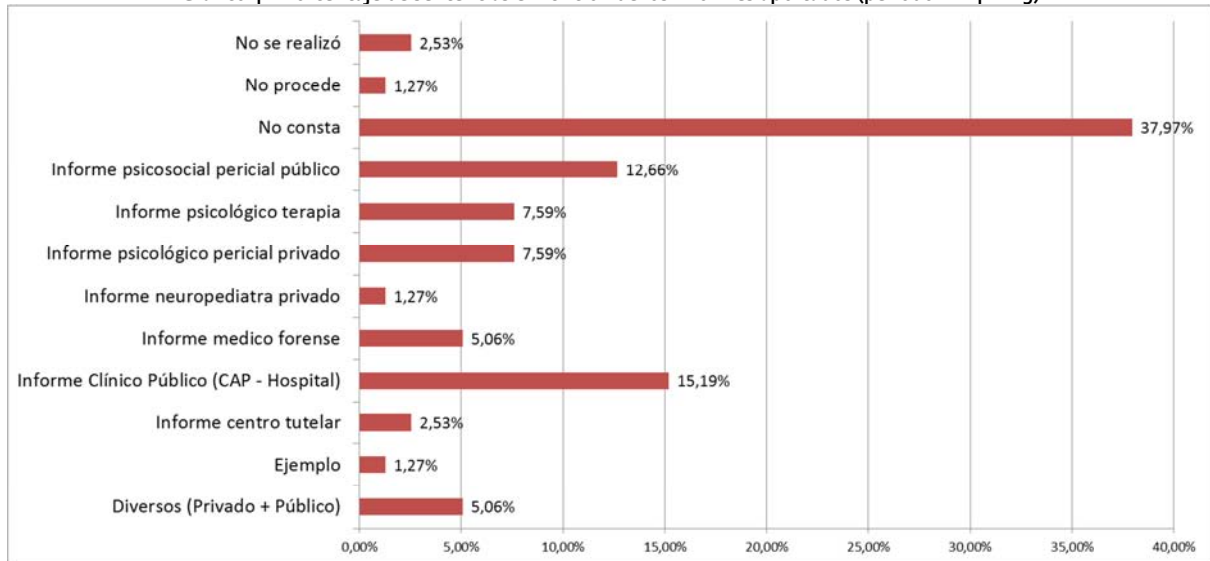
En cuanto al tipo de implicación que los afectados han tenido en estos procesos, consta una amplia presencia de procesos de familia o bien procesos seguidos contra la administración por procesos de tutela de estos menores. Por otro lado, tenemos la implicación que los afectados del síndrome han tenido como víctimas o imputados en algún delito de tipo penal.



Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

Para comprender como se ha fundamentado en dichas sentencias la consideración del síndrome, hemos realizado un análisis de qué tipo de organismos o entidades han aportado documentación de relevancia en auxilio del juez en la toma de esa decisión. Cabe destacar que mayoritariamente no consta en base a qué documentación se decidió el tipo de afectación que el implicado en el proceso tenía del síndrome de Asperger. A continuación tendríamos que mayoritariamente el auxilio judicial que proviene de aquellos organismos que emitieron su valoración resultaron ser entidades públicas cuya valoración del trastorno no aporta contenidos de carácter forense (como por ejemplo certificados de incapacidad). Asimismo, observamos una menor presencia de informes psicosociales públicos y privados de carácter forense.

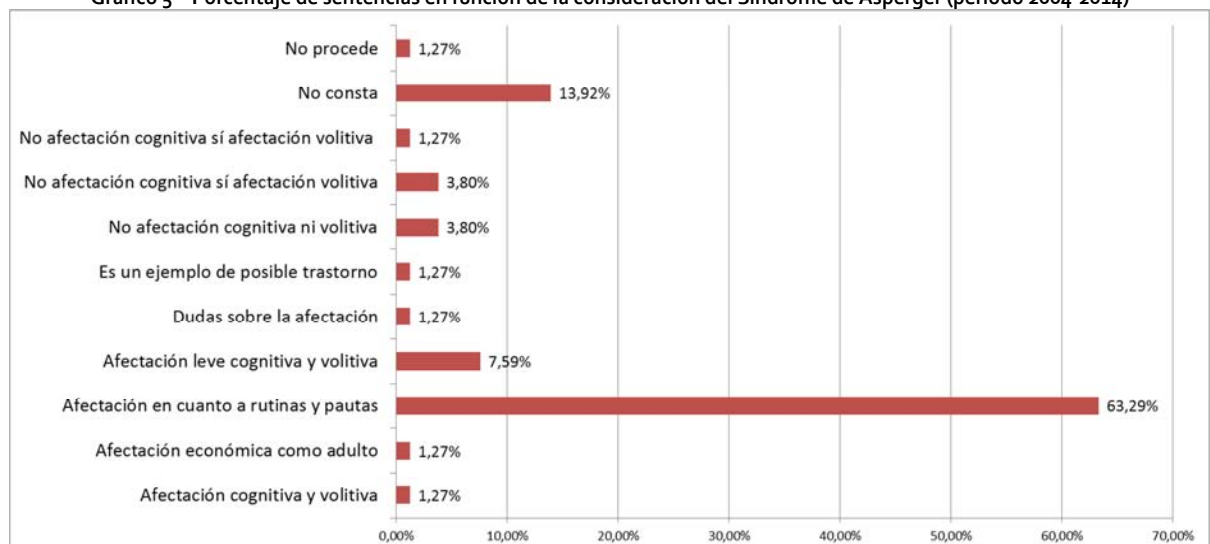
Gráfico 4 – Porcentaje de sentencias en función de los informes aportados (periodo 2004-2015)



Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

Finalmente, del análisis de estos informes, las administraciones de justicia valoran que nivel de afectación ante el proceso tienen los afectados por Síndrome de Asperger, considerando mayoritariamente una afectación en rutinas y pautas de comportamiento. Por otro lado, tenemos una amplia variabilidad en cuanto a la consideración en procedimientos penales al respecto de la afectación de las capacidades cognitivas y volitivas de los participantes del proceso legal, aspecto en el que creemos que este estudio deberá arrojar luz.

Gráfico 5 – Porcentaje de sentencias en función de la consideración del Síndrome de Asperger (periodo 2004-2014)

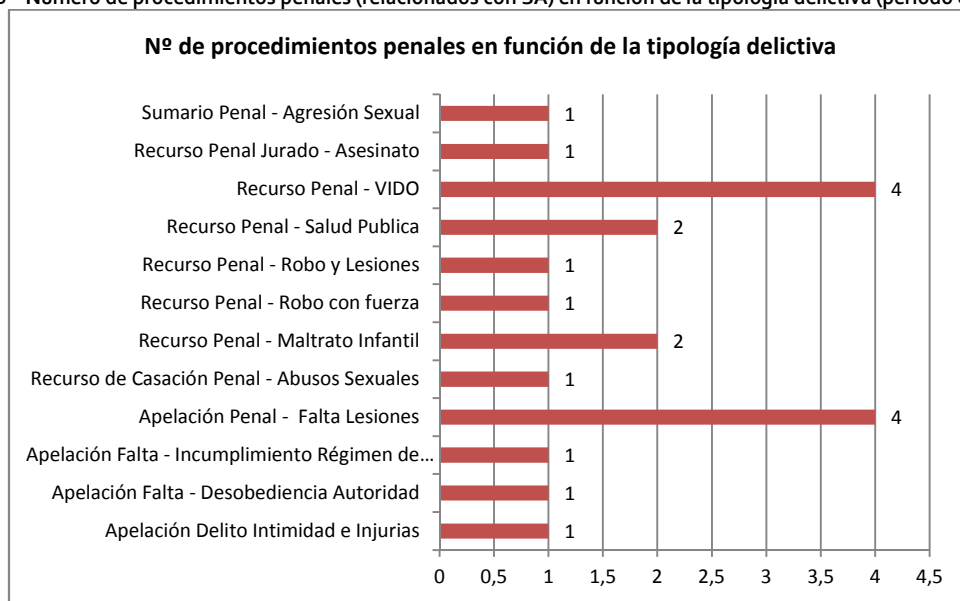


Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

5.1.2.2. Procedimientos de Carácter Penal

Como se puede apreciar en la tabla siguiente, que se ha realizado en base a valores absolutos para facilitar su comprensión, observamos una amplia variabilidad en los procesos penales relacionados con personas afectadas por Síndrome de Asperger. Aun así, los procedimientos que mayoritariamente han sentado jurisprudencia están relacionados con procesos de violencia contra las personas (cuatro por violencia doméstica, dos por lesiones y cuatro por maltrato infantil), así como delitos contra la salud pública por posesión o tráfico de algún tipo de sustancias (dos procedimientos).

Gráfico 6 – Número de procedimientos penales (relacionados con SA) en función de la tipología delictiva (periodo 04-15)



Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

En estos procedimientos consta un desigual trato de los afectados por el Síndrome en relación a aspectos altamente relevantes como su afectación en capacidades cognitivas o volitivas, así como en su aceptación de testimonio (dudando en ocasiones de su credibilidad o exactitud). Aun así, en el caso de ser imputados, suele serles otorgada alguna categoría de atenuación del delito, no considerando el Síndrome como de entidad suficiente para considerarse eximente.

A continuación procedemos a un estudio pormenorizado de las sentencias a fin de poder comprender mejor como han sido sustentadas en base al tipo de delito que se imputaba. Para una mayor profundización en los fundamentos de dichas sentencias, recomendamos la lectura del Anexo IV, donde se presentan los extractos de interés de las mismas.

En relación a los delitos de Homicidio / Asesinato

En el único caso que se ha producido por asesinato, el imputado estaba afectado de Síndrome de Asperger, considerando este Síndrome como una atenuante analógica (art. 21.7 del Código Penal) de enajenación mental, que se aplica a supuestos no cubiertos ni por la eximente completa del artículo 20.1 CP de anomalía o alteración psíquica, ni por la eximente incompleta del artículo 21.1.CP. Así, en esta sentencia se explica que el acusado padecía una alteración en sus facultades volitivas pero no intelectivas. También se le aplicó la atenuante de confesión del delito (art. 21.4 CP)¹

En relación a los delitos Contra la Salud Pública

En relación a los dos procedimientos seguidos en relación a delitos Contra la Salud Pública (es decir, vinculados con el tráfico de estupefacientes o sustancias tóxicas), siguen considerando este Síndrome como una atenuante. En cuanto a la afectación de capacidades cognitivas y volitivas, se ha considerado que el Síndrome no afectaba a las capacidades intelectivas del imputado, afectado por Síndrome de Asperger, pero sí levemente a las volitivas, considerando la atenuante analógica (art. 21.7 del Código Penal)², o bien la atenuante relacionada con la severa adicción a tóxicos asociada al síndrome en el otro caso (art. 21.2 del Código Penal)³

En relación a los delitos de abusos y/o agresión sexual

En relación a este tipo de delitos nos encontramos casos en los que se absuelve al imputado por un delito de agresión sexual a un menor por falta de pruebas, sin que esta absolución guarde relación con la presencia o no de sintomatología.⁴

En un caso analizado en el que el afectado es denunciante, vemos un ejemplo en el que no se da credibilidad a la declaración de la víctima (afectada por Síndrome de Asperger) o se aprecian dudas razonables en cuanto a su actitud y se valora que (como afectado) presenta preservadas sus capacidades cognitivas y volitivas, por lo

¹ Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Civil y Penal. Granada. Sección 1ª. Nº de Recurso: 35/2012 - Nº de Resolución: 3/2013 PENAL – JURADO, de 11 de febrero de 2013

² AUDIENCIA PROVINCIAL DE PALMA DE MALLORCA- SECCIÓN 2ª - Rollo número 99/13, Procedimiento Abreviado (182/12). Procedencia Instrucción número 3 de Ibiza SENTENCIA nº 11/14

³ AUDIENCIA PROVINCIAL DE ALAVA Sección 2ª - Rollo ape. abrev. 4/08 – O. Judicial Origen: Juzgado de lo Penal nº 2 (Vitoria-Gasteiz) – Procedimiento abreviado 123/07

⁴ TRIBUNAL SUPREMO. SALA DE LO PENAL - Auto 1547/2014 - Nº de Resolución: 2002/2014

que no se considera adecuado mantener la acusación, absolviendo al imputado de esta agresión sexual⁵.

En relación al delito de injurias

Únicamente se dispone de un caso en el que el imputado presentaba Síndrome de Asperger en un caso así. En este caso, la Audiencia le absuelve al entender que el imputado había manifestado que presentaba el Síndrome en los momentos de la comisión de estas acciones de acoso e injurias⁶.

En relación a los delitos de robo con fuerza y lesiones

Cabe destacar una de las sentencias en la que la declaración de la presunta víctima del delito, afectada por Síndrome de Asperger, no se consideró pieza esencial del proceso atendiendo el juez que no se podía estimar a como afectaba este Síndrome a su capacidad testimonial en términos de exactitud y credibilidad, debiendo poner por tanto la misma en duda atendiendo al principio de la duda razonable (en beneficio del imputado por las agresiones)⁷. Además, nos encontramos con un caso en el que el afectado por Síndrome de Asperger ya había sido condenado por el Juzgado Penal de referencia como autor de un delito de robo con violencia concurriendo la atenuante de reparación del daño y la atenuante muy cualificada de anomalía psíquica, absolviéndole de la falta de maltrato por la que venía siendo acusado. En su lugar, la Audiencia Provincial le absuelve del delito de robo con violencia por el que venía siendo acusado atendiendo a la afectación del Síndrome⁸.

Por otro lado, si bien es una sentencia relacionada con un hurto, hemos entendido conveniente situarla en este apartado por estar relacionada con la sustracción de objetos. Cabe destacar que pese a existir un informe médico forense del caso, se manifiesta en él que no es posible pronunciarse sobre las capacidades volitivas o cognitivas del imputado (afectado por Asperger) pero finalmente se le absuelve por falta de pruebas⁹.

⁵ AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA. SECCION 10ª Rollo nº 118/2007 Sumario nº 3/07 Juzgado de Instrucción núm. 2 de Terrassa - Sentencia 174/2010

⁶ AUDIENCIA PROVINCIAL JAEN Sección Segunda juzgado de instrucción núm. Tres de úbeda diligencias previas núm. 565/2010 ROLLO APELACIÓN PENAL NÚM. 87/2011 A U T O NÚM. 125

⁷ AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA SECCIÓN 10ª - ROLLO Nº 164/2012 - PROCEDIMIENTO ABREVIADO Nº 245/2012 - JUZGADO DE LO PENAL Nº 3 BARCELONA

⁸ AUDIENCIA PROVINCIAL DE BIZKAIA - OFICINA COMUN DE TRAMITACION PENAL - Sección 6ª - RECURSO: Rollo apelación .abrev. 65/06-6ª - Proc. Origen: Proced. abreviado 320/05 Jdo. de lo Penal nº 2 (Bilbao) SENTENCIA Nº 246/06

⁹ Audiencia Provincial de Madrid - Sección 1 - Apelación Sentencias Procedimiento Abreviado 891/2014 - Origen: Juzgado de lo Penal nº 14 de Madrid - Procedimiento Abreviado 103/2011 - Nº de Recurso: 891/2014 - Nº de Resolución: 47/2015

En relación a los delitos de Maltrato Infantil y Violencia Doméstica

Cabe destacar una de las sentencias, en la que la declaración de la presunta víctima del delito (un menor de edad afectado por Síndrome de Asperger), no se consideró pieza esencial del proceso atendiendo el juez que no se podía estimar a como afectaba este Síndrome a su capacidad testimonial en términos de exactitud y credibilidad, debiendo poner por tanto la misma en duda atendiendo al principio de la duda razonable (en beneficio del imputado por las agresiones, que resultaba ser su padre biológico)¹⁰. En uno de los casos relacionados con Violencia Doméstica, se estimaba que las agresiones del imputado contra su pareja eran consideradas de especial gravedad por diversos motivos, siendo uno de ellos que se produjeran delante de uno de los hijos del matrimonio, afectado por Síndrome de Asperger, estimando el daño emocional que esto podía causarle¹¹. Por último, en uno de los casos en los que era el imputado quien presentaba el Síndrome de Asperger, se consideró que presentaba una afectación de sus capacidades cognitivas y volitivas en el momento de las agresiones que se le imputaban a sus primos (menores de edad), manteniendo la condena en parte, al suprimirle la pena privativa de libertad¹².

En relación a la falta de lesiones

En un caso en el que el imputado presentaba Síndrome de Asperger y acosó a una chica insultándola reiteradamente en la calle, observamos que se vuelven a aplicar atenuantes por analogía de afectación mental (art. 20.1 del CP) en su sentencia, manifestando el juez que pese a que los hechos pudieran ser constitutivos de aplicación de eximente, no se le ha aportado prueba pericial en ese sentido, debiendo por tanto fijar únicamente una atenuante¹³. Otro de los casos está relacionado con la aseguradora de una empresa pública que solicita que se la absuelva de pagar al indemnización que le correspondía a un afectado por síndrome de Asperger que fue agredido por un vigilante de seguridad por saltarse un control. El vigilante fue condenado así como la aseguradora. Finalmente, el juez absolvió a la empresa aseguradora¹⁴. Finalmente, en uno de los casos, se producen denuncias cruzadas entre un varón que agredió a un menor de edad (afectado por Síndrome de

¹⁰ AUDIENCIA PROVINCIAL BARCELONA SECCIÓN OCTAVA Rollo nº. 294 de 2.005. Diligencias Previas nº. 5712 de 2.004

¹¹ AUDIENCIA PROVINCIAL Santa Cruz de Tenerife - Sección: 5 - Recurso: 99/2006 - Nº de resolución: 538/2006

¹² AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID Sección Veintitrés ROLLO DE APELACIÓN Nº 104-09 PROCEDENTE DE JUZGADO PENAL 18 MADRID JUICIO ORAL 321-07 SENTENCIA Nº 1227/11

¹³ AUDIENCIA PROVINCIAL PAMPLONA/IRUÑA Sección 1 - Nº de Recurso: 70/2008 - Nº de Resolución: 25/2009

¹⁴ AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID - SECCIÓN SÉPTIMA - ROLLO Nº 395/2012-RT – Procedimiento de Origen : JUICIO DE FALTAS Nº 753/2010 - Órgano de Procedencia : JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 52 DE MADRID - SENTENCIA Nº 406/2012

Asperger) y la madre de éste que agredió al presunto agresor, condenando finalmente al agresor y absolviendo a la madre¹⁵. En otro caso interesante, no se acredita como el Síndrome afecta a las capacidades cognitivas, incluso generando cierta confusión entre el redactado del informe forense y el recurso, lo que lleva al juez a desestimar cualquier tipo de afectación, tratándose de un caso de menores¹⁶.

En relación a asuntos de orden público

En este tipo de casos se ha aplicado la atenuante analógica de alteración psíquica (20.1 del CP), siempre entendiendo una afectación en las capacidades volitivas del imputado (afectado por Síndrome Asperger) pero no de tipo cognitivo, al haber insultado y agredido a agentes de la policía al incautarle un trozo de hachís¹⁷.

En relación a los delitos de quebrantamiento

Destaca un caso en el que una psicóloga perito de parte explica la afectación del Síndrome de Asperger en este caso, siendo la psicóloga habitual del afectado (imputado por saltarse la orden de alejamiento impuesta contra su mujer) pero no es estimada su valoración pericial por ser de parte y por entender el juez que el imputado sí era capaz de discernir y de mentir sobre los hechos que se encausaban¹⁸. En otro de los casos en los que el imputado estaba afectado por Síndrome de Asperger, se estimaba una atenuante por trastorno mental transitorio al entender que su señoría que el "Trastorno Generalizado del Desarrollo de Asperger" que presentaba, le afectaba con un deterioro leve de sus facultades volitivas y cognoscitivas¹⁹, pese a que este Síndrome no es transitorio.

¹⁵ AUDIENCIA PROVINCIAL DE MALAGA - SECCION NOVENA JUZGADO DE INSTRUCCIÓN NUMERO UNO DE TORREMOLINOS. AUTOS DE JUICIO DE FALTAS NUMERO 107/10 ROLLO DE APELACION NUMERO 150/11 SENTENCIA Nº 367/11

¹⁶ AUDIENCIA PROVINCIAL DE LLEIDA. SECCIÓN PRIMERA ROLLO DE SALA 10/2015 - EXPEDIENTE MENORES 19/2014 - JUZGADO MENORES 1 LLEIDA – Sentencia 187/15

¹⁷ AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA SECCIÓN 2ª ROLLO Nº 94/10 SENTENCIA Nº 304/10 ORDEN PÚBLICO JUICIO DE FALTAS RÁPIDO: 7/10 JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2 DE CÓRDOBA

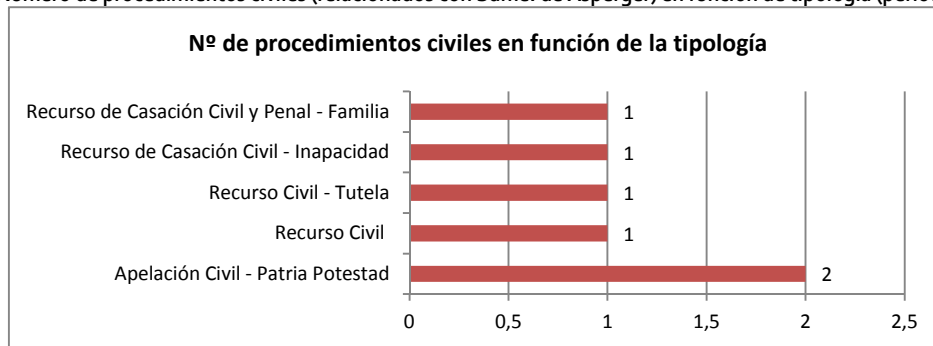
¹⁸ AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID - Apelación Sentencias Procedimiento Abreviado 862/2014 M10 - Origen: Juzgado de lo Penal nº 36 de Madrid - Procedimiento Abreviado 94/2014 - SENTENCIA 469 / 2014

¹⁹ AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID SECCIÓN SÉPTIMA ROLLO Nº 307/2010-RP JUICIO ORAL Nº 125/2007 JUZGADO DE LO PENAL Nº 2 DE ALCALA DE HENARES SENTENCIA Nº 28/2011

5.1.2.3. Procedimientos de Carácter Civil

Todos los procesos civiles analizados están relacionados con la tutela de menores por parte de la administración pública, o bien relacionados con recursos sobre procedimientos de incapacidad. Se hace necesario profundizar en los contenidos de dichas sentencias para valorar su trato jurisprudencial.

Gráfico 7 – Número de procedimientos civiles (relacionados con Sdme. de Asperger) en función de tipología (periodo 04-15)



Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

En relación a los procesos de tutela

En relación a la reclamación de la patria potestad, por parte de una madre a quien le fue retirada su hija menor de edad (afectada por Síndrome de Asperger) quien residía en ese momento con una familia de acogida, el juez estimaba que no era recomendable retornarle la potestad sobre la menor, por tres motivos principales (en base al informe psicológico pericial de la administración pública): Los propios problemas de la madre en base a sus adicciones, la desatención de la menor en base al Síndrome y en base a la estabilidad de la misma en la familia acogedora²⁰. En otro caso en el que la menor también estaba afectada por Síndrome de Asperger, la sentencia estimaba que no era competente retomar el contacto con la madre de ésta por entender que presionaba a la menor intentando influirla, estimando como creíble el testimonio de la menor²¹. Similar reflexión se extrae en relación a una madre quien carecía de capacidades para cuidar de una menor con Síndrome de Asperger a su cargo²².

²⁰ Audiencia Provincial de Barcelona, Sección Decimoctava - SENTENCIA N. 780/2014 - Rollo n.: 745/2014 - Oposición medidas en protección de menores n. 181/2013 - Procedencia: Juzgado de Primera Instancia n. 17 de Barcelona

²¹ AUDIENCIA PROVINCIAL DE CADIZ SECCION 5ª - Juzgado de 1ª Instancia 4 de Cádiz - Asunto 664/2011 - Rollo de apelación 481/2012 - Auto 119/2012

²² AUD.PROVINCIAL SECCION N. 5 - A CORUÑA - SENTENCIA: 00035/2015 - Rollo: 236/14 - Proc. Origen: Juicio Oposición Medidas en Protección Menores 137/11 - Juzgado de Procedencia: 1ª Instancia núm.10 de A Coruña - SENTENCIA Nº 35/2015

Del resto de procedimientos no se ha podido extraer información relacionada por el Síndrome al ser sentencias que explícitamente hacían referencia a contenidos procesales de tipo jurídico.

5.1.2.4. Procedimientos de Familia

En relación a los procesos de familia, observamos que de los 43 procedimientos analizados en recursos de Familia, sólo uno de ellos era dimanante de un juzgado de Violencia Contra la Mujer, habiéndose instruido el resto en juzgados de familia ordinarios.

Por otro lado, cabe destacar la preponderancia de emitir autos o sentencias en la línea de otorgar la guarda y custodia materna, atendiendo a que las madres resultaban ser las referentes de estos menores a nivel histórico y, considerando que el Síndrome Asperger requería una mayor dedicación y atención, así como un menor cambio de rutinas para los menores. Por ello, el grupo de las sentencias o autos emitidos en este sentido durante los últimos 10 años, han podido modificar parcialmente las sentencias de instancias inferiores en cuanto a sus elementos asociados (como la modificación de periodos vacacionales, pensiones alimentarias o régimen de visitas), pero no ha sido hasta el año 2014 cuando encontramos una primera sentencia sobre guarda y custodia compartida en casos en los que el menor esté afectado de Síndrome Asperger.

Valoración de guarda y custodia monoparental materna

En relación a lo comentado en la introducción de este apartado, se hace necesario entender qué elementos han resultado de interés para jueces y magistrados en el momento de emitir sus sentencias en procedimientos de familia para conocer mejor qué aspectos deberían analizarse pericialmente a fin de mejorar el auxilio.

En la mayoría de sentencias que argumentan la guarda y custodia materna, se menciona de algún modo el hecho de que la figura materna ha resultado principal en el cuidado del menor siendo referente para el mismo de sus actividades cotidianas. Al respecto de otros elementos de interés, presentamos a continuación una tabla resumen del contenido de estas sentencias que entendemos de interés para conocer mejor la decisión al respecto de la guarda monoparental materna. Para una mayor profundización en los fundamentos de dichas sentencias, recomendamos la lectura del Anexo V, donde se presentan los extractos de interés de dichas sentencias.

Figura 6 – Tabla de análisis de fundamentación y elementos de interés en casos de guarda materna (periodo 04-15)

Fundamentación	Sentencia
Afectación de rutinas y necesidad de no realizar muchos cambios para el menor	- Audiencia Provincial de Alicante, Sección 6ª, Recurso 364/2013 - Juzgado de Primera Instancia nº 10 Alicante - Autos nº 1078/12 – Sentencia 310/2013
	- Audiencia Provincial de Castellón SECCIÓN 2ª - Rollo de apelación 116/ 2012 - Juzgado de Primera Instancia número 7 de Castellón - Modificación de Medidas núm. 1222/2011 – Sentencia 142/2012
	- Audiencia Provincial de Alicante. Sección 4a. Rollo 187/14 - procedimiento: recurso de apelación (LECN) nº 000187/2014 - dimana del modificación medidas contencioso nº 000188/2011 del juzgado de primera instancia e instrucción número 1 de San Vicente del Raspeig
	- Audiencia Provincial de Barcelona. SECCIÓN 12a - ROLLO Nº 1133/2013-R - JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 6 TERRASSA - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC NÚM. 1949/2010 – sentencia 308/14
	- Audiencia Provincial de Burgos SECCION N. 2 - SENTENCIA: 00438/2012
	- Audiencia Provincial de Barcelona - SECCION 18ª - ROLLO 1132/2011 - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC Nº 244/2010) JUZGADO 1a INSTANCIA 15 BARCELONA – Sentencia 707/2012
	- Audiencia Provincial de Zaragoza, Sección 2 - SENTENCIA: 00450/2010 - SENTENCIA NÚMERO 450-2010 procedentes del JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5 de ZARAGOZA
	- Audiencia Provincial de Málaga. SECCION SEXTA - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº SEIS DE MALAGA - JUICIO DE MEDIDAS DE MENORES Nº 34/09 - ROLLO DE APELACION CIVIL Nº 9/10 - SENTENCIA Nº 343/10 (se solicita concretar periodos vacacionales a fin de garantizar rutinas)
	- AUD.PROVINCIAL SECCION N. 7 GIJON - SENTENCIA: 00297/2014 - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 7 de GIJON - RECURSO DE APELACION (LECN) 91 /2014 - Juzgado de procedencia: JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 de VILLAVICIOSA 10 (se solicita concretar periodos vacacionales a fin de garantizar rutinas)
	- Audiencia Provincial Madrid - Sección: 22 - Nº de Recurso: 1074/2014 - Nº de Resolución: 410/2015 - Recurso de Apelación 1074/2014 - O. Judicial Origen: Juzgado de 1ª Instancia nº 27 de Madrid - Autos de Familia. Modificación de medidas supuesto contencioso 718/2013
- Audiencia Provincial Barcelona - Sección: 18 - Recurso: 1090/2013 - Resolución: 67/2015 - Rollo n.: 1090/2013 - Divorcio cont. (art.770 - 773 LEC) nº 605/2012 – Proced.: Juzgado de 1a Inst 15 de Barcelona	
Pautas educativas diferentes entre progenitores	- Audiencia Provincial de Alicante, Sección 6ª, Recurso 364/2013 - Juzgado de Primera Instancia nº 10 Alicante - Autos nº 1078/12 – Sentencia 310/2013
	- Audiencia Provincial de Burgos. Sección 2- SENTENCIA: 00518 /2011 - SENTENCIA Nº 518/2011
	- Audiencia Provincial de Zaragoza, Sección 2 - SENTENCIA: 00450/2010 - SENTENCIA NÚMERO 450-2010 procedentes del JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5 de ZARAGOZA
- Audiencia Provincial de Barcelona - Sección decimoctava - rollo nº 767/2009 - Divorcio núm. 79/2008 - Juzgado de 1ª instancia 7 Vilanova i la Geltru - sentencia núm. 440/2010	
Consideración de disminuir la pensión de alim.	- Audiencia provincial de Barcelona – sección 18 - rollo nº 427/2007 - juicio de divorcio contencioso nº 554/2006 - juzgado de primera instancia nº 14 de Barcelona - sentencia núm 243/08
Consideración del tratamiento psicológico del menor como gasto extraordinario no incluido en la pensión alimentaria	- AUDIENCIA PROVINCIAL SEVILLA - Sección 2ª - JUZGADO DE PROCEDENCIA 1ª Instancia nº7 de Sevilla - ROLLO DE APELACIÓN 2365/12-C - JUICIO Nº 1300/10 - SENTENCIA NÚM. 291
	- AUDIENCIA PROVINCIAL VALENCIA - Sección 10ª - Rollo 196/2012 – Auto 129/12
	- AUDIENCIA PROVINCIAL BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO Nº 729/2009, JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 18 DE BARCELONA - Procedimiento Ejecución sentencia Autos 969/2008 AUTO Nº 211/2010
	- AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - Sección DUODÉCIMA - Rollo nº. 692/2009 - A- EJECUCIÓN TÍTULOS JUDICIALES – Auto Núm. 87/2010
- AUD. PROVINCIAL SECCION N. 1 – OURENSE – SENT.: 111/2008 – Apelación Civil. Dimanante de Juicio de Divorcio procedentes del Juzgado de 1ª Inst. 2 de Ourense, nº. 56/06, rollo de apelación núm. 737/07	

Fundamentación	Sentencia (cont.)
Consideración de aumentar (o mantener) la pensión de alimentos para poder atender las necesidades de atención al menor afectado por el Síndrome	<ul style="list-style-type: none"> - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN 12a - ROLLO Nº 469/2013-B - JUZGADO 1a INST. 4 MANRESA - MODIFICACIÓN MEDIDAS DEFINITIVAS 505/2010 – sentencia 719/14 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO Nº 690/2011 - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC Nº 299/2008) - JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 8 GAVÀ – Sentencia 403/2012 - AUDIENCIA PROVINCIAL ALBACETE SECCION 1a - Apelación Civil 85/12 - Sentencia 114/2012 - A.P. LAS PALMAS (Secc. 3ª); Rollo 1.127/2008 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA - SECCIÓN TERCERA - Rollo nº: 1.127/2008 - Asunto: 797/2007 - Procedencia: Juzgado de Primera Instancia No. Cinco de Las Palmas de Gran Canaria - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BIZKAIA - Sección 4ª - A.mod.med.def.L2 133/08 - O. Judicial Origen: 1ª Instancia (Familia) nº 5 (Barakaldo) - Autos de Mod.med.defin.L2 95/07 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA ROLLO Nº 452/2007 - PROCESO DE DIVORCIO nº879/2005 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA 17 de BARCELONA – sentencia núm. 186/2008 - Audiencia Provincial Alicante - Sección: 4 - Nº de Recurso: 498/2004 - Nº de Resolución: 39/2005 Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Alicante - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN DOCE - ROLLO Nº 638/2004 B - DIVORCIO CONTENCIOSO Nº 272/2003 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 1 DE TERRASSA – Sentencia 7/05 - AUDIENCIA PROVINCIAL SEVILLA - Sección Segunda - JUZGADO DE PROCEDENCIA 1ª Instancia Nº23 de Sevilla - ROLLO DE APELACIÓN 2306/14-F - JUICIO Nº 655/13 - SENTENCIA NÚM. 429 - AUDIENCIA PROVINCIAL TARRAGONA - SECCION PRIMERA - ROLLO NUM. 119/2014 - DIVORCIO NUM. 794/2012 - VALLS NUM. UNO – Sentencia 125/15
Comunicación entre los padres poco fluida o incluso negativa	<ul style="list-style-type: none"> - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO 1132/2011 - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC Nº 244/2010) JUZGADO 1a INST 15 BARCELONA – Sent 707/12 - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – BURGOS - SENTENCIA: 00518 /2011 - SENTENCIA Nº 518/2011 - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – ZARAGOZA - SENTENCIA: 00450/2010 - SENTENCIA NÚMERO 450-2010 procedentes del JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5 de ZARAGOZA
Dinámica de relación padre e hijo/a deteriorada	<ul style="list-style-type: none"> - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO 1132/2011 - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC Nº 244/2010) JUZGADO 1a INSTANCIA 15 BARCELONA – Sentencia 707/2012 - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – BURGOS - SENTENCIA: 00518 /2011 - SENTENCIA Nº 518/2011 - Audiencia Provincial de Barcelona - Seccion decimoctava - rollo nº 767/2009 - Divorcio núm. 79/2008 - Juzgado de 1ª instancia 7 Vilanova i la Geltru - sentencia núm. 440/2010 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN DECIMOSEGUNDA - ROLLO Nº 220-2006.-A - MODIFICACION MEDIDAS 230-2005 - JUZGADO DE 1a INSTANCIA Nº 18 DE BARCELONA - Sentencia 473/2006
Falta de aceptación por parte del padre del diagnóstico del /de la menor afectado/a por el Síndrome (usualmente considerándolo el padre como una afectación causada por el talante sobrepotección de la madre)	<ul style="list-style-type: none"> - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – BURGOS - SENTENCIA: 00518 /2011 - SENTENCIA Nº 518/2011 - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – ZARAGOZA - SENTENCIA: 00450/2010 - SENTENCIA NÚMERO 450-2010 procedentes del JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5 de ZARAGOZA - Audiencia Provincial de Barcelona - Seccion decimoctava - rollo nº 767/2009 - Divorcio núm. 79/2008-Juzgado de 1ª inst 7 Vilanova i la Geltru- sentencia 440/2010 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA – SECCION 18 - ROLLO Nº 427/2007 - JUICIO DE DIVORCIO CONTENCIOSO Nº 554/2006 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 14 DE BARCELONA - SENT núm 243/08 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN Duodécima - ROLLO Nº 306/2013-R - JUZGADO 1ª Inst 3 IGUALADA - MODIFICACIÓN MEDIDAS SUPUESTO CONTENCIOSO NÚM. 1065/2010 - Sentencia Nº 645/14 - TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CATALUNYA - Sala Civil y Penal - R. Casación y extraordinario por infracción procesal núm. 81/2014 - -Sec. 12a AP Bcn, Rotlle 1133/13 - -1a Inst. 6 Terrassa, Divorci 1949/10

Fundamentación	Sentencia (cont.)
Vinculación emocional con madre y necesidad de reservar ese vínculo (cuidadora principal la madre)	<ul style="list-style-type: none"> - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – ZARAGOZA - SENTENCIA: 00450/2010 - SENTENCIA NÚMERO 450-2010 procedentes del JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5 de ZARAGOZA - Audiencia Provincial de Barcelona - Seccion 18 - rollo nº 767/2009 - Divorcio núm. 79/2008 - Juzgado de 1ª instancia 7 Vilanova i la Geltru - sentencia núm. 440/2010 - TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CATALUNYA - Sala Civil y Penal - R. Casación y extraordinario por infracción procesal núm. 81/2014 - -Sec. 12a AP Bcn, Rotlle 1133/13 - -1a Inst. 6 Terrassa, Divorci 1949/10 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA – SECCION 18 - ROLLO Nº 427/2007 - JUICIO DE DIVORCIO CONTENCIOSO Nº 554/2006 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 14 DE BARCELONA - SENTENCIA núm 243/08 - Audiencia Provincial Barcelona - Sección: 18 - Nº de Recurso: 1090/2013 - Nº de Resolución: 67/2015 - Rollo n.: 1090/2013 - Divorcio contencioso (art.770 - 773 LEC) nº 605/2012 - Procedencia: Juzgado de Primera Instancia nº 15 de Barcelona

Fuente: Elaboración propia en base a la consulta de sentencias judiciales.

Nos gustaría destacar la siguiente sentencia, debido al especial trato que se da del síndrome, atendiendo a lo manifestado por los psicólogos peritos privados en la sala el día de la vista. Así, se manifiesta que:

"Por lo tanto es inútil aquí el debate sobre si al niño se le ha de catalogar como Asperger o dentro de otra categoría, por no hablar de la imprecisa etiqueta de "autista" que también se suele añadir a las personas que padecen una determinada sintomatología, por cuanto tal declaración formal (e innecesaria) puede ser un obstáculo para el desarrollo de su personalidad en el futuro [...] la conclusión que se alcanza en lo que se refiere al objeto de la presente controversia es que el niño ha de tener perfectamente pautada y estructurada la organización de su ecología vital, sin que se le deparen imprevistos ni sorpresas, manteniendo un vínculo principal con uno de sus progenitores que reconoce como su referente vital"²³.

Asimismo, resulta de interés el análisis de la siguiente sentencia al respecto de la pensión alimentaria de un adulto, debido a que persiste su situación de necesidad económica y de dependencia del entorno familiar pese a que esté dado de alta de autónomos y le consten algunos ingresos colaborando en una empresa familiar:

²³ Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 12ª - Rollo 176/2014-B), sentencia 532/14 dimanante del Juzgado de Violencia Sobre la Mujer nº1 de Terrassa, en relación a una Modificación de Medidas en Supuesto Contencioso núm. 82/2013

"En el informe aportado por el actor emitido por el CAP se afirma que X padece un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento, sin padecer alteraciones cognitivas asociadas pero mostrando un patrón ejecutivo disfuncional. Como se señala en la sentencia, se trata del llamado síndrome de Asperger [...] habiendo sido capaz de obtener una cierta cualificación profesional (graduado social, carnet de conducir) pero con un comportamiento que dificulta sustancialmente su acceso al mundo laboral [...] Atendiendo a lo anteriormente expuesto, la Sala considera que procede fijar una pensión de alimentos a favor del hijo cuya necesidad ha quedado perfectamente acreditada habida cuenta las dificultades que tiene por razones de enfermedad para llevar a cabo una actividad laboral en condiciones de normalidad y a cargo del padre que como ascendiente está obligado a prestar alimentos, lo que conduce a desestimar su recurso"²⁴.

Valoración de guarda y custodia compartida

No obstante, como comentábamos, hasta el año 2014 no se emite una primera sentencia que abogue por una guarda compartida del menor por parte de sus progenitores y, de hecho, se emite por la misma sala que emitió la sentencia anterior. Así, aportamos un extracto de dicha sentencia para su mayor comprensión:

"Esa forma de compartir la guarda no está suponiendo ningún problema para los hijos y ahora el padre propone una mejora, pues pide una concentración de los días con cada progenitor, en lugar de alternancias diarias. Esa modificación, sin duda, beneficiará a los niños, sobre todo al mayor, que ha sido diagnosticado como afectado por TEA (Síndrome de Asperger)" manifestando en el punto nº 1 del FALLO: *"Atribuimos de forma compartida a ambos progenitores la guarda de sus dos hijos. Los menores estarán los lunes y martes, con la madre; miércoles y jueves, con el padre; y fines de semana alternos, con cambio a la entrada y salida de la escuela o a la hora equivalente en el domicilio del progenitor que los tenga en ese momento. El régimen de las vacaciones escolares permanece igual"²⁵.*

²⁴ AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO Nº 689/2011 - ALIMENTOS NÚM. 637/2010 - JUZGADO de PRIMERA INSTANCIA 8 SABADELL – sentencia 454/2012

²⁵ AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - (Sección 12ª - Rollo 566/2013-A) sentencia 509/2014 dimanante del Juzgado de 1ª Instancia num. 5 de Granollers, en relación a una Modificación de Medidas Definitivas núm. 1100/2012

Procesos excepcionales de familia

Pese a estar valorado por un juzgado penal, existe una sentencia relacionada con un juicio de faltas relacionada con un incumplimiento de régimen de visitas por parte del padre de un menor diagnosticado con Síndrome de Asperger, aunque si bien es cierto que este extremo no es considerado en la sentencia, sino que el proceso se centra en si este padre debía o no recoger a su hijo para un periodo vacacional excepcional.

"Visto el calendario de estancias del hijo con los padres aprobado por providencia de 17 de junio de 2008, [...] requiérase al Sr. X a través de su representación procesal, para que recoja al hijo el día y hora acordados, bajo apercibimiento de recurrir en responsabilidad por desobediencia y de no tener al hijo durante las vacaciones [...] Por la representación procesal de (madre) se dice en la contestación al recurso que su hijo padece Síndrome de Asperger e Hiperactividad, y que ella es Auxiliar de Clínica y trabaja a turnos en la Sanidad Pública. Añade que los días de estancia del niño con sus padres viene detallado por el Juzgado de Familia por petición de la parte, para obligar al padre a ajustarse día a día, a su obligación de tenencia del menor [...] Debo confirmar y confirmo la expresada resolución"²⁶.

Resumen de procesos de familia

Son muchos los procesos legales abiertos a lo largo del mundo entre progenitores, que difieren sobre aquello que ellos consideran como el mayor beneficio para sus hijos una vez finalizado su matrimonio, así como suelen cuestionar las capacidades parentales de uno y otro en relación a los cuidados específicos que un menor afectado por Síndrome de Asperger necesita.

En lo que sí están de acuerdo los autores es en que no se debe hacer un uso partidista del Síndrome, ni considerar que las afectaciones que pueda presentar en el proceso de divorcio se deben exclusivamente al Síndrome, sino que pueden ser síntomas propios de una afectación de carácter adaptativo (Freckelton, 2013).

En este sentido se recomienda una valoración de las necesidades específicas del menor así como de los hábitos tradicionales en la familia para valorar el establecimiento de rutinas previo del menor a fin de que cambie lo mínimo posible.

²⁶ AUDIENCIA PROVINCIAL DE CASTELLON SECCION SEGUNDA Rollo de Apelación Penal nº 552/2010. Juicio de Faltas nº 230/2009 del Juzgado de Instrucción nº 3 de Castellón. SENTENCIA Nº 386/ 2010

Además, suele requerir una redistribución económica ante los costes que pueden devenir de los tratamientos específicos.

Entendiendo que el presente trabajo no pretende ser un compendio de cómo realizar una valoración psicológica pericial en el ámbito de familia o los aspectos que son más relevantes, sí que entendemos que procede realizar un breve resumen de los criterios que habitualmente se analizan en los casos de valoraciones periciales de familia y que la legislación entiende como esenciales (más allá de diferencias autonómicas en la aplicación de criterios de aplicación de guarda monoparental o compartida), para poder incluir aquí aquellas deducciones que hemos extraído del análisis de sentencias aportado en el apartado anterior. Así, podremos reflejar mejor cuales son las necesidades de la justicia en relación a los peritos psicólogos forenses en relación a los criterios de conveniencia (o no) guarda y custodia compartida y, en concreto, su especificidad en el caso de los menores afectados por Síndrome de Asperger.

Presentamos una tabla en la página siguiente (Figura 7) para facilitar la lectura comprensiva, donde constan los criterios principales:

Figura 7 – Tabla resumen de criterios de valoración de guarda y custodia en procesos de familia asociados a SA.

Criterios	Implicación en casos de menores afectados por Sdme. de Asperger
1) La vinculación afectiva entre los hijos y cada uno de los cónyuges, así como con las restantes personas que convivan en los domicilios respectivos.	Se debe valorar el hecho de que para el menor afectado ambos padres (o uno de ellos) pueda resultar el referente cuidador a nivel histórico, a fin de preservar al menor de la realización de excesivos cambios que, debido a su patrón rígido de pensamiento, pudiera no asumir y afrontar de forma desadaptativa.
2) La aptitud de los progenitores frente al cuidado de los hijos y de sus posibilidades de procurarles un entorno adecuado.	Valorar el hecho de que debe predominar un estilo educativo constante, sin inconsistencias o incongruencias, por lo que en muchas sentencias analizadas este ha sido un criterio importante para determinar la no conveniencia de guarda y custodia compartida. Se entiende que un entorno adecuado debe proveer de todas las necesidades básicas al menor así como de todas aquellas que se deriven del tratamiento de su afectación.
3) La voluntad de cada progenitor de cooperar e intentar educar a sus hijos de forma conjunta, garantizándoles estabilidad, una línea educacional, garantizando una adecuada relación y entendimiento entre ambos progenitores. Aunque no es suficiente para no conceder la guarda y custodia compartida que exista una mala relación con el otro progenitor, siempre que no sea generadora de conflictividad extrema.	En este caso, se recomienda un establecimiento de pautas rutinarias que no generen demasiados cambios para el menor, debido a las dificultades que puede tener para adaptarse a cambios constantes, atendiendo a sus patrones rígidos de pensamiento. Asimismo, se hace esencial una comunicación fluida entre progenitores a fin de que el menor no reciba mensajes contradictorios o se sitúe en situación de intermediario, elemento que no podría sostener emocionalmente.
4) El tiempo que cada progenitor ha dedicado a la atención de los hijos antes de la ruptura y las tareas que efectivamente ejercía para procurarles su bienestar.	Valorar si para el menor ambas figuras parentales han resultado referentes y cuidadores principales por igual (con tareas y responsabilidades compartidas) o si el menor ubica a uno de los progenitores como referente y cuidador principal, elemento que debería respetarse en beneficio de que no se produzcan alteraciones en su afectación.
5) La opinión de los hijos.	En este caso, se debe valorar de forma extremadamente prudente la opinión del menor, al igual que se hace habitualmente en el ámbito forense, pero a nivel madurativo será difícil que el menor exprese su preferencia de forma espontánea, debiendo el perito estimar lo más conveniente para el menor sin que este deba posicionarse a este respecto. En caso de expresar dicha opinión se deberá valorar el grado de madurez y asimilación de lo manifestado.
6) La cercanía de los domicilios de los progenitores y su adecuación a las necesidades de los hijos, así como los horarios y las actividades de cada progenitor.	Dentro de los casos de afectados por Síndrome de Asperger ha resultado ser especialmente relevante el hecho de que uno de los dos progenitores niegue el Síndrome (y por tanto no colabore en el proceso) e, incluso que culpabilice al otro progenitor de la sintomatología ya diagnosticada. En este sentido, se debe valorar la implicación de los progenitores en el proceso de mejora del menor y en la asunción de las necesidades que éste pueda requerir.
8) La inexistencia de sentencias por actos de violencia familiar o machista.	En este sentido, del análisis de sentencias realizado, observamos que se ha estimado como no conveniente una custodia compartida para los casos de menores con afectación por Asperger el hecho de una conflictividad severa entre los progenitores

Fuente: Elaboración propia en base al análisis de sentencias.

5.1.2.5. Procedimientos de Carácter Social y Laboral

A nivel social y laboral hemos hallado una sentencia relacionada con un proceso de despido improcedente laboral, en el que el afectado por Síndrome de Asperger fue despedido de la empresa donde trabajaba argumentando que ya no requería de sus servicios atendiendo al decrecimiento en sus beneficios. El recurso estimaba que la empresa tenía otros cauces para argumentar ese despido (baja productividad, inadecuación al puesto de trabajo, etc.).

- *"El actor nacido el xx/xx/1986 fue diagnosticado por el centro de salud mental de adultos de la Mutua de Terrassa por un Síndrome de Asperger [...] fue despedido por causas objetivas mediante comunicación de misma fecha [...]. En la comunicación se alegaba la disminución de alumnos y la necesidad de abordar cambios organizativos en la plantilla que afectaban entre otros al departamento de administración [...] En otras palabras, si la empresa entiende que hay causa para abordar un despido disciplinario, debió reseñar las mismas en la carta de despido y adoptar tal modalidad, para ofrecer al trabajador la posibilidad de defender su actuación y discutir su incumplimiento. Al haber utilizado una modalidad extintiva en fraude de ley, se ha alejado de cualquier posibilidad de dar esa justificación, y por tanto no podemos sino aplicar en toda su extensión las previsiones de la citada norma".²⁷*

Asimismo, constan dos procedimientos fundamentando que no se daban los criterios adecuados para otorgar una incapacidad a un afectado por Síndrome de Asperger.

- *"El citado motivo se alega la infracción del art. 200 del CC y se invoca la existencia de interés casacional por oposición a la jurisprudencia del Tribunal Supremo contenida en SSTs de 30 de marzo de 2009, 28 de julio de 1998 y 14 de julio de 2004 que dispone que para que se incapacite a una persona no es sólo suficiente que padezca una enfermedad persistente de carácter físico o psíquico, sino que lo que verdaderamente debe destacarse es la concurrencia del segundo requisito, o sea, que el trastorno tanto sea permanente, como que oscile en intensidad, impida gobernarse a la afectada por sí misma [...] la enfermedad que sufre el recurrente, el síndrome de Asperger, no le impide gobernarse por sí mismo en el ámbito económico, aunque sea susceptible de sufrir engaños y manipulaciones por parte*

²⁷ TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTÍCIA CATALUNYA - SALA SOCIAL - Recurso de Suplicación: 2033/2014

terceros como así se indica en el informe médico forense [...] No admitir el recurso de casación”²⁸.

- *“La demandante inició situación de incapacidad temporal, derivada de enfermedad común el 11.04.2012, e iniciado por el INSS expediente de incapacidad permanente, el EVI emitió dictamen determinando para la actora el siguiente cuadro clínico residual, derivado de enfermedad común: s. Asperger; [...]la enfermedad que la actora tiene diagnosticada (síndrome de Asperger) es la misma que existía en el momento de causar alta en el sistema de la Seguridad Social, sin que desde el punto de vista de las limitaciones orgánicas y funcionales asociadas a las mismas se haya producido, un agravamiento trascendente que haya redundado en la pérdida de una aptitud laboral que inicialmente cupiera reconocer a la interesada [...] La capacidad residual que permitía el ejercicio de su actividad profesional como peluquera por cuenta propia y que pudiera haber justificado el alta en 2005, se mantiene en sus mismos términos, lo que descarta la incapacidad sobrevenida”²⁹*

No obstante, consta un procedimiento de recurso de suplicación por entender que se debía otorgar la incapacidad a un afectado por Síndrome de Asperger.

- *“En la demanda origen de las actuaciones, el actor, socio trabajador de (supermercado), solicita el reconocimiento de la prestación de incapacidad permanente total por la contingencia de enfermedad común. Esta pretensión ha sido desestimada en instancia, al considerar la juez “a quo” que las limitaciones derivadas del trastorno de ansiedad generalizada que aqueja, compatible con el síndrome de Asperger, inciden negativamente en el desarrollo de aquellas actividades que impliquen interacción social o se realicen en equipo, así como en las que conlleven riesgo o estrés de carácter moderado, y entender, por otra, que su profesión habitual es la de autónomo cooperativista de comercio, como profesional de punto de venta, en la que se integran los diferentes puestos de trabajo que ha venido desempeñando [...] le declaramos afecto de incapacidad permanente total”.*

²⁸ Tribunal Supremo. Sala de lo Civil Madrid - Sección: 1 - Recurso: 173/2014 - Procedimiento: Casación - Sentencia 13/09/2013 por la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 22ª), en el rollo de apelación nº 354/2012 dimanante de los autos de juicio verbal sobre reintegro de la capacidad nº 1124/2010 del Juzgado de Primera Instancia nº 6 de Alcalá de Henares

²⁹ T.S.J.ARAGON SALA SOCIAL ZARAGOZA - SENTENCIA: 00359/2015 - RECURSO SUPPLICACION 0000336 /2015 - JUZGADO DE ORIGEN/AUTOS: SEGURIDAD SOCIAL 0000027 /2014 JDO. DE LO SOCIAL nº 001 de ZARAGOZA

5.2. Valoración de la existencia de protocolos específicos de valoración forense en casos de espectro autista

De nuestra comunicación con entidades profesionales, el estudio bibliográfico y el análisis de fuentes documentales en diferentes administraciones de justicia, no hemos hallado protocolos de valoración psicológica pericial forense específica en casos de autismo ni de Síndrome de Asperger.

En este sentido, y como se verá en el apartado siguiente, si bien nos constan guías de apoyo policial para la intervención con personas diagnosticadas por algunos de los Trastornos del Espectro Autista (como la de la Policía de la Generalitat de Catalunya - Mossos d'Esquadra), o estrategias de apoyo para la intervención con personas afectadas por alguna discapacidad intelectual como la referenciada en nuestro estudio por la Guardia Civil, no nos constan guías o protocolos de gestión de entrevista, interrogatorio o intervención de carácter forense en el caso de los Trastornos del Espectro Autista, ni en concreto del Síndrome de Asperger.

6. Resultados relacionados con el ámbito policial

Para la realización de este estudio hemos entrado en contacto con los cuatro cuerpos y fuerzas de seguridad del estado que más actúan en el territorio en el que se está llevando a cabo este estudio, pero con influencia directa también en el resto del territorio español: Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Autónoma vasca - Ertzaintza y Policía de la Generalitat de Catalunya – Mossos d'Esquadra a fin de conocer sus actuaciones en relación a ciudadanos afectados por trastornos del espectro autista y valorar la existencia de protocolos específicos de intervención policial en casos de ciudadanos afectados por trastornos del espectro autista

Desde el **Cuerpo Nacional de Policía** se nos informa de que no se dispone de datos estadísticos en relación a ciudadanos afectados de Síndrome Asperger, Autismo o cualquier otro tipo de afectación de tipo intelectual o de salud mental, así como tampoco existen protocolos específicos de interrogatorio o toma de declaración. No obstante, si han establecido convenios de colaboración con otro tipo de Federaciones o Fundaciones en relación a la prevención de la violencia contra colectivos afectados por alguna alteración en su salud mental.

Desde el Ministerio del Interior nos informan que, en relación a la **Guardia Civil**, los datos de carácter personal relativos a las enfermedades o salud de las personas, están especialmente protegidos por la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal. Es por ello, que en las bases de datos de estadísticas policiales no queda reflejado la enfermedad concreta que padecen las personas. Respecto a la existencia de un protocolo o técnica de intervención con personas con Síndrome de Asperger o Trastornos del Espectro Autista (TEA), como norma general, se cuenta con la colaboración en las diferentes actuaciones policiales, con la ayuda de los Servicios Sociales y personal sanitario. En la actualidad, existen guías de intervención policial para el tratamiento de personas con discapacidad intelectual, donde se incluyen recomendaciones para las entrevistas, interrogatorios, etc. Y se nos ha aportado copia de dicho manual, realizado en colaboración con la Fundación Carmen Pablo-Valcarce (2012).

En relación a la Policía Autónoma Vasca, **Ertzaintza**, no hemos recibido respuesta a nuestra solicitud de información.

En relación a la Policía de la Generalitat de Catalunya, **Mossos d'Esquadra (PG-ME)** nos informan que han realizado varias acciones para las personas afectadas con TEA, porque se ha detectado que en situaciones de emergencias pueden ser más vulnerables que otras personas. Es por eso que se hace necesaria una cuidadosa asistencia y una correcta actuación desde la PG-ME con este colectivo. Así, se nos informa de diversas acciones y actividades que se han llevado a cabo en este sentido.

La PG-ME ha resultado ser el único cuerpo policial con un protocolo de intervención para personas con TEA en el momento de que sus agentes realicen alguna intervención directa con ellos, otorgándoles pautas de sencilla aplicación pero que pueden ayudar a mejorar el estado emocional del afectado. Asimismo, destaca un amplio despliegue en actividades, reuniones, jornadas y coordinaciones con entidades específicas del tratamiento de personas afectadas por alguno de los Trastornos del Espectro Autista.

Asimismo, se nos informa de que la Policía de la Generalitat – Mossos d'Esquadra colabora con el resto de fuerzas y cuerpos de seguridad (CNP, Guardia Civil, Policías Locales, Guardia Urbana...), para trabajar de manera conjunta y coordinada.

En relación a las personas con TEA han asistido conjuntamente varios servicios policiales a actividades formativas relacionadas con este colectivo.

La PG-ME dispone de varias herramientas informáticas corporativas para recoger y contabilizar todas las acciones que realiza la organización con entidades externas. También se recogen los hechos delictivos que se producen en todo el territorio. A través de estas aplicaciones se pueden elaborar estadísticas que son imprescindibles para prevenir los hechos delictivos y ofrecer un mejor servicio a la ciudadanía. En este sentido, nos aportan un análisis exhaustivo a nivel estadístico tanto de las actividades realizadas a nivel de prevención primaria, como de atención directa a ciudadanos afectados intelectualmente o en relación a la salud mental (413 en el año 2013), no pudiendo especificar el tipo de afectación entre esos ciudadanos. Parte de estos datos, si bien han sido analizados para este estudio, no se aportan por respetar la confidencialidad de los afectados.

7. Resultados de las encuestas a afectados por el Síndrome, profesionales y familiares.

7.1. Afectados por el Síndrome de Asperger

Presentamos los resultados de forma comprensiva, aportando las tablas de datos y análisis realizados el Anexo VI de este estudio.

A nivel sociodemográfico nos encontramos con una muestra total de 92 sujetos, de los cuales un 73,9% son varones y un 26,1% son mujeres encontrándose la mayor proporción de muestra en una franja entre los 14 y los 25 años y con una muestra obtenida en 20 ciudades españolas, habiendo respondido mayoritariamente ciudadanos asturianos (20,7%), madrileños (18,5%) y andaluces (18,5%). Ninguno de los usuarios encuestados vive solo, y una gran mayoría vive con sus ascendientes, mayoritariamente con sus padres a solas siendo hijo único (56,6%). No obstante, para este estudio cabe destacar que un 17% de la muestra vive de forma independiente con su pareja o bien con sus hijos/as y el 43% ha trabajado alguna vez o se encuentra en actividad laboral en la actualidad.

El 56,2% de la muestra encuestada es consciente de que presenta alguna sintomatología y pueden identificar su nombre al conocerlo. El resto, o bien identifica que tiene alguna sintomatología pero no sabe su nombre (7,9%) o bien cree que no presenta ningún Trastorno o Síndrome (36,8%). Para poder facilitar el análisis estadístico, hemos agrupado posteriormente estos conceptos entre aquellos afectados que presentan Bajo Insight sobre su diagnóstico o los que presentan un Elevado Insight observado una única relación significativa presentando los varones una mayor consciencia de su diagnóstico que las mujeres (mediante una prueba de Chi Cuadrado con corrección por continuidad ($P=0.002$) pero nos demuestra una relación de intensidad media-baja (coeficiente de contingencia 0.036; $p=0.001$). Así, el hecho de ser más o menos consciente del diagnóstico no guarda relación significativamente estadística con el hecho de haber sufrido mayor o menor victimización (habiendo analizado los datos mediante estadísticos de Chi o Fischer), así como tampoco la tendencia a la violencia. En la página siguiente aportamos los resultados de forma estadística, aunque para cada tipo de afectación victimológica o agresiva presentamos los resultados en el Anexo VI

Figura 8 – Tablas resumen sobre la relación entre el Insight del Síndrome y la variable sexo.

Relación de variables VR62k P5) ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Bajo insight (respuestas 2 creo que no... y 3 creo que si pero...)	34	37,0	45,3	45,3
	2 Alto insight (respuestas 5 Asperger y 6 tgd)	41	44,6	54,7	100,0
	Total	75	81,5	100,0	
Perdidos	Sistema	17	18,5		
Total		92	100,0		

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,602 ^a	1	,001		
Corrección por continuidad ^b	9,856	1	,002		
Razón de verosimilitudes	12,018	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,447	1	,001		
N de casos válidos	75				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,61.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,366	,001
N de casos válidos		75	

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico.

En relación con las otras esferas de análisis de nuestro estudio, un 37,3% ha acudido en alguna ocasión a hablar con la policía por algún episodio en el que estaban involucrados y al juzgado un 29,8%.

A nivel escolar, en lo que se refiere a que los afectados por Síndrome Asperger o TEA hayan podido padecer algún tipo de agresión, un 88,1% de los encuestados manifiesta haber sido insultado en la escuela, un 60,7% explica que le han agredido físicamente en la escuela o que le han robado (40,5%) allí.

Si bien es cierto que la mayoría de los encuestados manifiesta que, en caso de haberle ocurrido se lo ha explicado a sus padres, maestros o profesionales cercanos, uno de cada cuatro refiere habérselo callado (24,7%) debido principalmente a que no sabía cómo explicarlo (40,6%) o por miedo (37,5%). No obstante, estos mismos encuestados refieren que mayoritariamente nunca han insultado a nadie en su entorno escolar (64,3%) así como tampoco suelen agredir físicamente (65,5%) ni robar (97,6%).

Del 43% de encuestados que han ejercido algún tipo de **actividad laboral**, mayoritariamente consideran que no han sido agredidos (98,1%) o no han sido objeto de robos (90,9%) en el trabajo, aunque un tercio manifiesta haber sido insultado (29,8%) en este entorno. De entre aquellos a los que les ha ocurrido, un 72,7% refiere no haberlo manifestado a sus allegados, principalmente por no saber cómo explicarlo (35,3%) o por vergüenza (35,3%). Por otro lado, mayoritariamente refieren no haber nunca agredido o robado en sus puestos de trabajo (0%) o haberse reído de alguien en el trabajo (3,6%).

A nivel de **relación de pareja**, el 34,2% de la muestra manifiesta haber tenido alguna vez una relación afectiva. De este porcentaje, un 28,3% explica que su pareja se ha reído de ellos alguna vez o le ha empujado o agredido (13,2%) o ha forzado a mantener relaciones sexuales sin consentimiento (9,6%). Si bien es cierto, que el entorno de la pareja aparece en estos resultados como menos agresivo que los entornos laborales o escolares, una gran mayoría prefiere no expresar sus problemas de pareja en su entorno (78,1%) principalmente por no saber cómo explicarlo (47,6%) o por vergüenza (42,9%). Mayoritariamente expresan no haber realizado esas conductas contra sus parejas. Ni reírse (88,7%), ni pegar (98,1%) ni forzar a tener relaciones sexuales a sus parejas (100%).

Al respecto de **agresiones sexuales** por parte de otras personas que no fueran sus parejas, un 36,7% reconoce haberlas sufrido (26,7% en la infancia y un 10% en edades superiores), habiéndoles llegado a hacer daño a un 21,9%. Del total de personas que han sufrido estas agresiones, un 73,3% no se lo ha manifestado a nadie principalmente por no saber cómo explicarlo (63,3%) o por vergüenza (36,4%). Al contrario, refieren no haber realizado tocamientos ni agresiones a otras personas con fines sexuales sin su consentimiento (98,4% y 100%). Presentamos una tabla resumen en la página siguiente (Figura 9) debido a la alta presencia de agresiones no reveladas en esta categoría:

Figura 9 – Tablas resumen sobre porcentaje de victimización y agresividad en casos de agresión sexual.

P32)¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras?

		Recuento	% del N de la tabla
VR33 ¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras?	2 No, nunca	38	63,3%
	3 Sí, cuando era muy pequeño/a	16	26,7%
	4 Sí, cuando ya era más mayor	6	10,0%

P33)¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera?

		Recuento	% del N de la tabla
VR34 ¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera?	2 No, nunca	60	98,4%
	3 Sí, cuando era muy pequeño/a	1	1,6%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico.

Por todo ello, podemos concluir que la consciencia del Síndrome no influye en los procesos de cifra negra, victimización o agresividad, así como el hecho de que existen indicios importantes de una victimización no revelada por parte de estos afectados a nivel histórico sobretodo en lo que se refiere a las esferas escolar y sexual, no manifestada especialmente por no tener recursos específicos para transmitirlo o por vergüenza ante esos episodios. Asimismo, muestran una clara ausencia de tendencia al daño o creación de malestar en otros.

7.2. Profesionales especialistas en Síndrome de Asperger

Presentamos los resultados de forma comprensiva, aportando las tablas de datos y análisis realizados en el Anexo VII de este estudio.

A nivel sociodemográfico nos encontramos con una muestra total de 31 sujetos, todos especialistas en el ámbito de los Trastornos del espectro Autista y, en concreto del Síndrome de Asperger (93,5%), de los que el 64,5% son psicólogos realizando diferentes funciones simultáneamente que van desde el diagnóstico del síndrome a los procesos de tratamiento grupal, individual y de apoyo familiar, teniendo en cuenta que un 61,3% ha realizado formaciones específicas en el ámbito de los Trastornos del Espectro Autista (además de los conocimientos propios que poseen por sus disciplinas profesionales). La muestra procede de 14 ciudades españolas, habiendo respondido mayoritariamente profesionales catalanes (20,7%) andaluces (17,2) y madrileños (24,1%).

Al preguntarles por la comorbilidad del trastorno, consideran que mayoritariamente cursa con sintomatología propia del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (92,3%), con rasgos del Trastorno Obsesivo Compulsivo (69,2%), con rasgos de carácter depresivo (50%) o con problemas en la esfera del control de los impulsos (42,3%).

Figura 10 – Tablas resumen de frecuencias sobre diagnósticos comorbilizantes con S. de Asperger según profesionales.

Frecuencias				
Frecuencias		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
	<u>P8_V19 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</u>	24	27,0%	92,3%
	P8_V20 Retraso Mental o Déficit Intelectual Grave	4	4,5%	15,4%
	P8_V21 Trastorno de la Comunicación	8	9,0%	30,8%
	P8_V23 Trastorno Desintegrativo Infantil	1	1,1%	3,8%
	P8_V25 Trastorno Negativista Desafiante	6	6,7%	23,1%
	P8_V26 Trastorno de la Personalidad Clúster A	1	1,1%	3,8%
	P8_V28 Trastorno de la Personalidad Clúster C	1	1,1%	3,8%
	P8_V29 Trastorno de la Personalidad No Especificado	1	1,1%	3,8%
	<u>P8_V30 Trastorno del Control de los Impulsos</u>	11	12,4%	42,3%
	<u>P8_V31 Trastorno Obsesivo - Compulsivo</u>	18	20,2%	69,2%
	<u>P8_V33 Trastornos de tipo Depresivo</u>	13	14,6%	50,0%
	P8_V34 OTROS (especificar)	1	1,1%	3,8%
Total		89	100,0%	342,3%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico.

De hecho, el 55,6% considera que el Síndrome de Asperger suele diagnosticarse inicialmente bajo otro criterio diagnóstico al confundirse con otros diagnósticos.

En cuanto a la **sintomatología que acompaña al diagnóstico** de Síndrome de Asperger, los profesionales estiman que los que con mayor frecuencia se observan están centrados en la esfera de la comunicación de tipo social y en el patrón rígido de comportamiento, especificando como aquellos más presentes los siguientes:

Figura 11 - Sintomatología frecuente en casos de SA según profesionales especialistas en su diagnóstico.

	Recuento	
	Recuento	% del N de la tabla
V36 Rigidez de pensamiento (dificultad para cambiar de opinión)	23	95,8%
V56 Incomprensión de las normas implícitas sociales	22	95,7%
V75 Establecimiento de rutinas rígidas	21	91,3%
V38 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	20	87,0%
V60 Dificultades psicomotrices	19	82,6%
V43 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	18	78,3%
V55 Tendencia al Aislamiento	18	78,3%
V57 Falta de empatía	18	78,3%
V87 Nerviosismo / Ansiedad	17	73,9%
V88 Tristeza / Depresión	16	69,6%
V58 Poco contacto visual	15	65,2%
V76 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	13	59,1%
V74 Problemas de comprensión del lenguaje	13	56,5%

Fuente. Elaboración propia en base al análisis estadístico.

Por otro lado, los síntomas que consideran que con menor frecuencia se dan (o bien no se dan nunca) en sus pacientes diagnosticados de Síndrome de Asperger están relacionados en especial con el comportamiento violento o disruptivo o criterios de antisocialidad (incumplimiento de la norma, daño a terceros o consumo de tóxicos). Tampoco parecen ser relevantes los problemas de carácter alimentario, entendiéndose que no están apareciendo como frecuentes los criterios relacionados con la restricción en la alimentación. Aportamos estos resultados en la página siguiente:

Figura 12. Sintomatología poco frecuente en casos de SA según profesionales especialistas en su diagnóstico.

	o	
	Recuento	% del N de la tabla
V81 Crear Incendios	22	100,0%
V84 Ingiere elementos que no son alimentos	21	95,5%
V67 Consumo de Cocaína / LSD	18	90,0%
V78 Mostrar crueldad con animales	20	87,0%
V66 Consumo de Marihuana / Hachís	17	85,0%
V77 Destruir objetos de otros intencionadamente	18	78,3%
V79 Mostrar crueldad con otras personas	18	78,3%
V83 Fugas de casa	17	77,3%
V86 Encopresis	12	75,0%
V82 Tendencia a la mentira	17	73,9%
V65 Consumo de Tabaco	14	70,0%
V80 Robo de objetos	14	66,7%
V64 Consumo de Alcohol	13	61,9%
V85 Enuresis	9	50,0%
V91 Intentos de Suicidio	11	50,0%
V41 Tartamudeo	11	50,0%
V48 Restricciones alimentarias (tipo anorexia)	11	50,0%

Fuente. Elaboración propia en base al análisis de estadístico.

La metodología habitual de diagnóstico de estos profesionales se basa en entrevistas con el propio paciente, entrevistas a familiares y uso de pruebas psicométricas así como coordinación con otros profesionales. El uso de pruebas proyectivas es prácticamente nulo o bien se utiliza de forma muy ocasional (exclusivamente HTP, Figura Humana y test de la Familia).

Las pruebas psicométricas que mayoritariamente se utilizan son las escalas Weschler (WPPSI, WISC, WAIS...) ³⁰ y las Escalas Kaufman (K-BIT, K-ABC) ³¹ para valorar inteligencia, prefiriendo un enfoque más estadístico que no tanto factorial. En el caso de los pequeños de menor edad, suelen decantarse por escalas de desarrollo (como las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil – BSID ³² o el Inventario de desarrollo de Newborg - Battelle ³³).

30 Weschler, D. Escalas de inteligencia de Wechsler para preescolar, infantil, primaria y adultos. Editorial Pearson.

31 Kaufman y Kaufman. Escalas de Inteligencia Breve (para Adultos - Editorial Pearson) y ABC para niños (TEA Ediciones).

32 Bayley. Escalas Bayley de Desarrollo Infantil-III. Editorial Pearson.

33 Newborg y colaboradores. Inventario de Desarrollo Battelle. Tea Ediciones.

Si bien no es frecuente valorar las habilidades adaptativas o de inteligencia emocional de los afectados, en caso de que se realice se suelen decantar por el inventario TAMAI de Hernández-Guanir³⁴ para cuestiones de adaptación o el Test de empatía Cognitiva y Afectiva - TECA³⁵ para habilidades de empatía cognitiva y afectiva.

Para la valoración de la personalidad, si bien tampoco es un elemento habitual en sus diagnósticos, en caso de necesitarlo suelen decantarse por escalas de valoración de la personalidad que incluyan elementos de carácter patológico como el MCMI-III de Millon³⁶ o el MMPI (Minnesotta)³⁷. En caso de menores suelen decantarse por el BASC - Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes³⁸. Para aspectos relacionados con el lenguaje suelen preferir la escala ITPA (Test Illinois de Aptitudes Lingüísticas)³⁹. Resulta ser más frecuente acompañar el diagnóstico con alguna prueba neuropsicológica como el Test Gestaltico Visomotor de Bender⁴⁰, el Test de Copia de una Figura Completa - Figura de Rey⁴¹, ENFEN⁴² o Stroop⁴³.

Dentro de las pruebas específicas para el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, resultan ser el ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico de Autismo - Revisada)⁴⁴ y el ADOS (Escala de Observación Diagnostica del autismo)⁴⁵ las más utilizadas con diferencia, utilizando otras escalas para complementar el diagnóstico. En este sentido destaca la amplia diversidad de pruebas que se utilizan como complemento entre los profesionales, como el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)⁴⁶, la Escala de Evaluación del Autismo infantil (C.A.R.S. - The childhood autism rating scale)⁴⁷, el Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ)⁴⁸ o el Inventario de Espectro Autista (IDEA) de Riviere⁴⁹.

34 Hernández-Guanir. TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Tea Ediciones.

35 López-Pérez y Fernández-Pinto. Test de Empatía Afectiva y Cognitiva. Tea Ediciones

36 Millon. Inventario Clínico Multiaxial de MILLON- III. Editorial Pearson.

37 Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, adaptado por Ávila-Espada y Jiménez-Gómez. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. TEA ediciones.

38 Reynolds y Kamphaus. Adaptadores: González, Fernández, Pérez y Santamaría. BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes. TEA Ediciones.

39 Kirk, McCarthy y Kirk. Adaptadores: Ballesteros y Cordero. Test de Aptitudes Lingüísticas de Illinois. TEA Ediciones.

40 Bender. Test Gestaltico Vismotor. TEA Ediciones

41 Rey. Adaptado por de la Cruz. Test de Copia de una Figura Completa - Figura de Rey. TEA Ediciones.

42 Portellano, Martínez-Arias y Zumárraga. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños – ENFEN. TEA Ediciones.

43 Golden. Test de Colores y Palabras STROOP. TEA Ediciones.

44 Rutter, Le Couteur y Lord. Adaptadores: Nanclares-Nogués, Cordero y Santamaría - ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico de Autismo - Revisada). TEA Ediciones.

45 Lord, Rutter, DiLavore y Risi. Adaptadores: Santamaría y Nanclares-Nogués. ADOS (Escala de Observación Diagnostica del autismo). TEA Ediciones.

46 Rutter, Bailey y Lord. Adaptadores: Pereña y Santamaría. Cuestionario de Comunicación Social (SCQ). TEA Ediciones.

47 Schopler, Reichler y Renner. CARS (Childhood Autism Rating Scale). Ed. Pro Ed

Procesos de Victimización

Los profesionales encuestados consideran mayoritariamente (74,2%) que es habitual que los afectados por Síndrome de Asperger sean víctimas de algún tipo de abuso o agresión. De ellos, un 35,5% consideran que los afectados suelen sufrir agresiones que podrían considerarse leves, y un 38,7% considera que podrían calificarse como graves.

Figura 13. Valoración de victimización y vulnerabilidad delictiva por parte de los profesionales.

		Recuento	% del N de la tabla
P19_V162 ¿Es habitual que sus usuarios afectados por algún tipo de trastorno TEA hayan sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital?	1 NS/NC	8	25,8%
	2 Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y sufren agresiones que podrían considerarse leves	11	35,5%
	3 Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y sufren agresiones que podrían considerarse graves	12	38,7%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico

Consideran que habitualmente son víctimas de robos y agresiones físicas a lo largo de su vida; de acoso escolar en la infancia y de abuso laboral y económico en la edad adulta. Al respecto de abusos y agresiones sexuales consideran que es más frecuente en la adolescencia que no tanto en la infancia, valorando que ocurre en la infancia de forma ocasional.

La mayoría de ellos coincide que, en caso de sufrir una de estas agresiones, tendrían problemas para expresar que han sido víctimas de ello por diferentes motivos, pero muchos lo ubican en las dificultades para expresarse verbal o emocionalmente o por no tener la capacidad de identificar el hecho como un daño hacia ellos. Un 63,6% de los profesionales considera que mayoritariamente tendrán tendencia a no explicar el hecho a no ser que se les pregunte directamente por ello. Añaden (el 72,7%), que uno de los principales motivos de no cursar denuncia los familiares es que desconozcan el hecho delictivo, y que en caso de que lo conozcan prefieren no exponer a su familiar a ese proceso, buscando otro tipo de soluciones.

48 Ehlers, S.; Gillberg, C.; Wing, L. (1999) A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (129–141)

49 Riviere. Inventario del Espectro Autista (IDEA). Editorial FUNDEC

Como profesionales, han debido presentar judicialmente frecuentes informes clínicos en caso de que alguno de sus pacientes haya sido agredido, así como se han coordinado con otros profesionales del caso y han declarado judicialmente. El 65% de los profesionales considera que el hecho de que judicialmente se sepa que la víctima padecía Síndrome de Asperger suele ser tenido en cuenta, pero no modifica demasiado los hechos.

Al respecto de su afectación al haber sido víctimas de algún abuso o agresión, un 41,9% coincide en afirmar que se produce un agravamiento de la sintomatología propia del Síndrome (de carácter endógeno), así como se produce una aparición de sintomatología reactiva al suceso (de carácter exógeno).

Figura 14. Valoración de profesionales sobre expresión sintomatológica ante procesos de victimización

		Recuento	% del N de la tabla
P25_V197 Cuando sus usuarios SUFREN algún abuso o agresión, ¿Cómo cree que afecta a su sintomatología? (puede marcar más de una si procede)	NS/NC	11	35,5%
	2 Empeoramiento endógeno + Exógeno	13	41,9%
	3 Exógeno	7	22,6%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico

Procesos de Agresión

Si bien es cierto que los profesionales consideran que podría darse la posibilidad de que los afectados por Síndrome de Asperger pudieran generar algún tipo de abuso o agresión, la mayoría (61,3%), considera que esto es poco habitual en cualquiera de las categorías delictivas o violentas por las que se les ha preguntado.

La mayoría de ellos coincide que, en caso de generar una de estas agresiones, tendrían problemas para expresarlo por diferentes motivos, pero muchos lo ubican en las dificultades para expresarse verbal o emocionalmente o por no tener la capacidad de identificar el hecho como un daño hacia otros. Un 57,1% de los profesionales considera que mayoritariamente tendrán tendencia a no explicar el hecho a no ser que se les pregunte directamente por ello. Añaden (el 50%), que uno de los principales motivos de no cursar denuncia los familiares es que desconozcan el hecho delictivo, y que en caso de que lo conozcan prefieren no exponer a su familiar a ese proceso, buscando otro tipo de soluciones.

Como profesionales, han debido presentar judicialmente frecuentes informes clínicos en caso de que alguno de sus pacientes haya generado alguna agresión, así como se han coordinado con otros profesionales del caso y han declarado judicialmente. El 73,7% de los profesionales considera que el hecho de que judicialmente se sepa que el agresor padecía Síndrome de Asperger suele ser tenido en cuenta, pero no modifica demasiado los hechos.

Al respecto de su afectación al haber generado algún tipo de abuso o agresión, un 70,8% coincide en afirmar que se produce un agravamiento de la sintomatología propia del Síndrome (de carácter endógeno), así como se produce una aparición de sintomatología reactiva al suceso (de carácter exógeno).

7.3. Familiares de afectados por el Síndrome de Asperger

Presentamos los resultados de forma comprensiva, aportando las tablas de datos y análisis realizados en el Anexo VIII de este estudio.

Nos encontramos con una muestra total de 317 familiares de afectados por Síndrome de Asperger. A nivel sociodemográfico, observamos que más del 60% de los respondientes son las madres de los afectados (63,1%), seguidas por los padres (24,9%) o hijos (10,1%).

Estos familiares responden sobre un grupo total de afectados que resultan con un perfil formado mayoritariamente por varones (82,1%), situándose en franjas de edad mayoritariamente infantil o adolescente y con una muestra obtenida en 25 ciudades españolas, habiendo respondido mayoritariamente ciudadanos andaluces (25%), asturianos (18%), madrileños (11,7%) y valencianos (12,3%). Únicamente el 19% de los afectados no tiene otorgado un certificado de minusvalía y, de entre los que sí lo tienen, casi la mitad (49,7%) de los afectados tiene otorgado un certificado de minusvalía calificado entre el 33% y el 50% o bien entre el 25% y el 33% (21,8%).

En cuanto al sistema de **estructuración familiar** más habitual, nos encontramos con hijos/as únicos/as que viven con sus padres (47,1%) o bien con sus padres y hermanos/as (28,7%). En el caso de separación matrimonial, la mayoría de los afectados viven en entornos de custodia monoparental materna con o sin hermanos/as (19,8%).

Dentro de todos los afectados por Síndrome de Asperger, un 40,7% presentan un diagnóstico añadido. Dentro del **diagnóstico** más habitual de sus familiares afectados (Síndrome de Asperger), un 71,4% presenta diagnóstico simultáneo de trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y un 18,7% lo presenta de Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Otros trastornos que suelen comorbidizar (pero con una representación inferior al 10% cada uno) se ubican en el negativismo, la sintomatología de la esfera ansiosa o los trastornos de la comunicación. Presentamos una tabla resumen (figura 15) en la página siguiente sobre éstos elementos comorbilizantes:

Figura 15. Valoración por parte de familiares sobre los diagnósticos que comorbidizan con el diagnóstico de S. de Asperger

Frecuencias				
		Respuestas		% de casos
		Nº	%	
Frec	RV10 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperact.	65	50,4%	71,4%
	RV12 Tartamudeo	4	3,1%	4,4%
	RV13 Trastorno de la Comunicación	7	5,4%	7,7%
	RV14 Trastorno Disocial / Antisocial	4	3,1%	4,4%
	RV15 Trastorno Negativista Desafiante	9	7,0%	9,9%
	RV16 Trastorno Obsesivo - Compulsivo	17	13,2%	18,7%
	RV17 Trastorno de la esfera ansiosa	9	7,0%	9,9%
	RV18 Trastorno de la esfera depresiva	5	3,9%	5,5%
	RV19 Trastorno de la Personalidad	5	3,9%	5,5%
	RV20 Síndrome de Tourette / Tics	4	3,1%	4,4%
Total		129	100,0%	141,8%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico

Este diagnóstico les fue realizado en la infancia, siendo la franja de edad más habitual la de los 5 a los 10 años (42%), seguida de la de los menores de 5 años (29,9%), y de aquellos que se encuentran entre los 10 y los 15 años (17,1%). Un 9,7% de la muestra ha sido diagnosticada con una edad superior a los 15 años.

Existe una enorme variabilidad de los **diagnósticos iniciales** que se realizaron a personas actualmente diagnosticadas de Síndrome de Asperger, si bien es cierto que aproximadamente la mitad conservan el mismo diagnóstico en la actualidad (49,7%). Un 8,9% fue diagnosticado inicialmente como Trastorno por Déficit de atención con o sin Hiperactividad, un 6,7% como Trastorno del Espectro Autista y un 31% como Trastorno de la Comunicación. Cabe decir que el resto de la variabilidad resultan ser diagnósticos comórbidos entre estas categorías mayoritariamente.

En cuanto a la **sintomatología que acompaña al diagnóstico** de Síndrome de Asperger, los familiares estiman que los que con mayor frecuencia, se observan de forma muy dispersada y con un porcentaje inferior de acuerdo sobretodo en lo que respecta a la gravedad o incidencia de los mismos. No obstante, algunos elementos son coincidentes, destacando dificultades en la esfera de la comunicación de tipo social y en la tendencia al patrón rígido de pensamiento. En la página siguiente mostramos una tabla resumen (Figura 16) aportando los síntomas de forma resumida:

Figura 16. Sintomatología frecuente en casos de S. de Asperger según familiares de afectados.

	n	% de la fila
V45 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	143	50,50%
V27 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	122	43,10%
V32 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	107	38,60%
V25 Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	103	36,40%
V46 Falta de empatía	101	35,90%
V44 Tendencia al Aislamiento	90	32,40%
V29 Falta de atención sostenida	82	29,70%
V31 Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	79	28,40%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis de resultados

Por otro lado, los síntomas que consideran que con menor frecuencia se dan (o bien no se dan nunca) en sus familiares diagnosticados de Síndrome de Asperger son:

Figura 17. Sintomatología menos frecuente en casos de S. de Asperger según familiares de afectados.

	o	
	Recuento	% del N de la tabla
V55 Consumo de Marihuana / Hachís	277	99,60%
V56 Consumo de Cocaína / LSD	276	99,60%
V53 Consumo de Alcohol	272	98,60%
V54 Consumo de Tabaco	272	98,60%
V70 Ha creado Incendios	271	97,80%
V75 Encopresis (defeca de forma involuntaria)	270	96,80%
V67 Muestra crueldad con animales	269	96,40%
V80 Intento de suicidio	264	96,40%
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	267	96,00%
V72 Fugas de casa	263	95,30%
V74 Enuresis (se orina de forma involuntaria)	264	94,30%
V69 Ha robado objetos	260	93,50%
V68 Muestra crueldad con otras personas	253	90,40%
V37 Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	241	88,30%
V39 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	226	86,90%
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	235	85,10%
V61 Miedo a los espacios abiertos	229	83,30%
V30 Tartamudeo	225	81,50%
V79 Autoagresiones	224	80,00%
V60 Desorientación	204	73,90%
V78 Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	205	73,70%
V38 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	198	73,30%
V58 Pesadillas	198	72,30%
V52 Tics verbales	198	71,50%
V43 Agresividad Física	200	71,20%
V71 Tendencia a la mentira	195	69,10%
V57 Insomnio	189	67,50%
V59 Miedo a los extraños	185	67,50%
V40 Problemas en el control del Impulso (Juego)	177	66,00%
V50 Dificultades visoespaciales (desorientación)	174	64,00%
V48 Balanceo	170	61,60%

Fuente: Elaboración propia en base a análisis de resultados

En este sentido, se puede observar una visión más prudente por parte de los familiares, analizando que, a nivel cotidiano muchos de esos indicadores o síntomas no se observan, siendo la esfera del comportamiento disruptivo o de carácter antisocial la que menos de denota.

En relación a aspectos de relación social, los familiares consideran que la mayor dificultad en este sentido consiste en que su familiar es capaz de interactuar social y verbalmente pero no entiende los dobles sentidos del lenguaje (71,4%) o que le cuesta interpretar los mensajes de otros en términos generales (54,4%). Asimismo, si bien no consideran que sean personas que rehúyan del contacto social, si es cierto que valoran que interactúan con mayor facilidad solo si el entorno es conocido (42,4%).

En relación al **uso del lenguaje**, la mayoría de familiares están de acuerdo en que su lenguaje es correcto a nivel verbal (70,8%) pero no destaca por su calidad de comunicación de carácter no verbal. Sí se centran en elementos que generan cierta dificultad a nivel verbal, como que a veces hace comentarios fuera del hilo de la conversación sin previo aviso (63,0%), que su lenguaje es muy literal con ausencia de lenguaje metafórico (41,2%) y usa un vocabulario muy rico, incluso pedante (54,9%). En el caso de la comunicación no verbal y expresiva, la mayoría de familiares coinciden en manifestar que los afectados presentan dificultades en el contacto ocular (52,5%), y sus expresiones faciales son poco variadas (52,5%). Asimismo, valoran que gesticulan poco al hablar (32,4%) o que tienen tendencia a una postura corporal insusual (28,3%).

Al respecto del uso que hacen de sus **capacidades de memoria**, la mayoría de familiares coinciden en afirmar que tienen mucha memoria, pero sólo de elementos de su interés (68,9%), que tiene mucha memoria de acontecimientos antiguos (56,4%) o muy específicos (52,9%) y que ante un acontecimiento que le impacte emocionalmente también tendrá tendencia recordarlo (51,4%).

En relación a los **intereses específicos** que pueden presentar sus familiares, coinciden en que tienen alguna afición o algún interés específico que le ocupa mucho tiempo (79,8%), habiendo algo de repetitivo en sus patrones de interés (54,4%). De un estudio de respuestas abiertas por parte de los familiares, observamos que los patrones de interés son similares entre los afectados centrándose en videojuegos e

informática, elementos variados de la naturaleza (animales, procesos naturales, etc.) o del entorno artístico (música, pintura, cine).

En cuanto al **tipo de tratamiento** o ayuda que reciben estos familiares, la gran mayoría recibe ayuda de carácter psicológico por parte de Federaciones (33,6%) o entidades públicas (19%). Reciben en menor medida soporte de carácter psiquiátrico, pero en caso de recibirlo suele venir por parte de entidades públicas (29,7%). Asimismo, pese a la proliferación de sistemas alternativos de tratamiento en el caso de los Trastornos por el Espectro Autista, un 85,3% no siguen otros sistemas que no se centren en soporte psicológico y/o psiquiátrico.

Procesos de Victimización

La mayoría manifiesta que sus familiares han sufrido durante su vida algún tipo de agresión o abuso en su historia vital que no ha sido denunciado o notificado (56,4%), destacando especialmente el acoso escolar (53,2%), agresiones o lesiones físicas (17,9%), han sido víctimas de robos o hurtos (10%) o de agresión / abuso sexual infantil (5,8%).

De entre los familiares afectados por Síndrome de Asperger que sufrieron algún tipo de agresión, únicamente el 34,4% lo comunicó a sus familiares voluntariamente. La mayoría de familiares lo supo por una tercera persona (29,9%) o bien el afectado lo comunicó sin valorar la gravedad de lo que estaba manifestando (27,3%). En esos momentos consideraron que ese problema se solucionaría por otra vía que no fuera la judicial o bien, entendieron que no serviría de nada iniciar un proceso legal (16,3%), no podrían demostrar los hechos (16,3%) o bien preferían no exponer a su familiar a un proceso de esas características (17,1%).

Un 10% de toda la muestra sí manifiesta haber denunciado alguna agresión sufrida contra su familiar destacando especialmente el acoso escolar (6,2%), agresiones o lesiones físicas (3,7%), han sido víctimas de robos o hurtos (1,2%) o de agresión / abuso sexual infantil (1,5%). En estos casos, los afectados lo manifestaron voluntariamente mayoritariamente.

A nivel legal, los tiempos de resolución del proceso se sitúan en dos polos opuestos. O bien se resuelve en un proceso de menos de 6 meses de duración o bien durante más de dos años, y se han resuelto en diferentes sentidos en relación a los intereses de su familiar. En estos procedimientos mayoritariamente han intervenido las fuerzas policiales y se han realizado declaraciones judiciales, habiendo intervenido pocas figuras de valoración pericial, destacando el médico forense adscrito a los juzgados como profesional más frecuente.

Los familiares consideran que el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico de Síndrome de Asperger no modificó para nada el proceso legal, ni tuvo ninguna incidencia. Así como consideran que la mayoría de los agentes implicados en el proceso legal desconocían el Síndrome (incluyendo forenses del ámbito médico o psicológico).

Procesos de Agresión

La mayoría de los familiares manifiesta que sus familiares afectados por Síndrome de Asperger nunca han cometido una agresión contra otros que no haya sido denunciada (88%) y las que se han producido y no han sido denunciadas se han centrado en problemáticas de acoso escolar (6,2%) o bien, de lesiones y agresiones físicas contra otros (7,9%). Sobre estos hechos, mayoritariamente lo supieron por una tercera persona (65,4%).

Un 2,3% sí resultó finalmente denunciado por alguna agresión que cometió centrándose la mayoría en asuntos relacionados con agresiones y lesiones de carácter físico (1,4%) y en la mayoría de casos consideran que el hecho de que su familiar estuviera afectado por Síndrome de Asperger no fue relevante para nada (50%) o que se valoró pero finalmente no se tuvo en cuenta (33,3%). Así como consideran que la mayoría de los agentes implicados en el proceso legal desconocían el Síndrome (incluyendo forenses del ámbito médico o psicológico).

7.4. Resultados comparativos entre familiares y profesionales.

Se ha realizado una comparativa entre familiares y profesionales al respecto de sintomatología asociada al Síndrome Asperger por ser uno de los ejes centrales de nuestras hipótesis y para reforzar los elementos que creemos esenciales del diagnóstico. Recomendamos la lectura del Anexo IX donde se aporta toda la información sobre este análisis específico de carácter comparativo.

Para realizar el análisis hemos utilizado la prueba U de Mann Whitney que es una prueba no paramétrica de comparación de dos muestras independientes (que no tengan una distribución específica) y se utiliza para comparar dos grupos de rangos (medianas) y determinar si la diferencia se debe o no al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

Sorprende observar que estadísticamente, en todos los ítems los profesionales han dado valores más altos que los familiares (es decir, que los elementos cuestionados se daban con mayor frecuencia). Solo no se observan diferencias significativas en ítems de carácter antisocial, en los que ambos grupos están de acuerdo en que casi nunca se suceden. En concreto son:

Figura 18. Tabla de resultados comparativos de sintomatología entre profesionales y familiares

Estadísticos de contraste ^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
V26 Cambios de humor bruscos	2890,000	42230,000	-,542	,588
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	2945,000	41171,000	-,919	,358
V68 Muestra crueldad con otras personas	2838,000	42178,000	-1,776	,076
V70 Ha creado Incendios	2981,000	3234,000	-,696	,486
V71 Tendencia a la mentira	3046,500	3322,500	-,601	,548
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	3040,000	41821,000	-,135	,892

a. Variable de agrupación: Vgrupo

Fuente: Elaboración propia en base a análisis estadístico.

8. Discusión y Conclusiones

Del grueso del presente estudio se ha pretendido realizar un abordaje integral del Síndrome de Asperger, con el objetivo de identificar elementos que ayuden a un mejor tratamiento del Síndrome en el momento de enfrentar un proceso de carácter legal y forense.

Tras el estudio de la bibliografía analizada así como del análisis de los resultados obtenidos, valoramos que si bien es cierto que existe una amplia variedad de criterios diagnósticos relacionados con el Síndrome de Asperger, es necesario conocer esta diversidad a fin de poder garantizar que se están atendiendo las necesidades del evaluado. En este sentido, recomendamos seguir los criterios internacionales de diagnóstico basados en el actual DSM-V (APA, 2014) pero entendemos que la distribución actual de criterios puede estar dificultando que se tengan en cuenta ciertos elementos que tradicionalmente se han tenido en cuenta en el diagnóstico. Nuestro estudio ha permitido validar que no siempre una variedad de criterios cada vez más específicos permite afinar mejor el diagnóstico de un afectado, sino conocer cuáles son las áreas de afectación y analizar cada elemento por separado debido a que hemos hallado elemento extremadamente relevantes para el análisis que no aparecen en las categorías de la American Psychiatric Association, como por ejemplo algunas funciones ejecutivas y como se ven alteradas; o que si aparecen son confusas, como por ejemplo el debate sobre la afectación en el desarrollo del lenguaje en el que podemos concluir que no siempre se tiene que dar un retraso en el desarrollo del lenguaje de carácter funcional pero sí en la sociabilidad que lo acompaña, siendo este criterio el más determinante.

Es por ello, que el conocimiento de criterios clásicos nos ayudará a perfilar el diagnóstico, que entendemos debe ser holístico y no circunscrito a una sola categorización diagnóstica (Huerta, Bishop, Duncan, Hus, & Lord, 2012), así como basado no únicamente en entrevistas con el afectado sino con el uso de pruebas de valoración psicométricas que se han desarrollado de forma más profundizada en apartados anteriores, así como en otros elementos de valoración forense. En este sentido, en el Anexo X encontrarán una guía que hemos creado en base a las conclusiones de este estudio, para la elaboración de informes psicológicos periciales en casos de personas afectadas por Síndrome de Asperger, que puede servir de apoyo al técnico. Así, en esta tesis doctoral se aporta por primera vez, una guía de valoración de aspectos forenses aplicables al Síndrome de Asperger que integra

todos los elementos esenciales para dar respuesta en auxilio judicial y que no se circunscriben exclusivamente al diagnóstico clínico.

Así, entendemos que independientemente del criterio diagnóstico utilizado, es primordial que se deba atender a la presencia de sintomatología en estas áreas que se resumen a continuación y que se han certificado tanto con elementos teóricos como con la coincidencia diagnóstica por parte de los profesionales encuestados y de la identificación cotidiana de los mismos por parte de sus familiares. Así, este estudio ha demostrado que pese a la variabilidad de diagnósticos existentes, es importante ubicar el estudio inicialmente por áreas y, posteriormente, identificando los síntomas o rasgos que suelen ser más frecuentes en nuestro territorio y que no tienen por qué necesariamente obedecer a los criterios estándar a nivel nosológico:

- **Interacción Social.** Algunos criterios representativos son: relaciones sociales poco desarrolladas o poco profundas, poca reciprocidad en intereses o respecto de situaciones sociales y dificultades de comprender intenciones y emociones ajenas (Olivar, 2002). No por ello, según se desprende de nuestra tesis en base a las valoraciones de sus familiares, se debe entender que son personas que van a rehuir el contacto social o van a temerlo, sino que tendrán dificultades de comprensión de los cánones implícitos de esta interacción pudiéndoles resultar difícil interaccionar y, por tanto, preferir un contacto más íntimo con aquellos que conocen o bien, centrarse en su mundo interior. Entendemos que para este criterio debería atenderse de modo diferencial a estilos de personalidad esquizoide o evitativo, a fin de no confundirlos (Wolf, 1991), aunque de nuestro estudio se puede valorar que no estarían cumpliendo otros criterios de carácter diferencial propios de estos trastornos de personalidad y que se centran sobre todo en la demostración de afecto según los encuestados.

Por otro lado, en casos de valoración forense se debe identificar como estos elementos pueden estar incidiendo en el desarrollo de la situación legal valorada, ya que como hemos visto tanto en el estudio teórico como en los resultados que se nos ofrecen en las encuestas realizadas y el análisis de sentencias, estas dificultades en la interacción social les pueden estar llevando a malinterpretar situaciones sociales y actuar, en consecuencia, de forma incorrecta pudiendo ser los afectados por el Síndrome de Asperger más vulnerables a la victimización (Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin, 2005) o, incluso, reaccionar con violencia e impulsividad ante esta

incomprensión (Browning & Caulfield, 2011). Cabe destacar que muchos de estos estudios apuntaban a esta idea de forma teórica o basándose en estudios de casos únicos, siendo relevante afirmar que no sólo éste extremo es así, sino que de nuestro estudio se desprende que seguramente sea el eje central de la criminalidad en casos de valoración forense específicos de Síndrome de Asperger.

- **Comunicación Verbal y No Verbal.** Como ya habíamos analizado, los afectados por Síndrome de Asperger pueden presentar un uso peculiar del lenguaje en relación al ritmo, comprensión dificultosa, expresión pedante, etc. (De la Iglesia & Olivar, 2005), así como una alteración en la adquisición del lenguaje a nivel evolutivo que puede ser más o menos grave en función del caso particular (Araújo, y otros, 2012). Por otro lado, y tal y como se desprende de las consideraciones de sus familiares, presentan tendencia al poco contacto ocular, a presentar posturas corporales extrañas, dificultad en la gestión de los turnos de conversación e incluso torpeza motora (Martos, 2007). Nuestro estudio ha demostrado que no se debería presumir o considerar que esta afectación en la comunicación puede indicar rasgos de discapacidad intelectual o trastorno de la comunicación, entendiendo que esta afectación ya debe ser atendida dentro de la valoración del propio síndrome (indicando obviamente el grado de severidad) debiéndose mostrara afectación en ambas esferas de comunicación: verbal y no verbal en el marco de la interacción social.

Dentro de la valoración realizada por familiares en nuestro entorno territorial, destacan que los elementos que se observan más frecuentemente en esta esfera hacen referencia precisamente a elementos que si bien habían sido observados bibliográficamente, huyen de una valoración desde la carencia en el uso del lenguaje sino una afectación en la comunicación no verbal y una especificidad en la comunicación verbal caracterizada por un lenguaje expresivo con tendencia a ser literal, estereotipado y muy rico, y por una comprensión del lenguaje dificultosa ante los dobles sentidos o las intencionalidades confusas de los demás. Así, este estudio pretende ser una guía para poder enfatizar un mayor análisis de la comunicación no verbal y prosódica asociada a la expresión verbal.

Así, resulta de especial interés en el ámbito forense poder realizar un análisis sobre la expresión y comprensión del lenguaje verbal y no verbal en los afectados, tanto inicialmente en cuanto a su función meramente cognitiva, como a la interacción que el sujeto realiza mediante ese lenguaje (De la Iglesia & Olivari, 2005), entendiendo que en el caso del síndrome de Asperger no solo nos encontramos con una afectación de carácter funcional, sino también de tipo interaccional. De hecho, cabe destacar la amplia mayoría de respuestas obtenidas en nuestro estudio, relacionadas con los problemas que muchos afectados tendrían para poder expresar sus vivencias traumáticas en un contexto próximo o de seguridad. Por tanto, podemos concluir de nuestro estudio que seguramente muchos de los datos asociados a esta cifra negra estén relacionados con estas dificultades de expresión de los problemas y que realizando un buen trabajo de entrevista o de identificación de síntomas de carácter exógeno podamos facilitar la expresión emocional de los afectados.

Entendemos especialmente relevante en este apartado, poder comprender la necesidad de realizar una valoración sobre elementos de Teoría de la Mente en los afectados, a fin de poder justificar a nivel forense, la incorrecta interpretación de las intencionalidad de terceros y las dificultades de comprensión de los planteamientos cognitivos y emocionales de otros, sin por ello considerar una alteración de empatía que lleve a un diagnóstico erróneo de carácter antisocial (Soderstrom, Rastam, & Gillberg, 2002). De hecho, de nuestro estudio podemos concluir que la gran mayoría de procedimientos legales en los que se ven involucrados los afectados por Síndrome de Asperger derivan de una interpretación errónea del entorno y, por tanto, la valoración forense debería indefectiblemente realizar un análisis de los elementos que afectan a la Teoría de la Mente a fin de poder dar una respuesta que huya del paradigma clásico de empatía vs. antisocialidad, que como ya hemos visto en este estudio, se aleja de las necesidades reales de los afectados por el síndrome.

- **Pensamiento rígido.** Presentan, entre otros, indicadores de focalización restringida a su área de interés (que, de hecho, suelen ser objetos de interés similares en la muestra analizada), alteración de la sensibilidad sensorial, perfeccionismo que deriva en lentitud (prima la perfección en la ejecución) y un interés peculiar en el detalle y no en la globalidad (Hervás, 2007). De nuestro estudio, se desprende que es en este elemento en el que se debe realizar especial interés en no realizar (si no es necesario) un diagnóstico

comorbilizante del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, atendiendo a que gran parte de los procesos de desatención se deben a su propia sintomatología de carácter autista que les hace focalizar mayoritariamente con inputs de su mundo interior (Bejerot & Wetterberg, 2008), así como que el hecho de alterarles una pauta de perfeccionismo y el interés en algún detalle específico, puede hacer que reaccionen con impulsividad e hiperactividad, siendo por lo tanto una expresión del Síndrome en esa persona, y no otro trastorno sobreañadido. Otra de las conclusiones interesante por tanto de nuestro estudio, en este mismo sentido, se centra en que no se debería realizar diagnóstico sobreañadido si estas focalizaciones o especificidades sensoriales están relacionadas con problemas de alimentación, entendiendo que en el caso del Síndrome de Asperger se puede estar seleccionando la alimentación por criterios sensoriales en exclusiva, no cumpliendo criterios, por ejemplo, de Anorexia Nerviosa (Råstam, y otros, 2013).

- **Estereotipias.** Son conocidos en todos los afectados por Trastornos del Espectro Autista los manierismos motores (movimientos que se repiten a nivel motriz) y los rituales específicos no funcionales (rituales de conducta que se repiten). En este caso, entendemos que se debe atender a la identificación de estos elementos para poder dar respuesta al diagnóstico de Síndrome de Asperger pero, de nuevo, atendiendo paralelamente a los criterios de comorbilidad y diagnóstico diferencial (Bejerot, 2007). Así, concluimos en nuestro estudio que no se puede considerar que la repetición de patrones responde necesariamente a un patrón de comportamiento obsesivo compulsivo, ya que las estereotipias forman parte del diagnóstico de Asperger (Haskins & Silva, 2006), con la diferenciación de que son estereotipias y patrones rituales que se realizan con un planteamiento placentero (que siguen un patrón similar entre los afectados) a fin de dar salida a la conexión con el mundo interior propia de las personas afectadas por autismo, y no con el malestar subjetivo que suele acompañar a los rituales realizados por personas con sintomatología de carácter obsesivo compulsivo.

Tal y como hemos observado en el caso de las encuestas a afectados así como del estudio bibliográfico y de sentencias, se debería atender especialmente a este extremo en casos de valoración forense, entendiendo que una de las principales conclusiones de nuestro estudio se centra en que se debe valorar

en casos de imputación delictiva como obedecen estos manierismos y rigidez de conductas (por ejemplo, la acumulación de pornografía o la focalización del interés en una persona concreta debería ser analizada bajo una premisa ritualista antes de pasar a la valoración forense del acto en calidad de distribución pornográfica o acoso); así como se debe entender cómo el hecho de que se interrumpen estas acciones en un afectado pueda hacer que reaccione de forma incomprensiblemente hostil para su interlocutor que pueda ser erróneamente interpretada como una incapacidad empática del afectado.

Entendemos que se hace necesario y esencial una buena capacidad de diagnóstico diferencial del Síndrome, entendiéndose que suele ser habitual, tal y como hemos hallado en nuestro análisis bibliográfico y hemos comprobado en nuestra muestra de estudio, que el Síndrome sea diagnosticado bajo otro trastorno en las primeras etapas de la infancia o bien que se le acompañe de muchos criterios de comorbilidad que, como ya hemos aportado como una de las conclusiones más básicas de nuestra tesis, en muchos casos forman parte de la propia representación del Síndrome en cada menor. Así, hemos hallado que es necesario analizar principalmente comorbilidades (y diagnóstico diferencial) en esferas relacionadas con el estado de ánimo y la ansiedad, comportamientos de carácter obsesivo compulsivo y los indicadores de desatención e hiperactividad.

Por otro lado, y al igual que ocurre en otros procesos de valoración pericial, debería atenderse al hecho de que la interacción sintomatológica con el delito no esté más relacionada con algún otro trastorno comórbido que no con el propio Síndrome de Asperger, entendiéndose que debemos concluir que en muchos casos analizados a nivel judicial podía estar incidiendo otro diagnóstico paralelo relacionado con capacidades intelectuales, consumo de tóxicos, etc. que conllevan ciertas características que sería un error atribuir a los afectados por Síndrome de Asperger per se.

Asimismo, entendemos que se hace necesario para una correcta valoración del Síndrome sobretudo en el ámbito forense, una buena capacidad de diferenciación entre la sintomatología endógena, es decir la que es propia del Síndrome en cada caso particular y de su estilo de personalidad, así como la sintomatología exógena, que se produce a resultas de un suceso vital estresante y que puede alterar sintomatológicamente a la persona afectada por el Síndrome (Pouw, Rieffe, Stockmann, & Gadow, 2013) y que aparece usualmente en forma de sintomatología ansiosa y depresiva (McPartland & Klin, 2006). En este sentido, y por primera vez

según la bibliografía analizada, de nuestro estudio podemos concluir que en los casos en los que se produce un suceso vital estresante en casos de Síndrome de Asperger, se produce un empeoramiento de la sintomatología de carácter endógeno así como aparición de nuevos síntomas de carácter exógeno que usualmente se relacionan con sintomatología ansiosa o, en casos más graves, de carácter postraumático.

Por otro lado, entendemos que en procesos de carácter penal, resulta esencial una extensa valoración a fin de dar respuesta a elementos de carácter cognitivo y volitivo en la toma de decisiones del afectado (Katz & Zemishlany, 2006), siendo esta variabilidad entre sujetos la que ha dado pie a la diversidad de sentencias analizadas, siendo la secuencia más probable en el Síndrome de Asperger y por tanto, una conclusión esencial, la de que podamos hallar una leve afectación en las capacidades cognitivas no relacionada un nivel de inteligencia bajo, sino por la interpretación que el afectado hace de esos elementos, así como una relativa afectación de carácter volitivo debido a su sintomatología endógena y como se expresó en el momento de la vivencia de los hechos. No obstante, un estudio pormenorizado de cada persona afectada debería matizar estos extremos en relación con el delito imputado y realizar una correcta valoración sobre la posibilidad de aplicarse algún tipo de circunstancia modificativa de la responsabilidad, que en los casos de Síndrome de Asperger ha resultado ser frecuente la utilización de la atenuante analógica (art. 21.7 del Código Penal).

Concluimos que una valoración diagnóstica exclusivamente es insuficiente para dar respuesta en el ámbito forense ya que queda claro del estudio realizado, asimismo, que la valoración diagnóstica debe completarse con el análisis de las diversas funciones ejecutivas y emocionales que ayuden a comprender mejor la casuística del afectado así como la incidencia de estos elementos en el proceso legal vigente. Recomendamos incidir en el estudio de las siguientes funciones:

- **Inteligencia.** Entendemos que debe realizarse un estudio profundizado mediante técnicas de análisis estadístico, según los resultados obtenidos en nuestro estudio de las encuestas a profesionales así como del análisis bibliográfico realizado. Así, se prevén unos resultados que indiquen un mayor Cociente Intelectual Verbal que Manipulativo (Ruiz-Lázaro, 2007), pero en puntuaciones globales que no tienen por qué diferir en exceso de las de la población general, pero si pueden verse afectados los resultados debido a bajas puntuaciones en ítems que requieran de pensamiento abstracto o que requieran juicios interpretativos, debiendo tener la capacidad el especialista

de interpretar estos indicadores de inteligencia en relación al diagnóstico clínico previamente realizado (Asociación Asperger España, 2007).

Asimismo, y como conclusión relevante de este estudio, recomendamos encarecidamente una valoración de elementos relacionados con la inteligencia emocional del paciente y de su adaptación al entorno, entendiendo que si bien puede presentar unos niveles de inteligencia dentro de los parámetros de la habitualidad en términos poblacionales, puede estar presentando severas dificultades de interacción social y de interpretación de elementos del entorno que estén limitando sus capacidades de carácter cognitivo.

- **Memoria.** Recomendamos el análisis de elementos de memoria en afectados por Síndrome de Asperger atendiendo a lo observado en nuestro estudio, considerando que pueden observarse niveles muy elevados de memoria de elementos que guarden relación con su objeto o foco de interés (Maras, Memon, Lambrechts, & Bowler, 2013). Por tanto, concluimos que en cuanto al propio proceso de la memoria podemos tener dificultades en la fase de recuperación, pudiendo necesitar una instrucción específica para acceder al recuerdo almacenado, así como problemas en la creación de memoria autobiográfica debido a la vinculación que esta tiene con la Teoría de la Mente (Valdez, 2006), siendo difícil para el afectado conservar recuerdos si estos requieren de un juicio o interpretación, aunque podamos recuperar esos episodios de forma muy funcional y, posiblemente, carente de interpretación subjetiva.

Entendemos, por tanto, que este elemento no debe ser un impedimento para el especialista forense, sino que consideramos que un buen diagnóstico del afectado puede dar pie a sentar unas bases lógicas y óptimas en su caso concreto ante elementos de exactitud y credibilidad, dando respuesta también a la variabilidad observada en las sentencias, habiéndose dudado del testimonio aportado por las víctimas en varias ocasiones o, según nos informan familiares o afectados, no habiéndose tenido demasiado en cuenta como afectaba el Síndrome a la capacidad de testimoniar o al proceso legal. Por ello, concluimos que la valoración de elementos de memoria y de la capacidad testimonial deben ir de la mano de una óptima comprensión del Síndrome en el caso del afectado y que debe correlacionar con la

interpretación que el sujeto realiza del proceso legal que se valora, aumentando pues la validez interna de los criterios del testimonio.

Así, se esperaran del afectado, alteraciones del recuerdo de carácter visoespacial, dificultades en interpretar las emociones de un tercero, posible alienación del entorno ante periodos de estrés, desatención de elementos del entorno en fase de codificación, memorización de detalles particulares y no de valoraciones genéricas, dificultades en la creación de un discurso de recuerdo libre etc. Por otro lado, podemos concluir que los criterios clásicos de credibilidad, si bien deben ser tenidos en cuenta ante la actual ausencia de técnicas alternativas, deben interpretarse desde el marco de la afectación específica, entendiendo por tanto que algunos criterios como la interpretación del estado mental subjetivo del interlocutor, las asociaciones externas, la profusión de detalles inusuales o superfluos, etc. puede verse alterada no por una falta de credibilidad sino por una perfecta consistencia y coherencia con el diagnóstico de base que, además debería incluir un análisis de la capacidad de simulación o de mentira, ya que como se ha demostrado por primera vez en este estudio de forma tan extensiva en una muestra poblacional, suele ser hartamente difícil para una persona afectada por el Síndrome el poder sostener en el tiempo y de forma estructurada un discurso de mentira, sobretodo por las dificultades en interpretar las reacciones de un tercero así como el esfuerzo que para la los afectados requeriría a nivel de Teoría de la Mente.

Por otro lado, en el momento de elaborar un proceso de interrogatorio o valoración psicológica, recomendamos realizar un aproximación a la entrevista que huya de planteamientos clásicos en la entrevista o interrogatorio de testigos como puede ser la entrevista cognitiva (Maras & Bowler, 2011) o el planteamiento estándar de recuerdo libre (McCrory, Henry, & Happé, 2007). Esto es así debido principalmente al hecho de que las personas afectadas por Síndrome de Asperger tendrán severas dificultades para realizar valoraciones como los cambios de perspectiva o intenciones de otros, o no podrán aportar valoraciones de carácter emotivo y subjetivo a las acciones de terceros, así como les será difícil el restablecimiento de contextos propio de la entrevista cognitiva debido a las dificultades de carácter visoespacial que suelen presentar (Lind & Bowler, 2010).

A nivel de recuerdo libre, podemos concluir en base a lo analizado, que les será difícil reconstruir un contexto global con una orientación espaciotemporal óptima, intentándose centrar en aquellos elementos que interprete como sustancialmente de interés para el entrevistador, así como presentaran una menor profusión de detalles en general a no ser que se dé una recuperación de la memoria en un contexto similar al que fue codificado. Todo ello debe ir unido con el hecho de que asimismo suelen presentar los mismos errores que habitualmente se dan en la población general al respecto de factores postsuceso o la reorganización de la información (McCrary, Henry, & Happé, 2007).

Este planteamiento tan desalentador nos lleva a pensar si realmente las personas afectadas por el Síndrome de Asperger pueden responder de forma óptima a un proceso de toma de declaración, a expresarse como testimonios, imputados o víctimas de un delito o participantes de cualquier proceso policial o judicial. En nuestra opinión sí pueden siempre y cuando se haya realizado un enfoque óptimo de sus capacidades y se tengan en cuenta en el momento de la entrevista o interrogatorio. Es por ello que recomendamos encarecidamente un planteamiento de base basado en una entrevista semiestructurada con unos objetivos claros desde el inicio, intentando ayudar al recuerdo del sujeto sin entrar en la esfera de la sugestión de la respuesta (Mehtar & Motavalli Mukkades, 2011). Por otro lado, es posible que a estas alturas del estudio el propio lector se haya percatado de las potencialidades que pueden presentar estos testimonios siempre y cuando se les acompañe de una buena valoración sintomatológica y se comprenda su casuística personal. Así, presentamos como una conclusión esperanzadora y basada en las potencialidades del sujeto el hecho de que hemos valorado que son personas con una severa dificultad para sostener mentiras a medio o largo plazo (extremo corroborado en nuestro estudio al existir claramente una plena coincidencia en la visión de la tendencia a la mentira en afectados por el Síndrome entre los profesionales de la salud que los atienden y familiares de los afectados), sin una intencionalidad manipulativa en la entrevista en beneficio propio, que tendrán tendencia a no incluir elementos de carácter subjetivo o interpretativo en su discurso, que pueden utilizar recursos lingüísticos importantes para narrar sus vivencias, mostrando un óptimo recuerdo de algunos elementos de detalle (como detalles o elementos específicos del episodio según insisten sus familiares), sobretodo si el episodio les ha generado un impacto emocional.

Así, entendemos que no teniendo ningún sentido plantearse una entrevista semiestructurada basada en hallar aquello que alguien no puede ofrecernos pero obviando todas sus potencialidades como ya nos recordaban los criterios de Gray, Atwood y Holliday-Willey (1999). Así, una óptima gestión de la entrevista puede ayudarnos a extraer información de la situación policial y legal que difícilmente podríamos obtener de otra manera con la población general, entendiendo que este estudio puede resultar también una guía para la elaboración de protocolos y pautas de interrogatorio para miembros y fuerzas de Seguridad del Estado, al habérsenos manifestado que no existe tal elemento en la actualidad pese a que existe una importante tendencia a la sensibilidad hacia este tipo de afectaciones y Síndromes. Para aportar un soporte más directo a este extremo, en el Anexo XI de este estudio se pueden hallar unas orientaciones para la entrevista semiestructurada en casos de Síndrome de Asperger.

Valoramos que tal y como se preveía a nivel bibliográfico internacional, los procedimientos que más a menudo observamos en nuestro sistema de justicia están relacionados con procesos de familia y de carácter penal, aunque la casuística y presentación de los mismos sea diferente en nuestro territorio. Así, de nuestro análisis de sentencias, si bien han resultado por no ser frecuentes los delitos que con mayor profusión bibliográfica se les otorgaba como la piromanía, los delitos informáticos y el acoso, han aparecido elementos interesantes en la interpretación de los delitos contra las personas (lesiones, violencia de pareja o agresión sexual), evidenciando lo difícil que es poder interrelacionar el Síndrome de Asperger con los hechos imputados y, como elemento importante de reflexión en estas conclusiones, el hecho de que la bibliografía internacional no siempre corresponde a la casuística delictiva de nuestro territorio.

Para una correcta valoración psicológica forense del caso, entendemos que se hace necesario atender a diferentes elementos que valoramos imprescindibles para la correcta valoración del caso y así, auxiliar al juez en una correcta toma de decisiones (Browning & Caulfield, 2011), máxime habiendo observado de nuestros resultados un aumento exponencial de las sentencias relacionadas con personas afectadas por Síndrome de Asperger en los últimos años, y que en la mayoría de ellos no existía una valoración psicológica forense específica, habiéndose empezado a requerir en los últimos tiempos.

Hay que reflexionar sobre la capacidad del afectado para entender el proceso judicial como tal y la afectación que esto pueda tener en su desarrollo, no por ello prescindiendo de la justicia para resolver un conflicto si es necesaria, sino ayudando a

que el proceso pueda ser más llevadero. De hecho, hemos podido comprobar una gran parte de las personas afectadas por el Síndrome encuestadas en nuestro estudio presentan severas dificultades para expresar procesos de victimización o de agresividad, no solo por una cuestión emocional, sino por la propia construcción del relato y del recuerdo del suceso. Es por ello, que se debería valorar la competencia del afectado para enfrentarse a un proceso de estas características (Freckelton, 2013). Estos elementos deberían incluir, asimismo, una valoración sobre los motivos de estas dificultades para expresar este episodio así como su capacidad testimonial, orientando sobre las dificultades en este sentido.

Es necesario poder explicar las circunstancias que rodean al proceso legal (sobretudo en procesos de tipo penal), ya que como podemos concluir de la valoración integral de nuestro estudio, muchos de estos episodios se han dado en el marco de la vivencia del Síndrome como tal, como resultado de sus problemas de interacción social, de su rigidez u obsesión ante algunos planteamientos o actitudes, su propensión a la impulsividad ante situaciones desconocidas y a los problemas relacionados con la interpretación de la intencionalidad de otros (Kristiansson & Sorman, 2008).

Creemos que este estudio elimina definitivamente la posibilidad de asociar, por defecto, el Síndrome de Asperger con violencia (Wing, Gould, & Gillberg, 2011). De la bibliografía analizada así como de nuestro estudio realizado en diferentes áreas, no hemos hallado fundamentación científica de esta idea (Newman & Ghaziuddin, 2008) ni la hemos observado del estudio de sentencias judiciales ni de la valoración aportada por los propios profesionales, familiares o afectados del síndrome. Consideramos esencial y urgente el poder diferenciar en un sujeto la ausencia de capacidad de empatía emocional con el hecho de que objetivamente no tenga capacidad de ponerse en el lugar del otro por una disfunción en la Teoría de la Mente y no pueda atribuir estados mentales de otros. De hecho, de nuestro estudio podemos desprender claramente una plena coincidencia en la visión diagnóstica del Síndrome entre profesionales de la salud y familiares de los afectados en cuanto a la ausencia de sintomatología de carácter antisocial en los afectados focalizando estas dificultades, como comentábamos, en estos procesos relacionados con la interpretación subjetiva.

No obstante, y como ya hemos mencionado anteriormente, el análisis detallado de cada caso único puede hacernos valorar reacciones de violencia u hostilidad por factores sobreañadidos al síndrome (Woodbury-Smith et al. 2005; Cashin & Newman, 2009), como factores ambientales u otra sintomatología asociada (Mouridsen, 2012).

Así, entendemos que la secuencia más soportada a nivel científico (y consistente con nuestros resultados) que explique estas reacciones de violencia en personas exclusivamente afectadas por Síndrome de Asperger, haría referencia a una mala interpretación de la intencionalidad del otro por problemas en relacionados con la Teoría de la Mente, unido a la rigidez de pensamiento en una situación social concreta que sea incomprendida por el afectado y que, de hecho, le haga reaccionar con una inusitada impulsividad (Browning y Caulfield, 2011; Atwood, 2003 y Haskins y Silva, 2006). En este sentido, de nuestro estudio se desprenden unos resultados consistentes con esta idea, no habiendo observado en los sujetos encuestados tendencia a la violencia, ni en lo que reportan sus familiares ni en lo que manifiestan los profesionales que los atienden, así como tampoco de las propias revelaciones de los afectados por el Síndrome, que identifican con pleno conocimiento las agresiones a sí mismos pero no identifican en ellos una intencionalidad de daño hacia otros.

Por otro lado, de nuestro estudio se desprende un alto nivel de victimización de las personas diagnosticadas con Síndrome de Asperger, asociado a un elevado nivel de cifra negra; en este sentido, lo propios profesionales que atienden a estos pacientes manifiestan que se puede considerar un colectivo altamente vulnerable a agresiones, así como las revelaciones realizadas por los afectados en este estudio indican una mayor vulnerabilidad que la que es percibida por su entorno próximo.

Este extremo ha resultado ser así debido a que si bien son personas con un importante nivel de afectación en su vida cotidiana, se ha demostrado que presentan un óptimo nivel de capacidad de adaptación al entorno que les permite una relativa autonomía, siendo por tanto menos supervisados por su entorno protector (Shtayermman, 2007), aunque sorprende la ausencia de estudios específicos sobre vulnerabilidad en casos de Síndrome de Asperger. Asimismo, sorprende el contraste entre las informaciones proporcionadas por el análisis de sentencias en relación a la cantidad de procesos de victimización o agresividad que podríamos considerar graves según nuestro ordenamiento jurídico. En este sentido, solo hemos hallado 79 sentencias relacionadas con Síndrome de Asperger, si bien, tenemos información en las encuestas de muchas de personas que han sufrido (o generado) estas agresiones pero nunca lo han notificado, siendo relevante los datos aportados por los propios

afectados en relación a la vivencia de violencia en el entorno escolar o en el ámbito de los abusos y agresiones sexuales. En este sentido, entendemos que existe un hermetismo y un grave planteamiento de cifra negra en esta esfera puesto que este extremo no se corresponde con las cifras analizadas a nivel jurídico, y que tampoco puede ser adjudicable al hecho de que el afectado tenga o no consciencia de su diagnóstico, al haber observado que estadísticamente no guarda relación el hecho de presentar o no *Insight* del Síndrome con la exposición o vulnerabilidad a la violencia o agresividad.

Sobre el motivo de este silencio, no sólo es adjudicable a decisiones familiares o de sus cuidadores, sino que existe un amplio acuerdo entre profesionales de la salud, familiares y los propios afectados a que el motivo principal por el cual esta información no se transmite es debido a no saber cómo expresarse o bien, por vergüenza, repitiéndose estos extremos de forma consistente en todos los resultados de las encuestas a afectados por el Síndrome. Cuanto menos si parece existir un acuerdo en que la sintomatología del afectado variará de forma que se debería indagar en el motivo de esta oscilación, no teniendo porqué esperar que sea él o ella quien lo transmita de *motu proprio*, ya que tal y como nos decían los profesionales, será poco probable que lo transmita si no se le pregunta explícitamente por ello.

En cuanto a los procesos de familia, recomendamos encarecidamente un análisis pormenorizado de las conclusiones que aparecen en este estudio (resumidas en su apartado correspondiente) y que se han obtenido del análisis de la bibliografía específica en este contexto así como del análisis de sentencias relacionado. En términos generales se debería atender a la estructuración familiar previa en el caso de separación matrimonial a fin de causar los menos perjuicios al menor que debe adaptarse a nuevos cambios, entendiendo este elemento de estructuración previa no únicamente a la figura de cuidador principal, sino a la distribución de tareas entre progenitores a las que el menor pueda estar acostumbrado, máxime si atendiendo a los datos de nuestro estudio encontramos ante casos de hijos o hijas únicos/as. Así, observamos una amplia mayoría de sentencias que han otorgado la guarda y custodia (en procesos de carácter contencioso) a la figura materna por haber sido la cuidadora principal a nivel histórico en la familia, aunque no por ello se debe considerar inviable un planteamiento de guarda y custodia compartida, sino que debe responder a la edad de los menores, a la habitualidad de la rutinas familiares previas, a un buen entendimiento entre los progenitores y al hecho de asumir no sólo el diagnóstico de su hijo/a sino la implicación en el proceso de mejora del mismo.

Por todo ello, debemos concluir que existe la posibilidad de realizar una valoración psicológica forense específica en el caso de los afectados por Síndrome de Asperger, que integra a los diferentes agentes implicados en un proceso de victimización o agresividad del afectado, a fin de garantizar que reciba un trato jurídico óptimo y, asimismo, que garantice que se ha realizado un análisis comprensivo de sus situación que incluya elementos esenciales de la Psicológica Básica, Evolutiva, Clínica, Social y Forense. Así, entendemos que esta tesis doctoral debe ser un punto de partida para futuras investigaciones pretendiendo aportar un marco inicial que refleje la realidad del Síndrome en nuestro territorio tanto a nivel demográfico como sociológico, clínico y de comorbilidad asociado a funciones ejecutivas y, sobretodo, específico del ámbito forense. Así, hemos ahondado en elementos que históricamente habían sido debatidos sobre la presencia real de criterios de comorbilidad en el síndrome y su incidencia forense, sobre una posible cifra negra delictiva en estos afectados, sobre si podían tener o no capacidad de testimoniar y bajo que premisas, o sobre si nos halláramos ante un Síndrome eminentemente violento ante los casos de valoración forense.

Por ello, ofrecemos una visión crítica de nuestro estudio, que entendemos adolece de ciertas limitaciones que deberían perfeccionarse en futuras investigaciones. La falta de bibliografía específica en el ámbito forense sobre el Síndrome de Asperger en contraste con la profusión bibliográfica sobre aspectos clínicos y de funciones ejecutivas del síndrome, dificulta la posibilidad de entender mejor muchos aspectos forenses huyendo del debate clínico, debiéndose realizar mayor investigación específica. Por otro lado, el hecho de carecer de un marco informativo sobre cómo el Síndrome se reflejaba en nuestro territorio, ha hecho que hayamos tenido que realizar una investigación que uniera fuentes de información diversas a fin de contrastar lo observado y analizado en otras esferas, así como realizar un tipo de investigación que sentara las bases fundamentales de cada uno de esos ejes, no habiendo podido ahondar en elementos específicos de análisis que entendemos que deberán ser líneas futuras de investigación, reflejando aquí algunas de las que consideramos esenciales:

- Capacidad específica de testimonio (elementos de exactitud y credibilidad que se vean afectados en declaraciones reales de afectados por Síndrome de Asperger).
- Creación de un protocolo de prevención y formación específico para personas con Síndrome de Asperger y sus familiares a fin de minimizar los riesgos

asociados a la vulnerabilidad delictiva y reducir esa alarmante cifra negra que ha reflejado nuestro estudio

- Crear diseños experimentales de carácter forense para abordar cada una de las áreas que nuestro estudio se han validado pero entendemos que deberían comprobarse científicamente, como por ejemplo realizar experimentos sobre la gestión de la mentira o sobre la diferenciación entre empatía y la alteración en funciones asociadas a la Teoría de la Mente en afectados por el Síndrome.

Finalmente, si bien entendemos que hubiera mejorado la calidad del estudio realizar entrevistas presenciales con todos aquellos profesionales, familiares y afectados por el Síndrome, este indefectiblemente hubiera generado una menor muestra de análisis así como el hecho de que seguramente incidiríamos demasiado a nivel ético en el desarrollo de los afectados y de su cotidianidad, perdiendo por tanto el pilar fundamental de la Psicología que debe ser la ética y la deontología.

Así, finalizamos este estudio con la convicción de haber resuelto algunas de las grandes dudas que se habían formulado a nivel teórico y que nunca habían sido verificadas o que nunca se habían analizado en nuestro territorio. Entendemos que ésta tesis doctoral debe ser entendida como un punto de partida para futuras líneas de investigación en el marco del Síndrome de Asperger como en su análisis en el ámbito forense.

9. Bibliografía

- Allen, D., Evans, C., Hidler, A., Hawkins, S., Peckett, H., & Morgan, H. (2008). Offending behavior in adults with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 748-758. doi: 10.1007/s10803-007-0442-9
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., texto revisado). Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid, España: Medica Panamericana.
- Araújo, E., Jané, M. C., Bonillo, A., Canals, J., Viñas, F., & Doménech-Llabería, E. (2012). Prevalencia de la sintomatología del Síndrome de Asperger y variables asociadas en preescolares españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 67-74.
- Arndt, T. L., Stodgell, C. J., & Rodier, P. M. (2005). The teratology of autism. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23(2-3), 189-199. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2004.11.001
- Artigas, J. (2007). Aspectos neurobiológicos del Síndrome de Asperger. En Asociación Asperger España (Ed.), *Un acercamiento al Síndrome de Asperger. Una guía teórica y práctica* (2ª ed.) (pp. 24-40). Sevilla, España: Asociación Asperger Andalucía.
- Asociación Asperger España (Ed.) (2007). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger. Una guía teóricas y práctica* (2ª ed.). Sevilla, España: Asociación Asperger Andalucía.
- Atwood, T. (2003). *Síndrome de Asperger: una guía para la familia*. Barcelona, España: Paidós.
- Baddeley (1999) *Memoria humana: Teoría y práctica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ballesteros, S., Reales, J. M. & Manga, D. (1999). Memoria implícita y memoria explícita intramodal e intermodal: influencia de las modalidades elegidas y del tipo de estímulos. *Psicothema*, 11(4), 831-851
- Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2009). Autism spectrum disorder in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification, and early diagnosis. *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 30(5), 447-459. doi: 10.1097/DBP.0b01e3191ba0f9f
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism. A fifteen year review. En S. Baron-Cohen, H. Taler-Flusberg y D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (2ª ed.). New York, US: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y síndrome de Asperger*. Madrid, España: Alianza.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.

- Bejerot, S. (2007). An autistic dimension: a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism, 11*(2), 101-110. doi: 10.1177/1362361307075699
- Bejerot, S., & Wetterberg, L. (2008). Autism Spectrum Disorders and Psychiatric Comorbidity in Adolescents and Adults. *Clinical Neuropsychiatry, 5*(1), 3-8.
- Belinchón, M. (2001). *Situación y Necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid, España: Editorial Martín y Macías.
- Bennetto, L., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1996). Intact and impaired memory functioning in autism. *Child Development, 67*(4), 1816-1835.
- Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, I. C. (2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO-10 in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(11), 1102-1110. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01774.x
- Bowler, D. M., Gardiner, J. M., & Berthollier, N. (2004). Source memory in adolescents and adults with Asperger's Syndrome. *Journal of autism and Developmental Disorders, 34*(5), 533-542.
- Bowler, D. M., Gardiner, J. M., Grice, S., & Saavalainen, P. (2000). Memory illusions: false recall and recognition in adults with Asperger's Syndrome. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(4), 663-672.
- Browning, A., & Caulfield, L. (2011). The prevalence and treatment of people with Asperger's Syndrome in the criminal justice system. *Criminology & Criminal Justice, 11*(2), 165-180. doi: 10.1177/1748895811398455
- Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(9), 2185-2196. doi: 10.1007/s10803-014-2093-y
- Buckout, R. (1974). Eyewitness Testimony. *Scientific American, 231*(6), 23-31.
- Cashin, A., & Newman, C. (2009). Autism in the criminal justice detention system: a review of the literature. *Journal of Forensic Nursing, 5*(2), 70-75. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01037.x
- Clark, T., Feehan, C., Tinline, C., & Vostanis, P. (1999). Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *European Child Adolescent Psychiatry, 8*(1), 50-55.
- De la Iglesia, M., & Olivar, J. S. (2005). *Programas de Intervención Psicoeducativa para personas con Síndrome de Asperger*. Actas del V Congreso Virtual de Educación CIVE 2005.
- Denckla, M. B. (1996). Research on executive function in a neurodevelopmental context: Application of clinical measures. *Developmental Neuropsychology, 12*(1), 5-15. doi: 10.1080/87565649609540637
- Díaz de Rada, V. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers, 97*(1), 193-223.

- Diges, M., & Alonso-Quecuty, M. L. (Eds.) (1993). *Psicología forense experimental*. Valencia, España: Promolibro.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiological Studies of Pervasive Developmental Disorders. En F. Volkmar, R. Paul, A. Klin y D. Cohen (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (págs. 42-69). New Jersey, US: John Wiley and sons, Inc.
- Fombonne, E., & Tidmarsh, L. (2003). Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 15-21.
- Foster, B., & King, B. H. (2003). Asperger syndrome: to be or not to be? *Current Opinions in Pediatrics*, 15(5), 491-494.
- Freckelton, I. (2013). Autism spectrum disorder: forensic issues and challenges for mental health professionals and courts. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 420-434.
- Frontera, M. (2007). Funcionamiento cognitivo en Síndrome de Asperger. En Federación Asperger España (Ed.), *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración* (pp. 15-21). Madrid, España: Federación Asperger España.
- Fundación Carmen Pardo-Valcarce, & Ministerio del Interior. (2012). *Guía de intervención policial con personas con discapacidad Intelectual*. Madrid, España: Fundación Carmen Pablo-Valcarce.
- Gadow, K. G., De Vincent, C., & Schneider, J. (2008). Predictors of psychiatric symptoms in children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1710-1720. doi: 10.1007/s10803-008-0556-8
- Geiselman, R. E., Fisher, R. P., MacKinnon, D. P., & Holland, H. L. (1985). Eyewitness memory enhancement in the police interview: cognitive retrieval mnemonics versus hypnosis. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 401-412.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1991). Violence in Asperger's Syndrome: A critique. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(3), 349-354.
- Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E., & Ghaziuddin, N. (1998). Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(4), 279-283.
- Ghaziuddin, M., & Zafar, S. (2008). Psychiatric comorbidity of adults with Autism Spectrum Disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 9-12.
- Gillberg, C. I., & Gillberg, C. (1989). Asperger Syndrome--some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 631-638.
- Gillberg, C., & Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 321-330. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102005321.x

- Gomez de la Cuesta, G. (2010). A selective review of offending behaviour in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1(2), 47-58. doi: 10.5042/jldob.2010.0419
- Gray, C. A., Attwood, T., & Holliday-Willey, L. (1999). *The discovery of "Aspie" criteria by Attwood and Gray*. Recuperado de <http://www.tonyattwood.com.au/index.php/component/content/article?id=79:the-discovery-of-aspie-criteria>
- Happé, F. G. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Development*, 66(3), 843-855. doi: 10.2307/1131954
- Haskins, B. G., & Silva, J. A. (2006). Asperger's disorder and criminal behaviour: Forensic-Psychiatric considerations. *American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(3), 374-384.
- Hedley, D., & Young, R. (2006). Social comparison processes and depressive symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism*, 10(2), 139-153.
- Hellemans, H., Colson, K., Vebraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high functioning male adolescents and young adults with autism spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 260-269.
- Hervás, A. (2007). El Síndrome de Asperger. En Federación Asperger España (Ed.), *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración* (pp. 3-6). Madrid, España: Federación Asperger España.
- Howlin, P., Mawhood, L. M., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder --a follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5), 561-578.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., & Lord, C. (2012). Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1056-1064. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12020276
- Ibabe, I. (2000). Consideraciones metodológicas en el estudio de la relación confianza-exactitud en el ámbito de la memoria de testigos. *Psicothema*, 12(2), 301-304.
- Johnston, K., Dittner, A., Bramham, J., Murphy, C., Knight, A., & Russell, A. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(4), 225-236. doi: 10.1002/aur.1283
- Kanner, L. &. (1956). Early infantile autism 1943-1955. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 26(7), 55-65.
- Katz, N., & Zemishlany, Z. (2006). Criminal responsibility in Asperger's syndrome. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(3), 166-173.

- Klin, A., Pauls, D., Schultz, R., Volkmar (2005). Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: Implications for research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(2), 221-234. doi: 10.1007/s10803-004-2001-y
- Klin, A., Saulnier, C. A., Sparrow, S., Cicchetti, D., Volkmar, F., & Lord, C. (2007). Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: The Vineland and the ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(4), 748-759. doi: 10.1007/s10803-006-0229-4
- Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Craig, W. M., Parker, J. D., & Javier, C. (2013). Types and experiences of bullying in adolescents with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(7), 824-832. doi: 10.1016/j.rasd.2013.02.013
- Kohn, Y., Fahum, T., Ratzoni, G., & Apter, A. (1998). Aggression and sexual offense in Asperger's Syndrome. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35(4), 293-299.
- Kopra, K., von Wendt, L., Nieminen-von Wendt, T., & Paavonen, E. J. (2008). Comparison of diagnostic methods for asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(8), 1567-1573. doi: 10.1007/s10803-008-0537-y
- Kristiansson, M., & Sorman, K. (2008). Autism spectrum disorders: legal and forensic psychiatric aspects and reflections. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 5(1), 55-61.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213
- Leekam, S., Libby, S., Wing, L., Gould, J., & Gillberg, G. (2000). Comparison of ICD-10 and Gillberg's criteria for Asperger syndrome. *Autism*, 14(1), 11-28.
- Leslie, A. M. (1987). Presence and representation: the origins of 'theory of mind'. *Psychological Review*, 94(4), 412-436.
- Lind, S. E., & Bowler, D. M. (2010). Episodic memory and episodic future thinking in adults with autism. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 896-905. doi: 10.1037/a0020631
- Lindsay, R., Carson, D., O'Brien, G., Holland, A. J., Taylor, J. L., Wheeler, J. R. & Steptoe, L. (2014) A comparison of referrals with and without autism spectrum disorder to forensic intellectual disability services. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(6), 947-954. doi: 10.1080/13218719.2014.918081
- Loftus, E. F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge: Wiley.
- Loftus, E. F. & Doyle, J. M. (1992). *Eyewitness testimony. Civil and criminal*. Virginia: Kluwer Law Book Publishers
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based

- mental health settings. *Child Abuse and Neglect*, 29(12), 1359-1372. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.06.006
- Manfreda, K., Bosnjak, M., Berzelak, J., & Haas, I. y. (2008). Web surveys versus other survey modes: a meta-analysis comparing response rates. *International Journal of Market Research*, 50(1), 79-104.
- Manzanero, A. L. (2004). ¿Son realmente diferentes los relatos sobre un hecho real y los sugeridos? *Anuario de Psicología Jurídica*, 14, 115-139.
- Manzanero, A. L. (2010). *Memoria de Testigos: Obtención y valoración de la prueba testifical*. Madrid: Pirámide
- Maras, K. L., & Bowler, D. M. (2010). The cognitive interview for eyewitness with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(11), 1350-1360. doi: 10.1007/s10803-010-0997-8
- Maras, K. L., & Bowler, D. M. (2012). Context reinstatement effects on eyewitness memory in autism spectrum disorder. *British Journal of Psychology*, 103(3), 330-342. doi: 10.1111/j.2044-8295.2011.02077x
- Maras, K. L., Memon, A., Lambrechts, A., & Bowler, D. M. (2013). Recall of a live and personally experienced eyewitness event by adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1798-1810. doi: 10.1007/s10803-012-1729-z
- Maras, K., & Bowler, D. M. (2011). Brief report: Schema consistent misinformation effects in eyewitness with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 815-820. doi: 10.1007/s10803-010-1089-5
- Martos, J. (2007). ¿Cómo y qué medida el lenguaje de las personas con Síndrome de Asperger puede ser discapacitante? En Federación Asperger España (Ed.), *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración* (pp. 7-14). Madrid, España: Federación Asperger España.
- Mattila, M. L., Kielinen, M., Jussila, K., Linna S., Bloigu, R., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2007). An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5), 636-646. doi: 10.1097/chi.0b013e318033ff42
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., & Crites, D. L. (2001). Does DSM-IV Asperger's disorder exist? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 263-271.
- Mayes, T. (2003). Persons with autism in criminal justice: Core concepts and leading cases. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 5(2), 92-100.
- McCloskey, L. A., & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 108-115.

- McCrory, E., Henry, L. A., & Happé, F. (2007). Eye-witness memory and suggestibility in children with Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 482-489.
- McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368–383. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.007
- McPartland, J., & Klin, A. (2006). Asperger's syndrome. *Adolescent Medicine Clinics*, 17(3), 771–788.
- Mehtar, M., & Motavalli Mukkades, N. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in individuals with diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 539-546. doi: 10.1016/j.rasd.2010.06.020
- Memon, A., Wark, L., Holley, A., Bull, R., & Koehn, G. (1997). Eyewitness performance in Cognitive and Structured Interviews. *Memory*, 5, 639-655.
- Meyer, J., Mundy, P., Van Hecke, A. V., & Durocher, J. (2006). Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism*, 10(4), 383- 402. doi: 10.1177/1362361306064435
- Miller, J. N., & Ozonoff, S. (2000). The external validity of Asperger disorder: lack of evidence from the domain of neuropsychology. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 227-238. doi: 10.1037/0021-843X.109.2.227
- Molina, J., Trabazo, V., López, L., & Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de la personalidad y su repercusión sobre la Imputabilidad. *EduPsykhé: Revista de psicología psicopedagógica*, 8(2), 101-126.
- Mouridsen, S. (2012). Current status of research on autism spectrum disorders and offending. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 79-86. doi: 10.1016/j.rasd.2011.09.003
- Mouridsen, S., Rich, B., Isager, T., & Nedergaard, N. (2007). Pervasive developmental disorders and criminal behavior: A case control study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(2), 1-9. doi: 10.1177/0306624X07302056
- Newman, S., & Ghaziuddin, M. (2008). Violent crime in Asperger syndrome: The role of psychiatric comorbidity. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 38(10), 1848-1852. doi: 10.1007/s10803-008-0580-8
- Olivar, J. S. (2002). Investigación en trastornos de la comunicación y la relación social. En C. Maganto, *Investigaciones en Psicología Clínica*. San Sebastián: Ibaeta Psicología.
- Organización de las Naciones Unidas (2009). *Manual para la creación de encuestas de victimización*. Recuperado de <http://www.oas.org>
- Ozonoff, S. M. (1994). A longitudinal study of executive function and theory of mind development in autism. *Development and Psychopathology*, 6(3), 415– 431. doi: 10.1017/S0954579400006027

- Palermo, M. & Bogaerts, S. (2015) Sex selling and autism spectrum disorder: Impaired capacity, free enterprise, or sexual victimization? *Journal of Forensic Psychology Practice*, 15(4), 363-382. doi: 10.1080/15228932.2015.1053557
- Pineda, D., Cadavid, C., & Mencheno, S. (1996). Características de la función ejecutiva en niños con deficiencia atencional e hiperactividad (DAH). *Acta Neurológica Colombiana*, 12, 187-196.
- Pouw, L. B., Rieffe, C., Stockmann, L., & Gadow, K. D. (2013). The link between emotion regulation, social functioning and depression in boys with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(4), 549-556. doi: 10.1016/j.rasd.2013.01.002
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2004). *Manual de recerca en ciències socials*. Barcelona, España: Herder.
- Råstam, M., Täljemark, J., Tajnia, A., Lundström, S., Gustafsson, P., Lichtenstein, P., & Gillberg, C. (2013). Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorder in a nationwide twin study of 9- and 12-year-old children. *The Scientific World Journal*, 315-429. doi: 10.1155/2013/315429
- Rivière, A. (1996). L'autisme. En C. Gine i Gine (Coord.), *Trastorns del desenvolupament i necessitats educatives especials* (pp. 315-383). Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya.
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid, España: Trotta.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2007). Asperger, comorbilidad y discapacidad. En Federación Asperger España (Ed.), *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración* (pp. 22-27). Madrid, España: Federación Asperger España.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2002). *Memoria y olvido*. Madrid: Trotta
- Ruiz-Vargas, J. M. (2010). *Manual de Psicología de la Memoria*. Madrid: Síntesis
- Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatrica*, 94(1), 2-15.
- Rydén, E., & Bejerot, S. (2008). Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional control study. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 13-21.
- Saiz, D. (2002). Memoria y Percepción en Psicología del testimonio. En Soria, M. A. (coord.) *Manual de Psicología Penal Forense*. Barcelona: Ariel
- Saiz, D., Saiz, M. y Baqués, J. (1996). *Psicología de la memoria. Manual de prácticas*. Barcelona: Avesta.
- Saulnier, C. A., & Klin, A. (2007). Brief report: Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(4), 788-793. doi: 10.1007/s10803-006-02788-6

- Schroeder, J. H., Cappadocia, M. C., Bebko, J. M., Pepler, D. J., & Weiss, J. A. (2014). Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experiences among children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism Spectrum Disorders*, 44(7), 1520-1534. doi: 10.1007/s10803-013-2011-8
- Schwartz-Watts, D. (2005). Asperger's disorder and murder. *Journal of American Academic Psychiatry and Law*, 33, 390-393.
- Shtayermman, O. (2007). Peer Victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's Syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(3), 87-107. doi: 10.1080/0140860701525089
- Sills, S., & Song, C. (2002). Innovations in survey research: An application of web-based surveys. *Social Science Computer Review*, 20(1), 22-30.
- Siponmaa, L., Kristiansson, M., Jonson, C., Nydén, A., & Gillberg, C. (2001). Juvenile and young adult mentally disordered offenders: the role of child neuropsychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(4), 420-426.
- Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2002). Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism*, 6(3), 287-297.
- Ssucharewa, E. y Wolf, S. (1996). The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled "Die Schizoiden psychopatienten im Kindesalter" by Dr. G.E. Ssucharewa; scientific assistant, which appeared in 1926 in the *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(3), 119-132.
- Tager-Flusberg, H. (1991). Semantic processing in the free recall of autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 9(3), 417-430. doi: 10.1111/j.2044-835X.1991.tb00886.x
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, M. (2007). ¿Qué es la Teoría de la Mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489.
- Trillo, D. (2002) El testimonio en la práctica penal. En: Soria, M. A. (coord.) *Manual de Psicología Penal Forense*. Barcelona: Ariel
- Valdez, D. (2005). Teoría de la Mente, memoria autobiográfica y Síndrome de Asperger. Fundamentos para la intervención clínica y educativa. *El Cisne*, 15(179), 1-8.
- Valdez, D. (2006). La Teoría de la Mente y sus alteraciones en el espectro autista. En Junta de Andalucía (Ed.), *Los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica. Volumen I. Los trastornos del espectro autista* (pp. 26-73). Sevilla, España: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (7ª ed.). Barcelona, España: Masson.

- Vivanti, G., & Pagetti, D. (2013). New criteria for diagnosing autism under the DSM-5. *Link Autism-Europe, 60*, 8-10.
- Vivanti, G., Hudry, K., Trembath, D., Barbaro, J., Richdale, A., & Dissanayake, C. (2013). Towards the DSM 5 criteria for autism: clinical, cultural and research implications. *Australian Psychologist, 48*(4), 258-261. doi: 10.1111/ap.12008
- Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D., & Heather, N. (2000). Does the IDC 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *British Journal of Medical Psychology, 73*, 483-494.
- Williams, E., Thomas, K., Sidebotham, H., & Emond, A. (2008). Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. *Developmental medicine and child neurology, 50*(9), 672-677. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03042.x.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical Account. *Psychological Medicine, 11*, 115-130. doi: 10.1017/S0033291700053332
- Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities, 32*(2), 768-773. doi: 10.1016/j.ridd.2010.11.003
- Wolff, S. (1991). "Schizoid" personality in childhood and adult life I: The vagaries of diagnostic labelling. *The British Journal of Psychiatry, 159*, 615-620, 634-635.
- Woodbury-Smith, M., Clare, I., Holland, A., Kearns, A., Staufenberg, E., & Watson, P. (2005). A case-control study of offenders with high functioning autistic spectrum disorders. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 16*(4), 747-763. doi: 10.1080/14789940500302554

Anexos

I.	Encuesta a afectados por Síndrome de Asperger (SA)	132
II.	Encuesta a familiares de afectados por SA	140
III.	Encuesta a profesionales de la salud especialistas en SA	169
IV.	Contenido sentencias de carácter penal	192
V.	Contenido sentencias de procedimientos de familia	203
VI.	Resultados encuesta a afectados por SA	219
VII.	Resultados encuesta a familiares de afectados por SA	237
VIII.	Resultados encuesta a profesionales especialistas en SA	261
IX.	Resultados comparativos a nivel estadístico	283
X.	Guía para la elaboración de informes forenses en casos de SA	290
XI.	Guía para la elaboración de entrevistas a afectados por SA	291
XII.	Estudio de caso único	293



ANEXO I. Encuestas a afectados por el Síndrome de Asperger

1. Encuesta

Esta encuesta forma parte de un estudio para la Universidad Autónoma de Barcelona (Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación).

En esta encuesta aparecen preguntas relacionadas con tu vida cotidiana (sobre tu familia o tu salud por ejemplo) así como también aparecen algunas preguntas sobre si alguna vez te han ocurrido cosas desagradables alguna vez (como por ejemplo que te hayan querido hacer daño, se hayan reído de ti o hayas sufrido algo que no te gustara).

Todo lo que escribas será secreto, ya que como no es necesario que pongas tu nombre en ningún sitio, nadie podrá saber lo que has puesto. Tu participación es voluntaria así que si no deseas responder puedes cerrar esta pantalla cuando quieras sin dar explicaciones, y sin que haya ningún problema por ello.

Recuerda que puedes contactar con la persona encargada en cualquier momento de la investigación si tienes alguna duda: Elena Garrido Gaitán (elena.garrido@uab.es).

Si decides responder entendemos que estás de acuerdo en participar y te informamos de que sólo tardarás unos 15 minutos más o menos.

MUCHAS GRACIAS!

1. Identifica tu sexo

Hombre

Mujer

2. ¿Qué edad tienes? (Selecciona una opción del desplegable)

14-18

18-25

25-30

30-35

35-40

40-45

45-50

50-55

55-60

60-65

65-70

70-75

75-80

Más de 80

3. ¿En qué ciudad vives? (Hay que escribir la respuesta)

4. ¿Con quién vives?

Con mi padre y mi madre

Solo con mi padre

Solo con mi madre

Con mis hermanos o hermanas

Con mi pareja

Con mis hijos o hijas

En un centro

5. Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

Creo que no

Creo que sí, pero no sé como se llama

SI (escribe como se llama)

6. ¿Se han reído de ti o te han insultado alguna vez en el colegio?

SI

NO

7. ¿Alguna vez te has reído de alguien o le has insultado en el colegio?

SI

NO

8. ¿Alguna vez te han pegado o te pegan en el colegio?

SI

NO

9. ¿Tu le pegas o le has pegado alguna vez a alguien en el colegio?

SI

NO

10. ¿Alguna vez te han robado en el colegio?

SI

NO

11. ¿Alguna vez le has robado a alguien en el colegio?

SI

NO

12. Si alguna vez te han pegado en el colegio, o te han robado o te han insultado, ¿Se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una respuesta)

- No
- Sí, a mi padre o a mi madre
- Sí, a mi profesor/a
- Sí, a un amigo/a
- Sí, a mi psicólogo/a o psiquiatra
- Sí, otro (especifica quien)

13. En caso de que no se lo hayas contado a nadie ¿Por qué no se lo contaste?

- Por vergüenza
- Por miedo
- Porque no sabía como explicarlo
- Otra opción (especificar):

14. ¿Trabajas actualmente o has trabajado alguna vez?

- SI
- NO

15. ¿Se han reído de ti o te han insultado en el trabajo?

- SI
- NO

16. ¿Tú te has reído de alguien o le has insultado en el trabajo?

- SI
- NO

17. ¿Te han pegado alguna vez o te pegan en el trabajo?

- SI
- NO

18. ¿Tú le pegas o le has pegado a alguien en el trabajo?

- SI
- NO

19. ¿Alguna vez te han robado en el trabajo?

SI

NO

20. ¿Alguna vez le has robado a alguien en tu trabajo?

SI

NO

21. Si alguien te ha robado, pegado o insultado en el trabajo, ¿se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una)

No

Sí, a mi padre o a mi madre

Sí, a mi jefe o superior en el trabajo

Sí, a mis amigos o compañeros

Sí a mi psicólogo/a o psiquiatra

Sí, otro (especifica quien)

22. En caso de no haber contado tus problemas en el trabajo ¿Por qué no se lo contaste?

Por vergüenza

Por miedo

Porque no sabía como explicarlo

Otra opción (especificar):

23. ¿Alguna vez has tenido pareja (novio o novia)?

SI

NO

24. ¿Alguna de tus parejas se ha reído de ti o te ha insultado alguna vez?

SI

NO

25. ¿Tú te has reído de tu pareja alguna vez o la has insultado?

SI

NO

26. ¿Alguna de tus parejas te ha empujado o pegado alguna vez?

SI

NO

27. ¿Has pegado o empujado a alguna de tus parejas?

SI

NO

28. ¿Alguna de tus parejas te ha forzado a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando tú no querías?

SI

NO

29. ¿Tú has forzado a alguna de tus parejas a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando no quería?

SI

NO

30. ¿Si has tenido algún problema importante en tu relación de pareja (relaciones sexuales que no querías, que te pegue...), se lo has contado a alguien para que te ayude?

No

Sí, a mi padre o a mi madre

Sí, a mi profesor/a

Sí a mi psicólogo/a o psiquiatra

Sí, a mis amigos íntimos

Sí, otro (especifica quien)

31. ¿Por qué no lo contaste?

Por vergüenza

Por miedo

Porque no sabía como explicarlo

Otra opción (especificar):

32. ¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras?

- Sí, cuando era muy pequeño/a
- Sí, cuando ya era más mayor
- Sí, me sigue pasando
- No, nunca

33. ¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera?

- Sí, cuando era muy pequeño/a
- Sí, cuando ya era más mayor
- Sí, me sigue pasando
- No, nunca

34. ¿Alguien te ha hecho daño para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo?

- SI
- NO

35. ¿Alguna vez has hecho daño a otra persona para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con él o ella?

- SI
- NO

36. ¿Si alguien te ha hecho daño sexualmente (tocamientos, sexo oral o penetración), se lo has contado a alguien para que te ayude?

- No
- Sí, a mi padre o a mi madre
- Sí, a mi profesor/a
- Sí a mi psicólogo/a o psiquiatra
- Sí, a mis amigos íntimos
- Sí, otro (especifica quien)

37. ¿Por qué no se lo contaste?

Por vergüenza

Por miedo

Porque no sabía como explicarlo

Otra opción (especificar):

38. ¿Alguna vez has tenido que ir a hablar con la policía?

Sí, por algo que yo hice

Sí, por una cosa que me había pasado

Sí, fui a hablar con ellos por algo que vi

No, nunca

39. ¿Alguna vez has tenido que ir al juzgado?

Sí, por algo que yo hice

Sí, por una cosa que me había pasado

Sí, fui a hablar con ellos por algo que vi

No, nunca

40. Te agradecemos profundamente tu colaboración en este estudio y la sinceridad en tus respuestas.

Como consta al inicio de esta encuesta, todas tus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad debido a que esta encuesta es anónima.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Ahora solo tienes que picar encima de la palabra "FINALIZAR" que se encuentra abajo.



ANEXO II. Encuestas a familiares de afectados por el Síndrome de Asperger

Familiares

1. PRESENTACIÓN

Muchas gracias por participar en este estudio al responder esta encuesta que realizamos desde la Universidad Autónoma de Barcelona (departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación) en colaboración con la Federación de Asperger España (FAE) y su vinculación con las Federaciones y Asociaciones de las Comunidades Autónomas.

Esta encuesta es totalmente anónima y su objetivo es conocer mejor la realidad cotidiana de sus familiares que están diagnosticados bajo uno de los trastornos del espectro autista. Así, en esta encuesta aparecen preguntas relacionadas con aspectos de la vida cotidiana (salud, relaciones sociales y familiares), así como de aspectos que ustedes conocen mejor de su familiar (comportamientos, rutinas o actitudes). Finalmente, hay un bloque de preguntas dedicado a conocer si su familiar ha sufrido o generado algún tipo de daño para poder conocer mejor como se ha gestionado esta circunstancia. El objetivo final es poder crear un protocolo de actuación que garantice un trato óptimo a nivel policial y judicial de los casos de personas afectadas por el Síndrome Asperger.

Su participación es voluntaria así que si no desea responder puede cerrar esta pantalla cuando desee sin dar explicaciones, y sin que haya ninguna consecuencia por el hecho de abandonar.

Recuerde que puede contactar con la persona encargada en cualquier momento de la investigación si tiene alguna duda: Elena Garrido Gaitán (elena.garrido@uab.es).

Si decide responder entendemos que vd. está de acuerdo en participar y le informamos de que sólo tardará unos 15 minutos más o menos en responder.

Cuando llegue al final, recuerde apretar al botón "FINALIZAR" de su pantalla para que los resultados se graben correctamente.

GRACIAS

2. Datos Identificativos Anónimos

A continuación le preguntaremos sobre la relación que le une a su familiar diagnosticado bajo uno de los trastornos del espectro autista y algunas características sobre su vida cotidiana.

1. ¿Qué relación le une con su familiar (diagnosticado de TEA)?

- Padre
- Madre
- Hermano
- Hermana
- Hijo
- Hija
- Tutor legal no progenitor
- Tutora legal no progenitora
- OTROS (especificar)

2. Sexo de su familiar diagnosticado de TEA)

- Hombre
- Mujer

3. ¿Qué edad tiene?

- 0-5
- 5-10
- 10-15
- 15-18
- 18-25
- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-45
- 45-50
- 50-55
- 55-60
- 60-65
- 65-70
- 70-75
- 75-80
- Más de 80

4. Indique el Código Postal de Residencia de su familiar (diagnosticado de TEA)

5. ¿Con quién convive actualmente su familiar (diagnosticado de TEA)? (puede marcar más de una si procede)

Padre y Madre

Padre Separado / Divorciado

Madre Separada / Divorciada

Hermanos/as

Pareja Estable

Hijos/as

Centro Residencial

6. ¿Tiene otorgado un porcentaje de minusvalía en relación a este diagnóstico?

No

Sí, menos del 15%

Sí, entre el 15 y el 25%

Sí, entre el 25 y el 33%

Sí, entre el 33 y el 50%

Sí, entre el 50 y el 66%

Sí, más del 66%

7. Indique el grado de capacitación de su familiar en relación a la justicia

Es menor de edad

Es mayor de edad pero no está incapacitado

Está incapacitado totalmente

Está incapacitado parcialmente

En proceso de incapacitación

OTRO (Especificar)

3. Sobre el diagnóstico

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre el diagnóstico que tiene su familiar

8. Dentro de los trastornos del espectro autista, ¿Cual es el diagnóstico actual de su familiar sobre el que realizamos la encuesta? (Puede marcar más de una opción)

Trastorno Autista (tipo Kanner)

Síndrome de Asperger

Síndrome de Rett

Trastorno Desintegrativo Infantil

Trastorno Generalizado del Desarrollo

Otro (especificar)

9. En caso de que su familiar presente otro diagnóstico además del anterior, ¿Podría especificar cual? (Puede marcar más de una opción)

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Retraso Mental

Tartamudeo

Trastorno de la Comunicación

Trastorno Disocial / Antisocial

Trastorno Negativista Desafiante

Trastorno Obsesivo - Compulsivo

Trastorno de la esfera ansiosa

Trastorno de la esfera depresiva

Trastorno de la Personalidad

Otro (especificar)

10. ¿Este diagnóstico por quién ha sido realizado?

Hospital Público de Referencia

Centro de Salud Público de Referencia

Hospital Privado

Centro de Salud Privado

Federación o Asociación Especializada

Otro

11. ¿A qué edad fue diagnosticado por primera vez?

0-5

5-10

10-15

15-20

20-25

25-30

30-35

35-40

40-45

45-50

50-55

55-60

60-65

65-70

70-75

75-80

Más de 80

12. ¿Cual es el diagnóstico inicial que se le realizó? (Puede marcar más de una opción)

- Trastorno Autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno del Espectro Autista
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- Retraso Mental
- Tartamudeo
- Trastorno de la Comunicación
- Síndrome de Rett
- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado
- Trastorno Disocial / Antisocial
- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastorno Obsesivo - Compulsivo
- Otro (especificar)

13. ¿Podría indicarnos cual es la medicación que toma actualmente su familiar (en relación al diagnóstico anterior)?

- Medicación 1
- Medicación 2
- Medicación 3
- Medicación 4
- Medicación 5

14. Indique los síntomas (comportamientos, conductas, pensamientos) que observa en su familiar y su frecuencia

	No lo presenta	Poco frecuente	Muy frecuente	NS/NC
Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Cambios de humor bruscos	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Hiperactividad o Inquietud Motriz	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Falta de atención sostenida	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tartamudeo	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Uso de expresiones verbales (Como refranes) fuera de contexto	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Lenguaje extraño o extravagante (estilo robótico)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ecolalias (repetir palabras que han dicho otros)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Comida)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Juego)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Irritabilidad	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresividad Verbal	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresividad Física	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tendencia al Aislamiento	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Falta de empatía	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Poco contacto visual	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Balaceo	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Dificultades psicomotrices	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Dificultades visoespaciales (desorientación, no comprender ubicación espacial)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tics motores	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tics verbales	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Consumo de Tabaco	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Consumo de Marihuana / Hachís	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Consumo de Cocaína / LSD	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Insomnio	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Pesadillas	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Miedo a los extraños	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Falta de interés por sus conocidos	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Deseo de aumentar su entorno social	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Desorientación	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Miedo a los espacios abiertos	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Problemas de expresión oral	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Problemas de comprensión del lenguaje	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Establecimiento de rutinas rígidas	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Destruye objetos de otros intencionadamente	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Muestra crueldad con animales	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Muestra crueldad con otras personas	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Ha robado objetos	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ha creado Incendios	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tendencia a la mentira	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Fugas de casa	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ingiere elementos que no son alimentos	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Enuresis (se orina de forma involuntaria)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Encopresis (defeca de forma involuntaria)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Nerviosismo / Ansiedad	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tristeza / Depresión	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Autoagresiones	<input type="checkbox"/> No lo presenta	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Intento de suicidio

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No lo
presenta | Poco
frecuente | Muy
frecuente | NS/NC |

15. Sobre su relación o interacción social con otros... (puede marcar más de una opción si procede)

- No muestra interacción de ningún tipo
- Utiliza sistemas de comunicación alternativos (PECS, Lengua de signos, etc.)
- Muestra interacción visual pero no se comunica verbalmente
- Interactúa social y verbalmente pero le cuesta interpretar los mensajes de otros
- Interactúa social y verbalmente pero no entiende los dobles sentidos del lenguaje (refranes, cinismo, etc.)
- Interactúa social y verbalmente sin dificultad PERO solo si el entorno es conocido
- Interactúa social y verbalmente sin dificultad
- Muestra un interés escaso por hacer amigos o relacionarse con otros

16. En relación al uso que hace del lenguaje.... (puede marcar más de una respuesta si procede)

- Su lenguaje es correcto a nivel verbal
- Hubo un retraso en la adquisición del lenguaje
- A veces hace comentarios fuera del hilo de la conversación sin previo aviso
- Su lenguaje es muy literal (ausencia de lenguaje metafórico)
- Usa un vocabulario muy rico, incluso pedante
- Se expresa oralmente de forma extraña (carente de entonación)
- Presenta ecolalias (repite palabras dichas por otros)

OTRO (Especificar)

17. En relación al uso que hace de sus gestos y su comunicación no verbal... (puede marcar más de una respuesta si procede)

- Su lenguaje es correcto a nivel no verbal
- Sus expresiones faciales son poco variadas
- Gesticula poco al hablar
- Su expresión facial o gestual es poco adecuada al contexto
- Muestra poco contacto ocular
- Su lenguaje corporal es extraño o inusual
- Su mirada es fija o extraña
- Tiene tendencia a tener una postura corporal inusual

OTRO (Especificar)

18. En relación al uso que hace de su memoria... (puede marcar más de una respuesta si procede)

- Tiene mucha memoria de acontecimientos antiguos
- Tiene mucha memoria de acontecimientos recientes
- Tiene mucha memoria, pero sólo de elementos de su interés
- Tiene mucha memoria de elementos muy específicos
- Tiene problemas de memoria y no puede recordar muchas cosas cotidianas
- Si le ocurre algo que le impacte, lo recuerda mucho

OTRO (Especificar)

19. En relación a sus intereses... (puede marcar más de una si procede)

- Tiene alguna afición o algún interés específico que le ocupa mucho tiempo
- Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos
- Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crear problemas
-

¿Si tiene uno o más intereses específicos a los que dedique mucho tiempo, podría indicarnos en qué se centran?

20. Marque el tipo de seguimiento psicológico que realiza actualmente

Ninguno

Privado

Público

Asociación / Federación

Otro (especificar)

21. Marque el tipo de seguimiento psiquiátrico que realiza actualmente

Ninguno

Privado

Público

Asociación / Federación

Otro (especificar)

22. Marque el tipo de seguimiento médico que realiza actualmente

Ninguno

Privado

Público

Asociación / Federación

Otro (especificar)

23. ¿Su familiar diagnosticado realiza otro tipo de seguimiento de tipo alternativo?

No

Homeopatía / Medicina Natural

Dieta Alimentaria Específica

Terapias energéticas

Programas de estimulación sensorial

Otro (especificar):

4. Sobre episodios de victimización NO DENUNCIADOS

En este espacio, nos gustaría saber si su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital QUE NO HAYA SIDO DENUNCIADO policial o judicialmente.

24. ¿Su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE NO HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente?

Si

No

25. Al respecto de los delitos o agresiones que su familiar haya SUFRIDO y QUE NO HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces le ha ocurrido a lo largo de su trayectoria vital?

	Nunca	1	2	3 o más
Acoso Escolar	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Económico	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Infantil (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Infantil (violación)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Adolescente (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Adolescente (violación)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Edad Adulta (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Edad Adulta (violación)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Violencia de Pareja	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Lesiones o Agresiones Físicas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Robo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Intento de Homicidio / Asesinato	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más

26. Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio en el que su familiar diagnosticado resultó ser VÍCTIMA?

- Nos los comunicó intencionadamente
- No los comunicó sin valorar la relevancia del hecho que explicaba
-

Nos lo comunicó involuntariamente (aun sabiendo de la gravedad del hecho). Es decir, se le escapó.

- Lo supimos por una tercera persona
- Otro (especificar)

27. Si ha existido algún/os episodio/s grave/s en la trayectoria de su familiar en que haya sido agredido de alguna forma como VÍCTIMA y NO HAYA SIDO DENUNCIADO, ¿podría redactarlo/s brevemente (sin aportar datos personales)?

28. En relación a este episodio QUE SU FAMILIAR SUFRIÓ Y NO FUE DENUNCIADO, ¿Cual fue el motivo de no cursar denuncia? (puede marcar más de una si procede)

- Porque lo desconocían al no haberlo explicado su familiar diagnosticado
- Porque consideraron que no era grave
- Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial
- Porque pensaron que no serviría de nada iniciar un proceso legal
- Por no exponer a su familiar diagnosticado a un proceso judicial
- Porque creyeron que no podrían demostrar los hechos
- Porque ya denunciaron antes sin éxito y prefirieron no volver a intentarlo
- Porque el familiar diagnosticado se negó explícitamente

- Otros

5. Sobre episodios de victimización DENUNCIADOS

En este espacio, nos gustaría saber si su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente.

29. Su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente

- Si
- No

30. Al respecto de los delitos o agresiones que su familiar HA SUFRIDO y SÍ HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces le ha ocurrido a lo largo de su trayectoria vital?

	0	1	2	3 o más
Acoso Escolar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Económico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Infantil (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Infantil (violación)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Adolescente (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Adolescente (violación)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Edad Adulta (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Edad Adulta (violación)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Violencia de Pareja	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Lesiones o Agresiones Físicas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Robo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Intento de Homicidio / Asesinato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Otros	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más

31. Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio que finalmente SÍ FUE DENUNCIADO en el que su familiar diagnosticado resultó ser VÍCTIMA?

Nos los comunicó intencionadamente

No los comunicó sin valorar la relevancia del hecho que explicaba

Nos lo comunicó involuntariamente (aun sabiendo de la gravedad del hecho). Es decir, se le escapó.

Lo supimos por una tercera persona

Otro (especificar)

32. Si ha existido algún/os episodio/s grave/s en la trayectoria de su familiar en que haya sido agredido de alguna forma como VÍCTIMA y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, ¿podría redactarlo/s brevemente (sin aportar datos personales)?

33. De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale cual fue el tiempo total de resolución del proceso

Menos de 6 meses

De 6 a 12 meses

De 12 a 18 meses

De 18 a 24 meses

Más de 24 meses

34. De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale en qué sentido se ha resuelto

A favor de los intereses de mi familiar (el agresor fue condenado)

En contra de los intereses de mi familiar (el agresor fue absuelto)

Está pendiente de resolución

A favor de los intereses de mi familiar (el agresor fue condenado) pero está recurrido

En contra de los intereses de mi familiar (el agresor fue absuelto) pero está recurrido

Otro

35. De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale que tipo de tribunal ha llevado la causa (puede marcar más de una)

- Juzgado de Instrucción
- Juzgado de 1a Instancia
- Juzgado de Violencia Doméstica o Contra la Mujer
- Juzgado Penal
- Juzgado Civil
- Audiencia Provincial
- Tribunal del Jurado
- Tribunal Supremo
- Otro

36. De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, marque los procesos por los que ha pasado su familiar

- Valoración por médico forense judicial
- Valoración por médico forense privado
- Valoración por psicólogo perito judicial
- Valoración por psicólogo perito privado
- Declaración Policial
- Declaración Judicial
- Declaración el día del Juicio
- Exploración por parte del Juez
- Otro

37. Para el hecho denunciado (siendo su familiar diagnosticado la VÍCTIMA), ¿qué relevancia tuvo el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico en el proceso judicial?

- Fue altamente relevante
- Lo tuvieron en cuenta pero no modificó demasiado los hechos
- No fue relevante para nada

38. ¿Cuál cree que fue el grado de conocimiento del trastorno diagnosticado a su familiar por parte de los profesionales que participaron en el proceso judicial?

	Desconocimiento total	Conocimiento Básico	Conocimiento Amplio	No participó
Policía	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Abogado/a	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psicólogo Judicial	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psicólogo Privado	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psiquiatra Judicial	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psiquiatra Privado	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Médico Forense	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Médico Privado	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Médico Público	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Juez/a	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Fiscal	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó

6. Sobre episodios de agresividad NO DENUNCIADOS

En este espacio, nos gustaría saber si su familiar ha GENERADO algún de agresión o abuso en su historia vital QUE NO HAYA SIDO DENUNCIADO policial o judicialmente.

39. ¿Su familiar ha COMETIDO algún tipo de agresión o daño a otras personas en su historia vital, QUE NO HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente?

Si

No

40. Al respecto de los delitos o agresiones QUE NO HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces ha participado activamente dañando a otros a lo largo de su trayectoria vital?

	0	1	2	3 o más
Acoso Escolar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Económico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Infantil (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Infantil (violación)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Adolescente (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Adolescente (violación)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Edad Adulta (tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Edad Adulta (violación)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Violencia de Pareja	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Lesiones o Agresiones Físicas (peleas)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Robo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Intento de Homicidio / Asesinato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Otros	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más

41. Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio en el que su familiar diagnosticado GENERÓ la agresión o delito?

Nos los comunicó intencionadamente

No los comunicó sin valorar la relevancia del hecho que explicaba

Nos lo comunicó involuntariamente (aun sabiendo de la gravedad del hecho). Es decir, se le escapó.

Lo supimos por una tercera persona

Otro (especificar)

42. Si ha existido algún/os episodio/s grave/s en la trayectoria de su familiar en que haya generado alguna agresión y NO haya sido denunciado, ¿podría redactarlo/s brevemente (sin aportar datos personales)?

43. ¿Conoce cuál fue el motivo por el que la persona que sufrió el daño no cursara denuncia?

Lo desconozco

Porque consideraron que no era grave

Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial

Porque pensaban que no serviría de nada

Por no exponer a su familiar a un proceso judicial

Porque creyeron que no podrían demostrar los hechos

Porque ya denunciaron antes y prefirieron no volver a intentarlo

Porque así lo solicitó el/la perjudicado/a

Otros

7. Sobre episodios de agresividad DENUNCIADOS

En este espacio, nos gustaría saber si su familiar ha GENERADO algún tipo de agresión o daño a otros en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente.

44. Su familiar ha cometido algún tipo de agresión o daño a otros en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente

Sí

No

45. Al respecto de los delitos o agresiones que su familiar HA GENERADO y SÍ HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces le ha ocurrido a lo largo de su trayectoria vital?

0 1 2 3 o más

Acoso Escolar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Económico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Actos de Incivismo (Destrozo de Mobiliario Urbano)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Infantil	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Infantil	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Adolescente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Adolescente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Abuso Sexual Edad Adulta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Agresión Sexual Edad Adulta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Violencia de Pareja	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Lesiones o Agresiones Físicas (peleas)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Robo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Intento de Homicidio / Asesinato	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más
Otros	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 o más

46. Si ha existido algún/os episodio/s grave/s en la trayectoria de su familiar diagnosticado en que haya GENERADO alguna agresión y SÍ HAYA SIDO DENUNCIADO, ¿podría redactarlo/s brevemente (sin aportar datos personales)?

47. De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale cual fue el tiempo total de resolución del proceso

Menos de 6 meses

De 6 a 12 meses

De 12 a 18 meses

De 18 a 24 meses

Más de 24 meses

48. De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale en qué sentido se ha resuelto

A favor de los intereses de mi familiar (fue absuelto)

En contra de los intereses de mi familiar (fue condenado)

Está pendiente de resolución

A favor de los intereses (fue absuelto) pero está recurrido

En contra de los intereses (fue condenado) pero está recurrido

Otro

49. De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale que tipo de tribunal ha llevado la causa (puede marcar más de una)

Juzgado de Instrucción

Juzgado de 1a Instancia

Juzgado de Violencia Doméstica o Contra la Mujer

Juzgado Penal

Juzgado Civil

Audiencia Provincial

Tribunal del Jurado

Tribunal Supremo

Otro

50. De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, marque los procesos por los que ha pasado su familiar

- Valoración por médico forense judicial
- Valoración por médico forense privado
- Valoración por psicólogo perito judicial
- Valoración por psicólogo perito privado
- Declaración Policial
- Declaración Judicial
- Declaración el día del Juicio
- Exploración por parte del Juez
- Otro

51. Para el hecho denunciado, ¿indique cual cree que fue el grado de relevancia que tuvo en el proceso judicial el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico?

- Fue altamente relevante
- Lo tuvieron en cuenta pero no modificó demasiado los hechos
- Lo valoraron pero no se tuvo en cuenta
- No fue relevante para nada

52. De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, ¿Cuál cree que fue el grado de conocimiento del trastorno diagnosticado a su familiar por parte de los profesionales que participaron en el proceso judicial?

	Desconocimiento total	Conocimiento Básico	Conocimiento Amplio	No participó
Policía	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Abogado/a	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psicólogo Judicial	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psicólogo Privado	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psiquiatra Judicial	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Psiquiatra Privado	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Médico Forense	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Médico Privado	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Médico Público	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Juez/a	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó
Fiscal	<input type="checkbox"/> Desconocimiento total	<input type="checkbox"/> Conocimiento Básico	<input type="checkbox"/> Conocimiento Amplio	<input type="checkbox"/> No participó

8. FINALIZACIÓN

Le agradecemos profundamente su colaboración en este estudio y la sinceridad en sus respuestas. Lea una última pregunta y cuando acabe la encuesta solo ha de clickar encima de la palabra "FINALIZACIÓN" que consta al pie. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



ANEXO III. Encuestas a profesionales especialistas en Síndrome de Asperger

Profesionales de la Salud

1. PRESENTACIÓN

Muchas gracias por participar en este estudio al responder esta encuesta que realizamos desde la Universidad Autónoma de Barcelona (departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación) en colaboración con la Federación de Asperger España (FAE) y su vinculación con las Federaciones y Asociaciones de las Comunidades Autónomas.

Esta encuesta es totalmente anónima y su objetivo es conocer mejor la realidad cotidiana de sus usuarios que están diagnosticados bajo uno de los trastornos del espectro autista. Así, en esta encuesta aparecen preguntas relacionadas con aspectos de la vida cotidiana (salud, relaciones sociales y familiares), así como de aspectos que ustedes conocen mejor de sus pacientes (comportamientos, rutinas, sintomatología o actitudes). Finalmente, hay un bloque de preguntas genéricas y de opinión dedicado a conocer si sus pacientes han sufrido o generado algún tipo de daño para poder conocer mejor como se ha gestionado esta circunstancia. El objetivo final es poder crear un protocolo de actuación que garantice un trato óptimo a nivel policial y judicial de los casos de personas afectadas por el Síndrome Asperger.

Su participación es voluntaria así que si no desea responder puede cerrar esta pantalla cuando desee sin dar explicaciones, y sin que haya ninguna consecuencia por el hecho de abandonar.

Recuerde que puede contactar con la persona encargada en cualquier momento de la investigación si tiene alguna duda: Elena Garrido Gaitán (elena.garrido@uab.es).

Si decide responder entendemos que vd. está de acuerdo en participar y le informamos de que sólo tardará unos 15 minutos más o menos en responder.

Cuando llegue al final, recuerde apretar al botón "FINALIZAR" de su pantalla para que los resultados se graben correctamente.

GRACIAS

2. Datos Identificativos Anónimos

A continuación le preguntaremos sobre su profesión y su vinculación con los trastornos del espectro autista

1. ¿Cual es su profesión?

Licenciado / Graduado en Medicina dedicándome al ejercicio de Medicina General

Psiquiatra

Psicólogo/a

OTROS (especificar)

2. En relación a su experiencia con los Trastornos del Espectro Autista (TEA)...

Me dedico específicamente al trabajo con este tipo de pacientes

Me dedico a la Salud Mental Infantil no específicamente en TEA

Me dedico a la Salud Mental Adulta no específicamente en TEA

Me dedico a la medicina forense

Me dedico a la psiquiatría forense

Me dedico a la psicología forense

Otro (especificar)

3. Usted realiza su actividad

De forma pública (ambulatorio)

De forma pública (hospital)

De forma pública (servicios forenses o vinculados al juzgado)

En un centro o gabinete privado

En una clínica u hospital privado

En una asociación o federación relacionada con este tipo de diagnóstico

En otro tipo de ONG o fundación

En un centro escolar o educativo

OTRO (Especificar)

4. En relación al tipo de intervención que realiza, especifique los que realiza (marque más de uno si procede)

- Tratamiento psicológico Individual
- Tratamiento psicológico Grupal
- Diagnóstico del trastorno
- Prescripción y Seguimiento Psicofarmacológico
- Reeducción y/o educación en elementos de comportamiento
- Seguimiento psiquiátrico del trastorno
- Trabajo de apoyo con las familias
- Valoración forense del diagnóstico y su implicación en procesos legales
- OTROS (especificar)

5. ¿Ha realizado usted algún tipo de formación específica sobre este tipo de diagnóstico?

- La propia de mi Licenciatura / grado
- Sí, Master o Posgrado en Salud Mental Infanto Juvenil
- Sí, Master o Posgrado en Salud Mental Adulta
- Sí, Master o Posgrado en Trastorno del Espectro Autista
- Sí, cursos específicos en Trastono del Espectro Autista

6. Indique la Ciudad o Código Postal en el cual ejerce acualmente su profesión

3. Sobre el diagnóstico

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con sus usuarios diagnosticados bajo uno de los trastornos del espectro autista

7. ¿Basándose en su experiencia profesional, cual es el diagnóstico del espectro autista que habitualmente usted diagnostica (o con el que trabaja) más frecuentemente?

- Trastorno Autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado
- Síndrome de Rett
- Más o menos por igual

8. Basándose en su experiencia profesional ¿este tipo de diagnósticos suelen cursar con algún otro tipo de trastorno o comorbilidad?

- No, no suele mostrar comorbilidad
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- Retraso Mental o Déficit Intelectual Grave
- Trastorno de la Comunicación
- Trastorno Rett
- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno Disocial / Antisocial
- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastorno de la Personalidad Clúster A
- Trastorno de la Personalidad Clúster B
- Trastorno de la Personalidad Clúster C
- Trastorno de la Personalidad No Especificado
- Trastorno del Control de los Impulsos
- Trastorno Obsesivo - Compulsivo
- Trastornos de tipo Psicótico
- Trastornos de tipo Depresivo
- OTROS (especificar)

9. Basándose en su experiencia, ¿diría que este tipo de diagnósticos suelen identificarse inicialmente bajo otro criterio diagnóstico?

No, suelen identificarse directamente como TEA

Sí, suelen diagnosticarse bajo otro criterio diagnóstico y luego evolucionan a TEA, momento en que son diagnosticados

Sí, suelen diagnosticarse bajo otro criterio diagnóstico al confundirse con otros diagnósticos

10. Indique los síntomas (comportamientos, conductas, pensamientos) que observa en el momento de diagnosticar un SÍNDROME de ASPERGER (teniendo en cuenta que 0 implica que no se da, 1 sería poco habitual y 2 sería altamente habitual)

	0	1	2	NS/NC
Rigidez de pensamiento (dificultad para cambiar de opinión)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Cambios de humor bruscos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Hiperactividad o Inquietud Motriz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Falta de atención sostenida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Tartamudeo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Verborrea o Descarrilamiento del discurso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Uso de expresiones verbales (como refranes) fuera de contexto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC
Lenguaje extravagante o extraño (robótico)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NS/NC

Ecolalias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Comida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Restricciones alimentarias (tipo anorexia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Problemas en el control del Impulso (Juego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Agresividad Verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Agresividad Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Tendencia al Aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Falta de empatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Poco contacto visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Balanceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Dificultades psicomotrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC

Dificultades visoespaciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Tics motores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Tics verbales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Consumo de Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Consumo de Marihuana / Hachís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Consumo de Cocaína / LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Miedo a los extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Desorientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Miedo a los espacios abiertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Problemas de expresión oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Problemas de comprensión del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Establecimiento de rutinas rígidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC

Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Destruir objetos de otros intencionadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Mostrar crueldad con animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Mostrar crueldad con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Robo de objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Crear Incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Tendencia a la mentira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Fugas de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Ingiere elementos que no son alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Nerviosismo / Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Tristeza / Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Mutismo Selectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC
Autoagresiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	NS/NC

Intentos de Suicidio

0 1 2 NS/NC

4. Realización del diagnóstico

Nos gustaría conocer con qué herramientas cuenta para poder realizar el diagnóstico o seguimiento de sus usuarios con algún tipo de trastorno del Espectro Autista (TEA)

11. Indique qué herramientas o estrategias usa para establecer su diagnóstico o seguimiento

	Nunca	En ocasiones	Frecuentemente	Siempre
Entrevistas con el usuario	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Entrevistas con familiares	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Coordinación con otros profesionales implicados	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Pruebas psicométricas (tests) a los usuarios	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Pruebas psicométricas (tests) a los familiares	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Pruebas psicométricas (tests) a otros profesionales en relación al usuario	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Pruebas proyectivas a los usuarios	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Informes técnicos previos	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
Observación in situ (vida cotidiana, centro escolar)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En ocasiones	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre

12. Si utiliza pruebas de valoración de la Inteligencia, indique de que tipo

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Escalas Weschler (WPPSI, WISC, WAIS...)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Escalas Kaufman (K-BIT, K-ABC)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Matrices Progresivas de Raven	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Battelle (Desarrollo Infantil)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
BSID (Escalas Bayley de Desarrollo)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
TONI-2	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
IGF - Inteligencia factorial	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
RIAS / RIST. Escalas de Inteligencia de Reynolds	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
TIG. Test de Inteligencia General	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
PMA. Aptitudes Mentales Primarias	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Dominos	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

13. Si utiliza pruebas de valoración de la Inteligencia emocional o la adaptación, indique de que tipo

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
MSCEIT (test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
CTI (Inventario de Pensamiento Constructivo)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
ABAS-II (evalaucion de la conducta adaptativa)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
TAMAI (adaptacion multifactorial infantil)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
MOLDES	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
AECS. Actitudes y Estrategias Cognitivo Sociales	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
TECA. Test de empatía Cognitiva y Afectiva	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

14. Si utiliza pruebas de valoración de la personalidad, indique de que tipo

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Escalas Cattell (ESPQ, CPQ, 16PF-V)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Escalas Eysenck (EPQ, EPI)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
MCMI-III (Millon)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
PAI	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
MMPI (Minnesota)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
NEO-PI-R	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
BFQ (Big Five)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
BASC (Evaluación de Conducta Adolescente)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

15. Si utiliza pruebas de valoración neuropsicológicas, indique de que tipo

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Test Gestaltico Visomotor de Bender	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Figura de Rey	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Luria	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Barcelona	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Test del reloj	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Cumanin / Cumanes	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
ENFEN	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Benton	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Stroop	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

16. Si utiliza pruebas para valorar el lenguaje y la comunicación, especifique su uso

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
PLON. Prueba del Lenguaje Oral de Navarra	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
PEABODY. Test de vocabulario en Imágenes	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
ITPA. Test Illinois de Aptitudes Lingüísticas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

17. Si utiliza pruebas específicas del diagnóstico de TEA, especifique su uso

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico de Autismo - Revisada)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
ADOS (Escala de Observación Diagnostica del autismo)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Escala de evaluación del Autismo infantil (CARS)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Entrevista Autismo Padres (PIA)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Autism Behavior Checklist (ABC)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
BAS (Bateria de Adaptación Social)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Cuestionario de Expresividad de Berkeley (BEQ)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Evaluador de Asperger en Adultos (AAA)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Inventario de Espectro Autista (IDEA)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
M-CHAT. Cuestionario de Autismo en la Infancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre

18. Si utiliza pruebas proyectivas, especifique su uso

	Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
HTP (Casa Arbol Persona)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Figura Humana	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Test de la Familia	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Rorschach	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
TAT / CAT	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Fabulas de Duss	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre
Pata Negra	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Habitualmente	<input type="checkbox"/> Siempre

5. Sobre episodios de victimización de sus usuarios

En este espacio, nos gustaría saber si tiene conocimiento de que alguno de sus usuarios haya sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital

19. ¿Es habitual que sus usuarios afectados por algún tipo de trastorno TEA hayan sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital?

No

Sí, pero es poco habitual en este tipo de usuarios

Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y sufren agresiones que podrían considerarse leves

Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y sufren agresiones que podrían considerarse graves

20. Basándose en su experiencia profesional (y las vivencias de sus usuarios), de las agresiones o delitos que suelen sufrir, indique su valoración de frecuencia

	No se suele dar	Poco habitual	Frecuente	Muy frecuente	NS/NC
--	------------------------	----------------------	------------------	----------------------	--------------

Acoso Escolar	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso Económico	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Violencia de Pareja	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso Sexual Infantil (Tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresión sexual Infantil (violación)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso Sexual Adolescente (Tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresión sexual Adolescente (violación)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso sexual en la edad adulta (Tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresión sexual en la edad adulta (violación)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Robos	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Lesiones y Agresiones Físicas (peleas)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Intento de Homicidio	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

21. En relación a este tipo de problemas en la historia vital de sus usuarios (Agresiones, delitos. etc.), usted cree que se lo manifestarían... (puede marcar más de una si procede)

- Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)
- Con dificultad, por no saber identificar el daño
- Con dificultad, por vergüenza o miedo
- Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente
- No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello
- No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)

OTROS (especificar)

22. En base a su experiencia, ¿en el caso de que sus usuarios sufran algún tipo de agresión, este tipo de sucesos suelen ser denunciados policial o judicialmente? (puede marcar más de una respuesta)

- Sí, suelen ser denunciados
- No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente
- No, porque los familiares suelen considerar que no es grave
- No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial
- No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal
- No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial
- No, porque los familiares suelen creer que no podrán demostrar los hechos
- No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)
- No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada

Otros

23. En el caso de que estas agresiones HACIA SU USUARIO acaben en denuncia policial o judicial, indique su grado de participación en el proceso

	Nunca	Poco habitual	Habitual	Muy Frecuente
Presentar informe (sólo documento)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Realizar valoración Forense o Pericial	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Acudir a declarar al juicio	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Coordinación con otros profesionales	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Asesoramiento en el juzgado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente

24. En el caso de que estas agresiones HACIA SU USUARIO acaben en denuncia policial o judicial, indique cual cree que es el grado de relevancia el hecho de que el afectado tenga diagnóstico de salud mental en el proceso judicial

- Suele ser altamente relevante
- Suelen tenerlo en cuenta pero no modifica demasiado los hechos
- No suele ser relevante para nada

25. Cuando sus usuarios SUFREN algún abuso o agresión, ¿Cómo cree que afecta a su sintomatología? (puede marcar más de una si procede)

- Habitualmente no muestran afectación
- Se produce un empeoramiento del diagnóstico a nivel endógeno (aumento de síntomas que ya presentaban)
- Aparece nueva sintomatología de carácter exógeno (ansiedad, estrés postraumático, etc.)
- Otro (especificar)

6. Sobre episodios de agresividad o comisión de delitos por parte de sus usuarios

En este espacio, nos gustaría saber si tiene conocimiento de que alguno de sus usuarios haya cometido algún tipo de agresión o daño a otras personas

26. ¿Es habitual que sus usuarios diagnosticados de TEA pueden GENERAR algún tipo de agresión o daño a otros?

No

Sí, pero es poco habitual en este tipo de usuarios

Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y generan agresiones que podrían considerarse leves

Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y generan agresiones que podrían considerarse graves

27. Basándose en su experiencia profesional (y las vivencias de sus usuarios), de las agresiones o delitos que suelen generar, indique su valoración de frecuencia

	No se suele dar	Poco habitual	Frecuente	Muy frecuente	NS/NC
Acoso Escolar	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso Económico	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Violencia de Pareja	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso Sexual Infantil (Tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresión sexual Infantil (violación)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso Sexual Adolescente (Tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

Agresión sexual Adolescente (violación)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Abuso sexual en la edad adulta (Tocamientos, etc.)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Agresión sexual en la edad adulta (violación)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Robos	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Lesiones y Agresiones Físicas (Pelears)	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC
Intento de Homicidio	<input type="checkbox"/> No se suele dar	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> NS/NC

28. En relación a este tipo de problemas en la historia vital de sus usuarios (Agresiones, delitos. etc.), en caso de que lo GENEREN, usted cree que se lo manifestarían... (puede marcar más de una si procede)

- Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)
- Con dificultad, por no saber identificar el daño
- Con dificultad, por vergüenza o miedo
- Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente
- No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello
- No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)

OTROS (especificar)

29. En base a su experiencia, ¿en el caso de que sus usuarios GENEREN algún tipo de agresión, este tipo de sucesos suelen ser denunciados policial o judicialmente? (puede marcar más de una respuesta)

- Sí, suelen ser denunciados
- No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente
- No, porque los familiares suelen considerar que no es grave
- No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial
- No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal
- No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial
- No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)
- No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada
- Otros

30. En el caso de que estas agresiones GENERADAS por sus usuarios acaben en denuncia policial o judicial, indique su grado de participación en el proceso

	Nunca	Poco habitual	Habitual	Muy Frecuente
Presentar informe (sólo documento)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Realizar valoración Forense o Pericial	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Acudir a declarar al juicio	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Coordinación con otros profesionales	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente
Asesoramiento en el juzgado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poco habitual	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Muy Frecuente

31. En el caso de que estas agresiones GENERADAS por su usuario acaben en denuncia policial o judicial, indique cual cree que es el grado de relevancia el hecho de que el afectado tenga diagnóstico de TEA en el proceso judicial

- Suele ser altamente relevante
- Suelen tenerlo en cuenta pero no modifica demasiado los hechos
- No suele ser relevante para nada

32. Cuando sus usuarios GENERAN algún abuso o agresión, ¿Como cree que se representa este hecho en su sintomatología?

Habitualmente no muestran afectación

Se produce un empeoramiento del diagnóstico a nivel endógeno (exacerbación de síntomas que ya presentaban)

Aparece nueva sintomatología de carácter exógeno (ansiedad, estrés postraumático, etc.)

Otro (especificar)

7. FINALIZACIÓN

Le agradecemos profundamente su colaboración en este estudio y la sinceridad en sus respuestas.

Como sabe, este es un estudio que intenta aproximarse al máximo a la realidad de los usuarios diagnosticados bajo uno de los TEA y por ello le solicitamos su colaboración para que el máximo de profesionales que trabajan con este tipo de usuarios puedan responder esta encuesta, por lo que solicitamos su ayuda para crear un efecto bola de nieve y que pueda dar traslado de esta encuesta a profesionales de su conocimiento. Esto lo puede hacer de forma sencilla, reenviandoles por correo electrónico el link de la encuesta.

<http://www.e-encuesta.com/answer?testId=c2V4t/K0SY4=>

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO IV – EXTRACTOS DE INTERÉS DE SENTENCIAS DE CARÁCTER PENAL

1. En relación a los delitos de Homicidio / Asesinato

- *"padecía síndrome de Asperger que el día 26 de mayo de 2010 le limitaba su facultad volitiva y no su capacidad intelecto-cognitiva [...] debo condenar y condeno a X, como autor criminalmente responsable del delito de asesinato consumado que se le imputaba, con las circunstancias atenuantes del hoy art. 21.7ª en relación con el art. 21.1ª y 20.1ª y también del art. 21.4 del Código Penal, a la pena de DIEZ AÑOS DE PRISIÓN con inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena y las prohibiciones de residir o acudir a la Ciudad Autónoma de ----- y de aproximarse a menos de 200 metros y comunicarse con la familia de la víctima, lugar de trabajo o zona que frecuenten por tiempo de 10 años más de la indicada pena de prisión". Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Civil y Penal. Granada. Sección 1ª. Nº de Recurso: 35/2012 - Nº de Resolución: 3/2013 PENAL – JURADO, de 11 de febrero de 2013*

2. En relación a los delitos Contra la Salud Pública

- *Su hermano, el acusado X, el cual padece un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno de espectro autista (Asperger), que sin afectar a sus facultades intelectivas limitaba de modo leve, sin anular, sus capacidades volitivas, ejercía por delegación las funciones de Y cuando éste se encontraba fuera de la isla, informaba a su hermano de la marcha de las operaciones y gestionaba igualmente la venta de sustancias [...] Estamos de acuerdo con la defensa en que los antecedentes y diagnóstico que presenta este acusado a partir de su historial e informe psiquiátrico elaborado por el perito de parte, del que resulta que padece un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno de espectro autista (asperger), pero sin déficit ninguno en el aspecto intelectual, permite concluir que dicha patología hubo de influir de alguna manera en los hechos cometidos en lo que respecta a la afectación de sus capacidades volitivas, pero en la medida en que no puede estimarse acreditado que anulase su voluntad de modo intenso o de forma importante - pues de las observaciones telefónicas y del seguimiento no se vino en conocimiento que hubiera habido determinación o influencia determinante en su actuación -, y de hecho el informe de psiquiatra no explica de que manera dicha patología tuvo una influencia decisiva o especialmente intensa en el comportamiento delictivo de X es por lo que rechazamos la opción de apreciar una eximente incompleta (cuya cumplida acreditación incumbía a la defensa), pero si le reconocemos una atenuante analógica del artículo 21.7 del CP, en relación con el 21.1 del CP ". AUDIENCIA PROVINCIAL DE PALMA DE MALLORCA- SECCIÓN 2ª - Rollo número 99/13, Procedimiento Abreviado (182/12). Procedencia Instrucción número 3 de Ibiza SENTENCIA nº 11/14*
- *"Al tiempo de cometer estos hechos el acusado era desde antiguo consumidor de 8 a 10 gramos diarios de hachís, y sufría de cefaleas de larga evolución sin estudio ni tratamiento específico, las cuales combatía con cannabis a modo de automedicación analgésica. Dada la escasez de ingresos obtenidos de la explotación del mencionado bar, el acusado financiaba su propio consumo mediante la venta de hachís en el bar. Con*

posterioridad a los hechos el acusado se ha sometido a estudio médico, siendo diagnosticado de un trastorno generalizado del desarrollo, tipo Asperger. Es un trastorno presente desde la infancia, siendo una patología ligada al autismo. En su cuadro clínico aparecen alteraciones comportamentales, destacando la tendencia a las rutinas e intolerancia a los cambios, con conductas incluso absurdas en función de los razonamientos propios de la lógica de estos enfermos. Además, en el acusado es especialmente notoria su resistencia a la interacción y al contacto físico, siendo típica de su trastorno la fijeza con la que defiende que no abandonará el cannabis, sin medir las consecuencias de su consumo [...] Desde su primera declaración el acusado ha dicho ser consumidor de 8 ó 10 gramos diarios, y desde el Servicio de Asistencia al Detenido se informa que tanto el Centro de Tratamiento de Toxicomanías de ----- como el Médico psiquiatra del Centro público de Salud han tenido constancia del problema de toxicomanía del acusado. En este sentido, en el Fundamento de Derecho segundo la Sentencia recoge parte del contenido del Informe emitido por el referido Psiquiatra. En dicho Informe se reseña entre los antecedentes médicos del acusado, no sólo el consumo de cannabinoides, sino también el Síndrome de Wolf-Parkinson-White y cefaleas de larga evolución sin estudio ni tratamiento específico. Informa que el acusado, de 46 años de edad, presenta un trastorno generalizado del desarrollo, tipo Asperger. Se trata de un tipo de trastorno que está presente desde la infancia y se mantiene en la edad adulta, siendo una patología ligada al autismo. En su cuadro clínico aparecen alteraciones comportamentales, destacando la tendencia a las rutinas e intolerancia a los cambios, con conductas que pueden resultar incluso absurdas en función de los razonamientos que las sustentan propios de la lógica de estos pacientes. Además, en el caso del acusado, es especialmente notoria su resistencia a la interacción y al contacto físico, razón por la cual apenas había acudido al médico, y menos para solicitar un estudio y tratamiento de su cefalea crónica. Hasta la actualidad el acusado ha combatido la cefalea con cannabis, automedicación analgésica que afirma no abandonará en tanto no obtenga una mejoría por otros medios ahora que se está estudiando su problema. Concluye el Informe que la fijeza con la que el acusado defiende sus planteamientos al respecto, sin medir las consecuencias del consumo o de la exhibición que ha llegado a hacer de él, es típica de su trastorno. Para esta segunda instancia se ha aportado prueba documental consistente en el Dictamen técnico-facultativo recientemente emitido por el Equipo de Valoración y Orientación del Área de Personas con Discapacidad del Instituto foral de Bienestar social, por el que se reconoce al acusado un grado de minusvalía definitivo del 56 por ciento al presentar, además de disritmia, una alteración de la conducta [...] Apreciando como muy cualificada la atenuante 2ª del art. 21 Cp, debemos rebajar y rebajamos la pena de tres años de prisión, a la de dos años de prisión". AUDIENCIA PROVINCIAL DE ALAVA Sección 2ª - Rollo ape. abrev. 4/08 - O.Judicial Origen: Juzgado de lo Penal nº 2 (Vitoria-Gasteiz) - Procedimiento: Proced.abreviado 123/07

3. En relación a los delitos de abusos y/o agresión sexual

- *"Al acusado se le denuncia por la comisión de un delito de abuso sexual al haber llevado al menor a un reservado de su peluquería, mientras su madre se estaba arreglando el pelo, y allí haberle besado y rozado con sus genitales [...] En este caso, el relato de hechos probados expresa que el acusado, al ver que el menor no paraba, le ofreció unas galletas y se llevó al mismo a la habitación de la peluquería, y tras estar allí muy poco tiempo, el menor salió en actitud normal, jugando como lo hacía antes. No estando acreditado que en esos breves momentos el acusado besara o rozara con sus genitales la parte trasera del menor. Sólo después, le contó a su madre, cuando llegaron a casa, estos datos. El menor padece un síndrome de Asperger, con hiperactividad y retraso madurativo. Resulta pues, que conforme a estos hechos probados, no cabe subsumir la conducta del recurrente en los delitos de abuso sexual ni la falta de lesiones, porque no concurren los elementos típicos de tales infracciones [...] Por consiguiente, el Tribunal de instancia no se ha separado inmotivadamente de dichas pericias al considerar que no existe prueba pericial que confirme el grado de credibilidad y certeza de lo relatado por el menor". Finalmente se confirma la absolución del acusado. Auto 1547/2014 - Nº de Resolución: 2002/2014 - Tribunal Supremo. Sala de lo Penal*

- *"Sobre las 23 horas del día 4 de abril del 2007, el procesado X se encontró con Y en la estación de los Ferrocarriles Catalanes de "-----" de la localidad de -----, lo que motivó que este último que le tenía temor por hechos sucedidos con anterioridad, cuyas circunstancias no han sido acreditadas, llamó a sus padres. El teléfono fue atendido por su madre que le transmitió a su marido "que a Y le ataca el moro", lo que motivo que su padre saliera en su busca con su vehículo y tras ir a la estación y dar varias vueltas, regresó a su casa encontrándose a su hijo Y en el portal junto con el acusado. Tras cruzar con él varias palabras y mencionarle que había avisado a la policía, el acusado se marchó. No ha quedado acreditado lo que sucedió en el trayecto desde la estación hasta el domicilio del denunciante y, en concreto no se ha acreditado que X intentara una felación bucal y anal sin consentimiento de Y. Tampoco ha quedado acreditado que un año antes, le robara de forma violenta un móvil ni que lo intentara penetrar analmente desistiendo de ello por falta de higiene [...] De dichos informes se acredita que el denunciante " se encuentra diagnosticado de TDAH -trastorno por déficit de atención con hiperactividad- y síndrome de Asperger. Trastornos que son crónicos y precisan tratamiento psicológico y farmacológico. Sus capacidades cognitivas y volitivas están conservadas, conoce el bien y el mal y sabe distinguir los hechos delictivos de los que no lo son". Su psicóloga, que le viene tratando desde hace años añadió "que las consecuencias del síndrome de Asperger son las de un subtipo de autismo, que a veces deja déficit de atención, introversión. Respecto a los hechos mencionó que su cliente le había referido el robo con violencia, aunque no el intento de agresión sexual, aunque no lo atribuía a tener vergüenza por el hecho de ser homosexual y que no podía dar ninguna explicación del porque no se lo explicó. Documentalmente está acreditado que tiene reconocida por la Generalitat de Catalunya una discapacidad psíquica del 46% (f. 141) La Sala expresa las siguientes dudas en torno a los hechos objeto de acusación: La declaración del acusado no es convincente porque está plagada de contradicciones. Negó ser homosexual y haber tenido relaciones con el denunciante, aunque en otro momento*

dijo no recordarlo. Tampoco se comprende que si no lo es, aceptara la invitación de irse con el denunciante a su domicilio la noche referida ni dio ninguna explicación del porque al salir de la estación le siguió [...] En resumen, del análisis de las pruebas practicadas en el juicio oral el Tribunal no ha alcanzado un juicio de certeza ni de convicción acerca de los hechos objeto de las acusaciones formuladas. Resulta por tanto de aplicación al caso de autos el principio de derecho penal in dubio pro reo que tiene su fundamento en la existencia de una duda razonable sobre la concurrencia de alguno de los elementos constitutivos de la infracción criminal". Finalmente se confirma la absolución del acusado. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA. SECCION 10ª Rollo nº 118/2007 Sumario nº 3/07 Juzgado de Instrucción núm. 2 de Terrassa - Sentencia 174/2010

4. En relación al delito de injurias

- " Se interpuso recurso de apelación por la representación del denunciante, alegando que la Juez a quo ha realizado una calificación errónea de los hechos denunciados (el inculcado colgaba vídeos en Youtube en los que insultaba a su hija menor X con palabras como puta, guarra, zorra, actriz porno, soplapollas, etc. amenazando con realizar prácticas sexuales violentas a la misma), que han provocado un grave daño psíquico a la menor que incluso se ha ido temporalmente de ----- a casa de unos familiares y ha precisado tratamiento psicológico, lo que tiene su encaje en los delitos tipificados en los arts. 173.1 y 169.2 CP, ambos perseguibles de oficio, por lo que no es de aplicación el art. 275 LECR., por lo que solicita que se reabra el procedimiento y se practiquen las diligencias de investigación necesarias [...] Recibido el atestado en el Juzgado Instructor se acordó tomarle declaración judicial como imputado por un presunto delito contra la intimidad y derecho a la propia imagen (providencia de 19 de julio de 2010), la que se realizó el 30 de septiembre de 2010, asistido por Letrado designado particularmente, ratificando el reconocimiento de los hechos pero atribuyéndolo al síndrome de Asperger que padece y que acredita con un certificado de reconocimiento de minusvalía por tal enfermedad [...]se revoca el mismo y en su lugar se dicta otro que acuerda reabrir las diligencias previas otorgando al denunciante plazo para subsanar y presentar querrela". AUDIENCIA PROVINCIAL JAEN Sección Segunda JUZGADO DE INSTRUCCIÓN NÚM. TRES DE ÚBEDA DILIGENCIAS PREVIAS NÚM. 565/2010 ROLLO APELACIÓN PENAL NÚM. 87/2011 A U T O NÚM. 125

5. En relación al delito de robo con fuerza y lesiones

- "El acusado, sin antecedentes penales, sobre las 0,45 horas del día 9 de septiembre de 2011, con el ánimo de obtener un beneficio económico, se dirigió a la Plaza de las ----- s/n de la localidad de -----, y abordando a X, le increpó para que le diese su teléfono móvil. Ante la negativa del Sr X, sacó un bate de madera de debajo del brazo y comenzó a golpearle en los brazos, piernas y cabeza, al tiempo que con ánimo de intimidarle le profería " dame el móvil o saco el cuchillo ", llegando a romperse en varios trozos el bate de madera a consecuencia de los golpes. En ese momento el Señor X aprovechó para salir corriendo sin haberle llegado a entregar objeto alguno al acusado.[...] La sentencia no analiza la incredulidad subjetiva del testigo, quien viene afectado por un trastorno - síndrome de Asperger- que puede incidir en su declaración, pues como ya dijo este mismo

Tribunal en SAP 8.2.2010 es un padecimiento crónico y precisa tratamiento psicológico y farmacológico. Sus capacidades cognitivas y delictivos de los que no lo son". Ahora bien presenta múltiples y variadas sintomatologías, pues de hecho es un subtipo de autismo, que puede incidir en sus mecanismos de percepción de la realidad, y en este caso, no consta informe psicológico alguno en orden a determinar si tiene alguna facultad de la percepción alteradas, desconociendo como incide en su percepción de la realidad, memoria, etc, esto es, como el afecta el síndrome de que padece, y por tanto desconocemos en qué medida puede afectar a la credibilidad de su testimonio. Este informe que debió realizarse en fase de instrucción, ha impedido al Juez a quo conocer las circunstancias personales del testigo, y como incide su trastorno en su desarrollo, madurez y posibilidades de fabulación [...] La declaración de la víctima, único elemento probatorio de cargo presenta fisuras, que impiden desde ya darle el valor objetivo necesario para sustentar únicamente la sentencia condenatoria, lo que conlleva la estimación del motivo de vulneración del derecho a la presunción de inocencia del acusado." AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA SECCIÓN 10ª - ROLLO Nº 164/2012 - PROCEDIMIENTO ABREVIADO Nº 245/2012 - JUZGADO DE LO PENAL Nº 3 BARCELONA

- "Son hechos probados y así se declara que hacia las 13:30 horas del día 3 de enero de 2005, X, mayor de edad y sin antecedentes penales, movido por un ánimo de enriquecimiento patrimonial ilícito, se dirigió a la filatelia "-----", sita en -----, y aprovechando un descuido de su propietario, Y, se apoderó de un sobre de papel-cebolla, que contenía veinte "pruebas de lujo" de la serie "Juan Carlos I-Autonomías" del año 1995. Que apercebido Y de que faltaba el sobre referido del clasificador en dónde se hallaba, trató de impedir que el acusado abandonara el local, cerrando la puerta con pestillo y reclamando su devolución, negándose X e iniciándose un forcejeo entre ambos, en el transcurso del cual el acusado arañó al Sr. Y para desasirse, logrando abandonar el local. Que Y ha sido indemnizado en el importe de las "pruebas de lujo" sustraídas. Que X sufre de "síndrome de Asperger" lo que le lleva a situaciones de enfrentamiento verbal y en ocasiones físico, en situaciones a las que su inflexibilidad comportamental le conduce involuntariamente, lo que en definitiva disminuye su imputabilidad en un grado medio-alto [...] Condeno a X como autor de un delito de robo con violencia concurriendo la atenuante de reparación del daño y la atenuante muy cualificada de anomalía psíquica, absolviéndole de la falta de maltrato de obra por la que venía siendo acusado. [...] En su lugar le absolvemos del delito de robo con violencia por el que venía siendo acusado, con todo tipo de pronunciamientos favorables hacia su persona. Se declaran de oficio las costas devengadas en esta instancia". OFICINA COMUN DE TRAMITACION PENAL - AUDIENCIA PROVINCIAL DE BIZKAIA Sección 6ª - RECURSO: Rollo ape.abrev. 65/06-6ª - Proc.Origen: Proced.abreviado 320/05 Jdo. de lo Penal nº 2 (Bilbao) SENTENCIA Nº 246/06
- "Expresa y terminante se declara probado que sobre las 11:38 HORAS DEL 27 DE AGOSTO DE 2010 XX, mayor de edad y sin antecedentes penales que consten, cuando se encontraba en el estanco de la Calle número 24 de Madrid, se apoderó de una bolsa de plástico que contenía abonos transporte en su interior del mes de septiembre, tasados pericialmente en la suma de 11.690 euros, abandonando el establecimiento. Que el día

28 de agosto de 2010 cuando XX se encontraba en la Plaza de San --- de Madrid el propietario del estanco le reconoció ante la policía como autor de la sustracción, siendo entregados los abono transporte a la policía por compañeras de piso del acusado al encantarse los mismos en dicho domicilio [...] Y con el siguiente FALLO: "Que debo condenar y condeno a Everardo como autor responsable de un delito de hurto, previsto y penado en el art. 234 del CP , sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena de 6 MESES DE PRISION, con la accesoria de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena y al pago de las costas procesales [...] Si bien es cierto que conforme al informe de Psiquiatría Forense de la Clínica Médico-Forense de Madrid (folio 288) "no es posible determinar el estado de las capacidades cognitivas y volitivas del acusado en relación con los hechos juzgados", por lo que no se puede considerar probada la eximente completa o incompleta de los trastornos mentales que padece el acusado desde hace años- síndrome de Asperger y epilepsia [...] Que debemos ABSOLVER Y ABSOLVEMOS a XX del delito de hurto por el que venía siendo acusado, sin condena en costas que se declaren de oficio." Audiencia Provincial de Madrid - Sección 1 - Apelación Sentencias Procedimiento Abreviado 891/2014 - Origen: Juzgado de lo Penal nº 14 de Madrid - Procedimiento Abreviado 103/2011 - Nº de Recurso: 891/2014 - Nº de Resolución: 47/2015

6. En relación a los delitos de Maltrato Infantil y Violencia Doméstica

- "No se ha acreditado que el padre biológico del menor haya sido el autor de las lesiones que presenta el hijo en el abdomen, pues pudo habérselas causado otra persona e incluso habérselas producido fortuitamente dicho menor con algo " romo", pudiéndose haber producido las lesiones entre el 12 de diciembre y el 14 de diciembre de 2004- el forense que visitó al menor estableció una evolución de los hematomas de 4 a 6 días-, y si bien el 12 de diciembre estuvo el menor con su padre y la familia de éste, el 13 y 14 estuvo con la madre y con el compañero sentimental de la misma [...] Ante el cambio de versiones del menor atendida su enfermedad de síndrome de asperger (autismo débil) las manifestaciones del mismo no son verosímiles, no existiendo certeza alguna de que el padre hubiere sido el autor, máxime cuando los profesionales del colegio especial al que acude el menor dijeron que las relaciones del menor con su padre biológico eran buenas [...] DESESTIMAR y DESESTIMAMOS el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de (madre)" AUDIENCIA PROVINCIAL BARCELONA SECCIÓN OCTAVA Rollo nº. 294 de 2.005. Diligencias Previas nº. 5712 de 2.004.
- "El acusado, X , mayor de edad y sin antecedentes penales, contrajo matrimonio con Y en 1986, siendo la relación entre ambos conflictiva desde el inicio, comportándose él de modo agresivo, insultándola (llamándola hija de puta, enferma etc), amenazándola y agrediéndola de modo reiterado, cuando se encontraban en el domicilio sito en, y, en ocasiones, en presencia de los hijos, J y C , entonces menores de edad, así como del pequeño L, el cual padece síndrome de Asperger, que le dificulta para evaluar la incidencia del clima violento. Del mismo modo, el acusado volcaba su agresividad sobre los primeros hijos, llegando a pegarles con el cinturón, y más allá de una simple corrección, sin que pueda precisarse por su asiduidad, situaciones y días concretos [...] Que procede desestimar el Recurso de Apelación interpuesto por D. X" Audiencia

Provincial Santa Cruz de Tenerife - Sección: 5 - Recurso: 99/2006 - Nº de resolución: 538/2006

- "Los menores A y R de 9 y 11 años de edad cuando ocurrieron los hechos, bajo la guarda y custodia de la Junta de Castilla y León, se encontraban en situación de acogimiento familiar EN LA VIVIENDA DE SU TÍA, donde residían con ella y con el hijo de ésta, X. Cuando (la tia) no se hallaba presente en el domicilio familiar, X realizó los siguientes actos, respecto a los cuales decía a los menores que si se lo contaba a su madre les pegaría [...] X sufre un trastorno de la personalidad de tipo psicopático, padeciendo además un trastorno de desarrollo (Asperger) que disminuye sus capacidades volitivas y cognoscitivas, por lo que recibe tratamiento médico externo por los servicios de salud mental en el centro de salud de xxx [...] Que estimamos parcialmente el recurso de apelación planteado por X frente a la sentencia de fecha 2- 04-08 aclarada por auto de 8-05-08 dictada por el Juzgado de lo Penal nº 18 de Madrid en el juicio oral 321-07 y en consecuencia revocamos parcialmente la misma en el único sentido de modificar las penas privativas de libertad". AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID Sección Veintitrés ROLLO DE APELACIÓN Nº 104-09 PROCEDENTE DE JUZGADO PENAL 18 MADRID JUICIO ORAL 321-07 SENTENCIA Nº 1227/11

7. En relación a la falta de lesiones

- "El día 18.05.2010 en la parada de metro de, X de 25 años de edad y diagnosticado de Asperger pasa por el tornillo para acceder al metro con su correspondiente ticket ajustado a su minusvalía, una vez dentro, se lo pasa a su acompañante, en ese momento es interceptado por el vigilante de seguridad Y, el cual recrimina dicha actuación a X con grito y aspavientos. En ese momento X manifiesta que quiere irse a su casa, momento en que primero Y y luego Z también vigilante de seguridad le tiran al suelo y le retienen sujetándolo, mientras X decía "que tengo el abono transporte" [...] Que estimando el recurso de apelación interpuesto por (aseguradora) contra la sentencia pronunciada, debo declarar y declaro haber lugar al mismo y, en su consecuencia, REVOCO PARCIALMENTE la resolución apelada ABSOLVIENDO a la ahora recurrente del pago de la indemnización" AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID - SECCIÓN SÉPTIMA - ROLLO Nº 395/2012-RT – Procedimiento de Origen : JUICIO DE FALTAS Nº 753/2010 - Órgano de Procedencia : JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 52 DE MADRID - SENTENCIA Nº 406/2012
- "Ha quedado acreditado y así se declara que aproximadamente a las xx horas del día xx de xx de 2010 en el portal del edificio sito en la CALLEooo de ----- entraba en el portal X acompañado de su sobrino al tiempo que salía su vecino Y, manifestándole el primero al sobrino que se diera prisa, dándose Y por aludido, quién sin mediar provocación previa por parte de X, le agarró del cuello, al tiempo que le decía: "A tu madre no le hago nada porque es mujer, pero contigo no me voy a frenar", ocasionándole lesiones consistentes en latigazo cervical que precisaron para su sanidad una sola asistencia médica y tratamiento consistentes en curas tópicas que se prolongó durante un día en el que no estuvo impedido para el desarrollo de sus ocupaciones habituales. Que a las 14:00 horas del mismo día, una vez que la madre de X, se enteró del incidente, se personó en la casa

de Y, con quién había protagonizado incidentes previos, para recriminarle su actitud con su hijo que padece de síndrome de Asperger, llamándolo: "loco degenerado", escupiéndole y propinándole una bofetada en la cara, respondiéndole Y con una patada en el tobillo, que le ocasionó lesiones consistentes en contusión en pie derecho, que precisaron para su sanidad una sola asistencia médica y tratamiento consistentes en analgésicos, antiinflamatorios y vendaje compresivo que se prolongó durante siete días, durante los cuales no estuvo impedida para el desarrollo de sus ocupaciones habituales. A consecuencia de la bofetada Y sufrió lesiones consistentes en erosión superficial en la zona de la sien izquierda que precisaron para su sanidad una sola asistencia médica y tratamiento consistentes en analgésicos y antiinflamatorios que se prolongó durante cinco días, durante los cuales no estuvo impedido para el desarrollo de sus ocupaciones habituales [...] QUE DEBO ABSOLVER Y ABSUELVO LIBREMENTE a X, de la falta de lesiones, prevista y penada en el artículo 617.1 del Código Penal, por la que venía siendo acusado, declarando las costas procesales de oficio. QUE DEBO CONDENAR Y CONDENO a Y como autor de dos faltas de lesiones y una de amenazas [...] Debo confirmar y confirmo íntegramente la meritada resolución". AUDIENCIA PROVINCIAL DE MALAGA - SECCION NOVENA JUZGADO DE INSTRUCCIÓN NUMERO UNO DE TORREMOLINOS. AUTOS DE JUICIO DE FALTAS NUMERO 107/10 ROLLO DE APELACION NUMERO 150/11 SENTENCIA Nº 367/11

- "El día xx de xx de 2008, a las 14:20 horas aproximadamente, se encontraba X en la calle xx de ----- cuando Y se acercó a ella gesticulando con los labios y haciendo ruido con ellos simulando darle un beso y diciéndole "puta zorra, te voy a bajar las bragas" y seguidamente le lanzó varios golpes que ella consiguió esquivar, si bien la alcanzó con un golpe en la cabeza, causándole lesiones consistentes en contusión de ambos codos y antebrazos, contusión cervical y retroauricular izquierda, contusión en rodillas y cefaleas, insomnio y ansiedad que tardaron en curar 15 días no impeditivos para desarrollar sus labores habituales, quedando como secuela un síndrome de estrés postraumático valorado en un punto. El denunciado sufre un síndrome de Asperger y tiene reconocida una minusvalía psíquica del 66% [...] En este extremo el recurso debe ser estimado parcialmente, al haberse acreditado en el juicio que el denunciado padece ese síndrome de Aspergers, y en el mismo se han detectado alteraciones de ánimo y de conducta con importante repercusión vivencial y en el desarrollo de su vida cotidiana, lo que explicaría en gran medida los problemas que padece (informe obrante al folio 28), y cuando además, como refirió la denunciante cuando ocurrieron los hechos el denunciado "parecía estar fuera de su sano juicio", siendo incluso hospitalizado ese día, por lo que la conclusión lógica y racional es que ese síndrome claramente tuvo incidencia en la conducta antisocial y penal que llevó a cabo. A la hora sin embargo de valorar la incidencia en la responsabilidad penal de dicha sintomatología, no puede apreciarse la eximente completa o incompleta que plantea la parte recurrente, pues no hay prueba de que efectivamente por ese trastorno no pudiera comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, o que el mismo hubiera generado una alteración grave de la conciencia, de ello no existe ninguna prueba, sino tan sólo según informe arriba indicado una alteraciones de ánimo y de conducta con importante repercusión vivencial y en el desarrollo de su vida cotidiana, que evidentemente sólo puede dar lugar a la apreciación

de un atenuante de alteración al amparo del Art. 21. 1ª en relación con el Art. 20. 1º del C. Penal debiendo en este extremo estimar parcialmente el recurso y revocar parcialmente la sentencia de instancia...". Audiencia Provincial Pamplona/Iruña Sección 1 - Nº de Recurso: 70/2008 - Nº de Resolución: 25/2009

- *"y aunque la defensa del acusado no llega a interesar expresamente ninguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal con fundamento en el síndrome de Asperger diagnosticado, lo cierto es que en su primera alegación se refiere a esta patología de la que dice que "li afecta a les seves facultats intel·lectives i volitives e concret li afecta al seu coneixement de la licitud o il·licitud dels actes" remitiéndose incluso al informe forense obrante en autos, afirmación que sin embargo no se corresponde con la realidad puesto que en aquel informe se dice todo lo contrario, esto es, que en el momento de la exploración no se observó ninguna alteración que afectara a la capacidad de comprensión de los hechos y a las consecuencias de sus actos, lo que difiere absolutamente de lo afirmado en el recurso [...]por lo que no se aprecia ninguna vulneración del principio de presunción de inocencia ni de la regla valorativa contenida en el principio "in dubio pro reo" [...] desestimamos recurso contra la sentencia de 12 de diciembre de 2014 del Juzgado de Menores de Lleida , que CONFIRMAMOS íntegramente" AUDIENCIA PROVINCIAL DE LLEIDA. SECCIÓN PRIMERA ROLLO DE SALA 10/2015 - EXPEDIENTE MENORES 19/2014 - JUZGADO MENORES 1 LLEIDA – Sentencia 187/15*

8. En relación a asuntos de orden público

- *"El día diecisiete de este mes, sobre las once menos veinte de la mañana, los agentes del cuerpo nacional de policía con número de identificación profesional NUM001 y NUM000 , uniformados y de servicio, que habían avisado por la sala del servicio 091 para que acudieran al patio del número diecinueve de la Avenida de los -----, porque dos personas se hallaban consumiendo sustancias estupefacientes, requirieron a X e Y que allí se encontraban consumiendo dichas sustancias para que se identificaran. Cuando estaban sacando de sus bolsillos lo que portaban, a requerimiento policial, X se quedó en el interior de su mano cerrada con una cantidad no determinada de hachís, y , como no quería que se la ocuparan en su poder, salió corriendo, para tratar de escapar de los agentes, siendo uno de ellos, con número NUM001 quien lo persiguió hasta darle alcance cuando aún estaba tratando de saltar una valla de las que circundan el patio, momento en que fue reducido. Entretanto, Y, que decía que estaba en la calle y que hacía lo que quería, que siempre estaban dando por culo y que eran, los policías una mafia, dio un empujón al agente nº NUM000 y, para evitar que saliera corriendo, este le agarró y tras un forcejeo en el que resultó dañado el jersey del uniforme policial, con un coste de reposición de cuarenta y cuatro euros con treinta y siete céntimos, lo redujo. Y padece un trastorno del desarrollo compatible con un síndrome Asperger que produce una disfunción del sujeto en su adaptación social que se manifiesta en el abandono de aquellas actividades que quedan fuera de su campo de referencia [...] Como pone correctamente de manifiesto la sentencia recurrida, amparándose en el propio informe forense y en la pericial practicada, en base a una más que correcta fundamentación, el padecimiento por parte de Don Y del llamado síndrome de Asperger si bien pudo*

condicionar en parte su reacción, no supone una pérdida de conciencia o del conocimiento de la ilicitud de los hechos, por lo que si bien aplica la atenuante del 21.1 del Código Penal no entiende justificada la apreciación de la eximente completa [...] se considera que el síndrome de Asperger, es per sé generador de una incapacidad permanente y grave para la interacción social que si bien puede plantear serios problemas para el mismo, tanto en la esfera laboral, afectiva y social, no limita la afectación a la capacidad de autogobierno del acusado como para apreciar indicios suficientes de inimputabilidad [...] Por ello, y dado que su capacidad de comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, parece que no están alteradas, en función de las periciales practicadas, si concurren datos suficientes para poder apreciar la atenuante prevista en el primer apartado del 21 CP, en relación con el primero de los apartados del artículo anterior, puesto que la falta de habilidades sociales derivada del trastorno orgánico que padece ha tenido influencia en la inadecuada respuesta que tuvo el sujeto ante la actuación policial [...] desestimo el recurso de apelación interpuesto por la representación de Don Y” AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA SECCIÓN 2ª ROLLO Nº 94/10 SENTENCIA Nº 304/10 ORDEN PÚBLICO JUICIO DE FALTAS RÁPIDO: 7/10 JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2 DE CÓRDOBA

9. En relación a los delitos de quebrantamiento:

- "X, sobre las 0,30 horas del xx de xx de 2013 accedió al portal de la vivienda de su ex pareja sentimental, encontrándole ésta en dicho lugar cuando volvió a su domicilio, en la hora y día indicados, acompañada de unos amigos. Y ello pese a conocer aquél la vigencia en esa fecha del auto dictado por el Juzgado de Violencia sobre la Mujer nº 1 de Madrid, y con voluntad de quebrantar dicha resolución, que le prohibía aproximarse a su expareja, en un radio de 500 metros, a su domicilio y a su lugar de trabajo, y comunicar con ella por cualquier medio [...] El apelante sostiene que padece el síndrome de Asperger [...]. En el plenario se escuchó a la psicoterapeuta y psicopedagoga que le trata, Dra. Y al ratificar su informe, obrante al folio 193, vino a sostener que los pacientes de trastorno de Asperger son incapaces de mentir. No entienden dobles mensajes o sentidos figurados ni el humor al uso. Que es imposible que X pudiera saltarse una orden de alejamiento ya que hubiera chocado frontalmente con la prohibición, entrando en una espiral de ansiedad y culpabilidad que evitaría en todo momento. Sin embargo no podemos olvidar que se trata de un perito de parte y como tal ha de ser valorado. Su opinión no necesariamente ha de ser aceptada. Por otra parte, su criterio resulta desmentido por las evidencias. El acusado fue capaz de no salir de su casa cuando llegaron a ella los agentes y solicitaron que lo hiciera. Así lo indicaron éstos en el juicio y reconoció el acusado. Esto es, incumplió un mandato de los agentes de la autoridad. Es capaz pues de incumplir órdenes. También consta que sabe mentir. Lo hizo al pedir a sus compañeros de piso que dijeran a los policías que no estaba en casa. Así lo manifestaron los agentes de la policía Nacional NUM006 y NUM007. Es más, si se lee detenidamente el informe de Y se comprueba que no está diagnosticado del síndrome alegado, sin que literalmente, muestra rasgos similares al trastorno de Asperger [...] Que debo condenar y condeno a X, como autor responsable de un delito de quebrantamiento de medida cautelar, ya definido, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal..." Sección nº 30 de la Audiencia Provincial de Madrid - Apelación Sentencias Procedimiento Abreviado

862/2014 M10 - Origen: Juzgado de lo Penal nº 36 de Madrid - Procedimiento Abreviado
94/2014 - SENTENCIA 469 / 2014

- *"Ha quedado acreditado que el día 7-11-05 X, tras percatarse de la presencia de Y, en actitud claramente amenazante, portando unas cadenas, procedió a acercarse a él y todo ello siendo conocedor de la vigencia de la prohibición establecida en auto de 20 de octubre de 2005, por la que se le prohibía acercarse a Y a menos de 500 metros, así como de comunicarse con él. El acusado padece un trastorno generalizado del desarrollo de Asperger con un deterioro leve de sus facultades volitivas y cognitivas [...] Condeno a X como autor de un delito de quebrantamiento de medida cautelar, con la atenuante de dilaciones indebidas y la analógica de trastorno mental transitorio a la pena de multa de 6 meses con una cuota diaria de 2 euros con responsabilidad personal subsidiaria en caso de impago de un día de privación de libertad por cada dos cuotas impagadas, y abono de las costas procesales [...] se CONFIRMA la sentencia dictada" AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID SECCIÓN SÉPTIMA ROLLO Nº 307/2010-RP JUICIO ORAL Nº 125/2007 JUZGADO DE LO PENAL Nº 2 DE ALCALA DE HENARES SENTENCIA Nº 28/2011*

ANEXO V – EXTRACTOS DE INTERÉS DE SENTENCIAS DE PROCEDIMIENTOS DE FAMILIA (VALORACIÓN DE GUARDA Y CUSTODIA MONOPARENTAL MATERNA)

- *"El menor sufre un trastorno de atención que dificulta su aprendizaje, recibe atención psicopedagógica escolar y está en fase de diagnóstico de un posible síndrome de Asperger, y el informe psicosocial entiende que con tales dolencias el cambio de custodia supone un cambio en las rutinas del menor, por lo que no se hace recomendable introducir dichos cambios y más aún cuando existen pautas educativas diferentes, pues el ejercicio de un régimen de convivencia compartida comporta un cambio en la organización de la vida cotidiana del menor para el que no está completamente preparado..." Audiencia Provincial de Alicante, Sección 6ª, Recurso 364/2013 - Juzgado de Primera Instancia nº 10 Alicante - Autos nº 1078/12 – Sentencia 310/2013*
- *"Dicha valoración fue efectuada por el Dr. - , neurólogo infantil, siendo el diagnóstico del mismo "trastorno por déficit de atención con hiperactividad predominio inatento junto con un retraso en el desarrollo del lenguaje tanto expresivo como comprensivo a nivel fonológico, sintáctico y pragmático" (DSM-IV) (folios 183 y 184), y también confirmada por los informes psicopedagógicos de la Generalitat Valenciana, determinado que tenía un TGD inespecífico con aproximación a trastorno Asperger con trastorno específico del lenguaje (folios 189 y ss.); enfermedad que el niño sigue padeciendo siendo medicado por ello y acudiendo a la Unidad de salud Mental del Hospital Provincial de Castellón para evaluación y seguimiento (folio 168). En definitiva, el niño requiere no sólo una constante y regular atención médica y psicológica, sino también pedagógica y logopédica, pero especialmente, como destacan los distintos informes, el pequeño tolera mal los cambios. Es pues, precisamente por esta causa, en interés del menor motivado por la enfermedad que padece, que requiere rutina y estabilidad, por el que no se estimada adecuada la concesión del régimen de guarda y custodia compartido y, en consecuencia, se desestima el recurso presentado" AUDIENCIA PROVINCIAL DE CASTELLÓN SECCIÓN 2ª - Rollo de apelación 116/ 2012 - Juzgado de Primera Instancia número 7 de Castellón - Modificación de Medidas núm. 1222/2011 – Sentencia 142/2012*
- *"Del menor X (de tres años de edad) consta un informe de la psicóloga Sra. Y que ...tiene un fuerte vínculo con la madre, presenta graves dificultades de adaptación a nuevos contextos sociales [...] debido al síndrome que padece no es conveniente introducir cambios en su vida, siendo aconsejable permanecer en el mismo lugar en el que residía y en el que él se encuentra cómodo,...". Audiencia Provincial de Castellón, Sección 2ª, Rollo de apelación civil 19/2012 - Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 3 de Nules Juicio Divorcio Contencioso 860/2010*
- *"El psicólogo designado por el Juzgado como perito, Sr. X , se ha mostrado partidario de la implantación de dicho régimen (custodia compartida). Pero la opinión pericial no es unánime porque han de interpretarse en sentido contrario las manifestaciones de la psiquiatra Sra. Matilde y de la psicóloga Sra. Sandra , las cuales han venido tratando al menor, han intervenido en el juicio como testigo una y testigo-perito otra, y han referido que presenta un perfil singular (síndrome de Asperger, superdotación, etc.) que en absoluto aparece reflejado*

en el informe del perito judicial, lo que obviamente desmerece mucho su valor y, sobre todo, se destaca con las intervenciones de estas profesionales la inconveniencia de la introducción de cambios en el modo de vida y rutinas del menor, puesto que a las personas con ese tipo de trastornos les cuesta mucho más adaptarse a los cambios, que les provocan desajustes emocionales (elevado nivel de ansiedad, tristeza, sufrimiento...) hasta el punto de que a veces no lo consiguen". Finalmente se desestima el recurso del padre y se ratifica la sentencia de mantenimiento de custodia materna. Audiencia Provincial de Alicante. Sección 4a. Rollo 187/14 - Procedimiento: RECURSO DE APELACION (LECN) Nº 000187/2014 - Dimana del Modificación Medidas Contencioso Nº 000188/2011 Del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCION NUMERO 1 DE SAN VICENTE DEL RASPEIG

- "De todo ello este tribunal ha concluido que la niña sufre un severo trastorno de ansiedad por separación de la madre con cuadro neurológico de epilepsia nocturna generalizada (en todo el cerebro), con reiteradas incidencias nocturnas y algunas crisis diurnas. Las causas son esencialmente endógenas. La niña tiene rigidez extrema ante nuevas situaciones (rasgos de Asperger) y la madre es la persona de referencia principal. Esa rigidez requiere adaptaciones progresivas y lentas, como ha ocurrido con el centro escolar, a donde asiste solo de 9 a 13 horas. La madre, comprensiblemente, tiene una actitud protectora, a veces rayana en la sobreprotección, pero no existen elementos patológicos maternos, pues la angustia y preocupación están dentro de la normalidad. El padre tampoco presenta síntomas fuera de la normalidad, con cierta hostilidad ante la actitud de la madre. Tiene capacidades parentales y afectividad normales". Finalmente se desestima el recurso del padre y se ratifica la sentencia de mantenimiento de custodia materna. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA SECCIÓN 12a - ROLLO Nº 1133/2013-R - JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 6 TERRASSA - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC NÚM. 1949/2010 – sentencia 308/14
- "El menor X, nacido el xx de xx de 2005, padece síndrome de Asperger que requiere constante apoyo extraescolar. Sin perjuicio de que ambos progenitores contribuyan por mitad al abono de los gastos extraordinarios que genere la educación, el cuidado y la atención sanitaria del menor, el padre deberá asumir la totalidad de los gastos que genere el tratamiento de Modesto para superar su retraso madurativo y motriz, como se acordó en el auto de medidas provisionales de 3 de Septiembre de 2010 y solicita no sólo la apelante Sra. María Inés sino también el Ministerio Fiscal como adherido al recurso, y ello en atención a la precaria situación de la madre y a la mejor capacidad en nómina del padre". AUDIENCIA PROVINCIAL SEVILLA - Sección 2ª - JUZGADO DE PROCEDENCIA 1ª Instancia nº7 de Sevilla - ROLLO DE APELACIÓN 2365/12-C - JUICIO Nº 1300/10 - SENTENCIA NÚM. 291
- "De los informes que ha aportado la parte actora con su demanda se desprende que, en fecha 20 de octubre de 2008, se diagnosticó que la hija X tiene síndrome de Asperger, habiendo sido ingresada, con carácter de urgencia, en el hospital Sant Joan de Déu durante 21 días [...]Tras el ingreso se realizó un seguimiento en el CSMIJ siendo incluida en el programa para trastornos mentales graves dada la severidad de la clínica que presentaba y su evolución posterior no ha sido buena, con tendencia a la cronicidad, sin esperarse una mejoría a corto y medio plazo [...]En el mismo informe se indica que las conductas de la hija son extrañas e inadecuadas, experimenta vivencias de manera obsesiva y tiene dificultades para entender

aspectos de la comunicación social. Todo ello refleja la necesidad de una supervisión continuada de X que obligará a la madre a contratar una persona adecuada para ello, teniendo en cuenta que la misma se encuentra trabajando"- En este sentido, se estima el recurso, aumentando la pensión de alimentos que se le otorgó inicialmente al padre de la menor. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN 12ª - ROLLO Nº 469/2013-B - JUZGADO 1ª INST. 4 MANRESA - MODIFICACIÓN MEDIDAS DEFINITIVAS 505/2010 – sentencia 719/14

- *"Aun cuando el hijo menor haya sido diagnosticado en el año 2010 con el Síndrome de Asperger [...] el informe pericial psicológico de manera clara establece: "Los problemas que presenta X son mucho más amplios que lo presentado con respecto a su fracaso escolar. Dado su diagnóstico, es un menor con dificultades para asumir cambios importantes y es palpable su necesidad de rutinas, directrices y estructuración cotidiana. No consideramos que el planteamiento presentado por el padre suponga un mayor beneficio para el menor puesto que o se puede atribuir el fracaso escolar a un inadecuado ejercicio de la guarda y custodia de la madre [...] no puede pasarse por alto, a los efectos del proceso que nos ocupa, que la Perito pusiera de manifiesto que la ampliación de visitas no beneficiaría al menor (m.15), que no hay cambio sustancial de las circunstancias y que este tipo de niños requieren de estabilidad, organización y pautas muy concretas, lo cual no se compagina con la pretendida ampliación de las visitas establecida en la sentencia apelada [...] y en consecuencia se deja sin efecto la ampliación del régimen de visitas". AUDIENCIA PROVINCIAL SECCION N. 2 BURGOS - SENTENCIA: 00438/2012 - SENTENCIA Nº 438*
- *"Pues bien, del informe del SATAF practicado en autos el 28-10-2010, se desprende que no es recomendable acordar la guarda compartida. El reconocimiento parental es insuficientemente recíproco; la comunicación interparental no es fluida; los estilos de atención y educativos son diferentes; la dinámica paterno-filial se encuentra condicionada, siendo la variable económica un elemento de conflicto que agudiza el conflicto y podría mediatizar la motivación. La madre acude al CSMA mostrando buena adherencia al tratamiento, con evolución clínica positiva, existiendo una remisión de la sintomatología que no interfiere en su capacidad parental, por lo que concluye que a la misma debe atribuirse tal guarda. Por otro lado el hijo, que padece síndrome de Asperger, necesita un marco estructurado, debiéndose evitar cambios". Se desestima la pretensión de guarda y custodia compartida del padre, pero tampoco se acepta una mayor restricción del régimen de visitas al padre. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO 1132/2011 - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC Nº 244/2010) JUZGADO 1ª INSTANCIA 15 BARCELONA – Sentencia 707/2012*
- *"Los hijos comunes, X, de 18 años de edad, padece un síndrome de Asperger por el que se le ha reconocido un grado de minusvalía del 36%, precisa tratamiento psicológico que asciende a #750 anuales (F. 453), y tratamiento psiquiátrico que recibe en la población de Córdoba a 70 km de distancia de su localidad de residencia, con los gastos de desplazamiento que ello implica; y el hijo común Y, de 13 años de edad en este momento, acude a un colegio público. Tienen ambos los gastos de alimentación, vestido, sanidad, farmacia, libros, material escolar y otros gastos de difícil cuantificación, además de los derivados de la contribución a los gastos de la vivienda que ocupan con su madre, entre otros. Ante la situación económica*

descrita esta Sala considera adecuado mantener la cifra fijada con acierto en la sentencia recurrida con desestimación del recurso planteado sobre este extremo de la sentencia, sin que proceda fijar una reducción temporal de la contribución paterna a los alimentos de los hijos comunes pues conforme a reiterada jurisprudencia la cifra alimenticia debe establecerse con consonancia al binomio situación económica de los obligados al pago, ambos progenitores, y las necesidades alimenticias de los hijos, sin perjuicio de la modificación de la medida que se ha acordado si variaran alguno de estos parámetros". AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO Nº 690/2011 - DIVORCIO CONTENCIOSO (ART.770 - 773 LEC Nº 299/2008) - JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 8 GAVÀ – Sentencia 403/2012

- "En cuanto a la pensión compensatoria fijada en 300 euros mensuales durante cinco años estima que debería abonarse hasta que se acredite la curación o independencia económica del hijo X de 7 años de edad ya que este tiene reconocida una discapacidad del 40% de tipo psíquico (Trastorno de Asperger) que exige una dedicación especial y constante atención de la madre cuando el referido hijo sale del Centro especial donde realiza sus estudios [...] por lo que ponderando la Sala las circunstancias concurrentes y que el padre tiene una media de ingresos que superan los 3.000 euros mensuales estima adecuado que este afronte tales gastos en el porcentaje del 80 por ciento debiendo cubrir la madre el 20 por ciento restante con la pensión alimenticia de 350 euros mensuales que para el hijo mayor de edad Y recibe de su padre". AUDIENCIA PROVINCIAL ALBACETE SECCION 1ª - Apelación Civil 85/12 - Sentencia 114/2012
- "En cuanto al tratamiento psicológico no se discute su realización, la información psicológica de la persona que lo viene tratando en el acto del juicio, ni de su necesidad futura dado el padecimiento del síndrome de Asperger de su hijo menor. Sino que lo que se discute es su carácter extraordinario al haber sido atendido antes de la separación y por tanto comprendido dentro de la pensión alimenticia. La Sala , por el contrario, considera que sí se trata de un gasto extraordinario, la literalidad del convenio no expresa que esté incluido en la pensión ordinaria, siendo una prestación temporal , participa de las notas que caracterizan al gasto de extraordinario" AUDIENCIA PROVINCIAL VALENCIA - Sección 10ª - Rollo 196/2012 – Auto 129/12
- "Por un lado la enfermedad del hijo mayor X de 12 años de edad, que padece Síndrome de Asperger, y por otro el régimen laboral de Y (padre) conductor de un camión con viajes de largo recorrido por el extranjero, y su falta de habilidades y educativas, así como el desconocimiento de las necesidades educativas especiales del menor X y la falta de implicación en las tareas educativas de sus hijos. Y no tiene habilidades parentales, ni educativas, adecuadas, especialmente hacia X. Según se recoge en el Informe del Equipo Sicosocial desconoce en que consiste la enfermedad de X, sus causas y consecuencias; y según se hace constar por el médico forense en el informe emitido en fecha 19 de enero de 2011, "en absoluto es consciente de las necesidades educativas especiales del menor" [...]. Es cierto que la falta de aceptación de la enfermedad de X por el padre, así como la falta de habilidades parentales y educativas del progenitor, dificultan la relación entre padre e hijos (dada la conveniencia de que ambos hermanos estén a la vez con padre según indicación del Equipo Sicosocial en su informe); pero ello no puede justificar la adopción de un régimen de comunicación tan restrictivo que imposibilite el desarrollo de la necesaria relación paterno-

filial, cuando se pueden adoptar medidas dirigidas a que padre e hijos puedan relacionarse con mayor intensidad y frecuencia, sin riesgo alguno para X; así con el sometimiento por parte de Y a un programa de adquisición de habilidades parentales y educativas adecuadas...". Finalmente se amplía el régimen de visitas del padre y se le insta a realizar un programa de habilidades educativas del que se hará seguimiento psicosocial. AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – BURGOS - SENTENCIA: 00518 /2011 - SENTENCIA Nº 518/2011

- *"Los gastos a los que nos estamos refiriendo en la presente ejecución son los causados por el tratamiento del hijo, que padece un síndrome de Asperger, los gastos de oculista, dentista y clase de refuerzo. También es jurisprudencia reiterada la que ha venido manteniendo que tiene el carácter de extraordinarios los gastos médicos no cubiertos por la Seguridad Social o mutua privada de que viniera disponiendo la familia. El apelante se limita a alegar que tales gastos los cubre la Seguridad Social sin aportar prueba alguna de la veracidad de tal aserto, cuando ya en el proceso que finalizó con la sentencia que se está ejecutando, se llegó a discutir la corrección del diagnóstico y la imposibilidad de seguir un tratamiento en el Cap de zona que le correspondía y en esta alzada, por sentencia de 7 de septiembre de 2005, se vino precisar todavía más sobre cuáles eran los gastos rebajándose el importe de la pensión de alimentos (para la satisfacción de los gastos ordinarios) que se había fijado en 600 euros mensuales, a la de 500 euros mensuales, estimándose parcialmente el recurso de apelación del Sr. Herminio. Asimismo, las clases de refuerzo no suponen una actividad extraescolar más a realizar para obtener otros conocimientos, instruirse en alguna actividad artística o en la práctica del deporte. Se impone la actividad cuando, por las razones que sean el alumno presenta dificultades en el aprendizaje de las materias propias de la etapa de escolaridad que corresponda y en tal sentido se trata de un gastos necesario para asegurar el seguimiento del ritmo académico [...] Se desestima el recurso de apelación del padre". AUDIENCIA PROVINCIAL BARCELONA - SECCION 18ª - ROLLO Nº 729/2009, JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 18 DE BARCELONA - Procedimiento Ejecución sentencia Autos 969/2008 AUTO Nº 211/2010*
- *"El hijo menor del matrimonio, X, de 8 años de edad, ha sido diagnosticado de trastorno de Asperger, valorado en 2006 por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de -----, del Servicio Aragonés de Salud (trastorno del espectro autista, discapacidad esencialmente social), y por el Programa de Atención Temprana del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, que lo derivó al Centro de Rehabilitación Integral de Disminuidos Físicos de Aragón, dónde acude a tratamiento de psicoterapia. [...] Ambos padres difieren sobre el diagnóstico del niño, sosteniendo el padre, tratarse de una psicopatía provocada por la relación con la madre, la que dice, padece alteraciones psiquiátricas o psicológicas. La madre asume el trastorno de Asperger y mantiene al hijo bajo las pautas recomendadas por los profesionales que le tratan entre ellos, D. Y, médico y psicólogo-clínico y por el Gabinete ----. El menor ha asistido los cursos de 2007 a 2009 a la ludoteca municipal "-----", y acude a actividades semanales y de ocio impartidas por la Asociación Asperger de Aragón. La prueba documental obrante en el proceso revela, sin duda, el esfuerzo y dedicación de la madre por la correcta atención sanitaria y psicológica del menor desde su diagnóstico. [...] Con respecto al régimen de visitas, el informe psicológico del Juzgado también revela una buena relación del menor con su padre, y el interés de éste en implicarse de forma amplia en la vida cotidiana del menor. Sin*

embargo, los informes médicos aconsejan para el menor horarios estructurados y contextos predecibles y estables. La sentencia de separación estableció un día intersemanal de estancia del padre con el hijo, además de los fines de semana alternos, sistema que propugna la psicóloga adscrita al Juzgado [...] Que desestimando el recurso de apelación interpuesto por D. X y estimando en parte el formulado por D^a Y (madre) [...], debemos revocar y revocamos parcialmente la misma en el único sentido de reducir a una tarde intersemanal, el miércoles hasta las 20 horas salvo pacto entre las partes, el sistema de visitas intersemanal entre padre e hijo, manteniendo el resto del régimen de visitas instaurado y los demás pronunciamientos de la citada sentencia. AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2 – ZARAGOZA - SENTENCIA: 00450/2010 - SENTENCIA NÚMERO 450-2010 procedentes del JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5 de ZARAGOZA

- "Efectivamente y por lo que hace referencia al trastorno que padece la menor, ha quedado debidamente acreditado que padece un Trastorno Generalizado de Desarrollo con rasgos de Asperger. Dicho diagnóstico se deriva del informe emitido por el Hospital de ---- Psiquiatría, en el que se hace constar el trastorno alimentario padecido consistente en rechazo y selección de algunos alimentos, y la evolución positiva de la menor, para la que consideran básica la colaboración de la madre que es la persona que la ha acompañado a las visitas. Se aporta asimismo Informe psicológico que recoge el seguimiento de la menor desde 2003 por la problemática planteada de dificultades de atención, comportamiento negativista, conductas ritualizadas e inmadurez, informe que concluye con la recomendación, dada la poca tolerancia a los cambios, de seguimiento psicológico y médico más frecuente durante al menos un año para evaluar las dificultades de adaptación previsibles a la nueva situación de divorcio de sus padres. Frente al contenido de tales informes, el padre niega la existencia de trastorno alguno, afirmando categóricamente, tanto en el escrito de contestación como en el recurso, que la problemática manifestada por la menor tiene un origen conductual motivado por la excesiva protección y obsesión de la madre hacia su hija a quien imputa una serie de manías que ha inculcado a su hija, responsabilizando a la madre de toda la problemática que afecta a la menor, en un discurso totalmente descalificador de la figura materna, que carece del más absoluto soporte probatorio y que es contradictorio al resultado de todas las pruebas practicadas. Los informes escolares que se aportan no evidencian la absoluta normalidad de la que habla el demandado, constando que ha sido necesaria la coordinación entre los servicios psicológicos que han atendido a la niña y el centro escolar al que acude para ayudarla a adaptarse a los cambios y corregir determinadas conductas, incluso en uno de los informes escolares se recoge la regresión de la menor por parte de la profesora de educación especial del centro, como consecuencia de la ruptura de sus padres y en otro se recoge la necesidad de ayuda por parte del adulto [...]El Informe del gabinete psicosocial recoge toda la información médica de la menor, dentro de la cual se destaca que ha sido la madre la persona que se ha implicado en el tratamiento y en la administración de pautas, considerando sin embargo imprescindible la implicación del padre que ha mostrado dificultades para llevar a cabo las pautas facilitadas y concluye que ha sido la madre la cuidadora principal de la menor a lo largo de su desarrollo, manteniendo el padre un rol secundario; que es la madre la que se ha mantenido implicada de manera activa en el soporte psicosocial (emocional, cognitivo y conductual) de la menor mientras que el padre, que minimiza las dificultades que presenta su hija, ha ido delegando sus funciones, derivándose de todo ello que es la madre la figura

parental referente de la niña, no resultando aconsejable un cambio de su dinámica diaria [...] Que ESTIMANDO EN PARTE el recurso de apelación formulado por la representación de D^a. Y (madre) y DESESTIMANDO el recurso formulado por la representación de D. X (padre) contra la sentencia dictada en fecha 31 de marzo de 2009 por el Juzgado de Primera Instancia núm. 7 de Vilanova i la Geltrú en los autos de Divorcio nº 79/2008 de los que dimana el presente rollo, SE REVOCA EN PARTE la expresada resolución, en el único pronunciamiento relativo al uso del domicilio familiar, acordando dejar sin efecto que la atribución del uso que se hace a la madre, se haga hasta mientras dure la guarda de la hija menor, límite este último que se deja sin efecto, con mantenimiento de todo lo demás acordado y sin hacer expreso pronunciamiento en cuanto a las costas de la presente apelación” Audiencia Provincial de Barcelona - Sección decimoctava - rollo nº 767/2009 - Divorcio núm. 79/2008 - Juzgado de 1ª instancia 7 Vilanova i la Geltru - sentencia núm. 440/2010

- “La madre demandada solicita que, dado el trato especial que exige el menor por estar afectado del síndrome de Asperger, se concrete el tiempo en que el menor esté efectivamente con el padre, sin que este delegue en otras personas el cuidado del menor durante el tiempo que tiene que ir a trabajar, b) el padre trabaja en la construcción con contratos temporales, desconociéndose por tanto si el padre tendrá un mes de vacaciones durante todos los veranos, ni siquiera si tendrá vacaciones en ese periodo estival, y, c) la única forma de conciliar la necesidades del hijo con el trabajo de padre es acomodar las visitas a los periodos en que el padre no trabaje [...]debemos acordar y acordamos que, comprendiendo las vacaciones estivales los meses de Julio y Agosto, D. X (padre) tendrá en su compañía al hijo durante dos periodos quincenales alternos coincidiendo con la vacaciones paternas” AUDIENCIA PROVINCIAL DE MALAGA. SECCION SEXTA - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº SEIS DE MALAGA - JUICIO DE MEDIDAS DE MENORES Nº 34/09 - ROLLO DE APELACION CIVIL Nº 9/10 - SENTENCIA Nº 343/10
- “En primer término, y en lo que respecta a los gastos reclamados en la demanda ejecutiva, relativos al hijo del matrimonio, que padece del síndrome de Asperger, y que está necesitado de acudir a un centro especializado, y en concreto al denominado ----, con dispendios derivados del desplazamiento, ha de considerarse que los mismos se encuentran comprendidos dentro del concepto de gastos extraordinarios a los que se refiere el Convenio Regulator de la separación matrimonial, aprobado por sentencia de 13 de junio de 2003 [...] Se trata de gastos imprevisibles, necesarios y englobados en las estipulaciones del convenio como de carácter extraordinario, que han de ser atendidos por mitad entre ambos progenitores. La decisión de acudir al Centro --- no fue tomada en forma unilateral por parte de la madre del menor, como lo acredita que el padre acudiese en julio de 2007 al indicado centro al objeto de efectuar al menor determinadas pruebas, reveladoras del padecimiento del síndrome de Asperger y de dislexia, manteniendo ambos padres una conversación con el director de la institución y aceptando ambos el inicio del tratamiento en septiembre de 2007 [...] Debemos de confirmar y confirmamos la resolución apelada en todos sus pronunciamientos, con expresa condena a la parte apelante a satisfacer las costas procesales derivadas de su recurso de apelación” AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - Sección

- *"Alegando que el hecho de no llevar a la menor al gabinete --- no ha sido de mala fe ni tan siquiera de una manera caprichosa ni unilateral sino que en aras al bien de la menor se estuvo informando y llevando a la niña a distintos centros médicos con el fin de que determinasen si la misma tenía alguna anomalía psíquica obteniendo informes médicos en los que se establecía que no tenía ninguna enfermedad, por lo que comunicó a la madre la no necesidad de llevar a la hija al citado Gabinete máxime al estar acudiendo a un centro con menores con problemas psicológicos y neurológicos serios, lo que puede ser perjudicial y condicionar a la menor, pues la referida hija puede entender que ella también está afectada por algún trastorno psíquico. Además, en el convenio regulador se decía que la propuesta sería siempre revisable en función de la adaptación de la menor y su estado emocional y psicológico, añadiendo que los contendientes llevaron a la menor a la Consejería de Asuntos Sociales, la cual dictaminó que la menor no presentaba ningún tipo de discapacidad, valorando el mismo con un 0% definitivo. [...] Se diagnosticó a la menor por la Unidad de Neurología, Departamento de Pediatría, un "Trastorno generalizado del desarrollo. Síndrome de Asperger.", recomendándose dada su patología recibir apoyo escolar y terapia psicopedagógica en un gabinete específico infantil. El hecho de que por la Dirección General de Servicios sociales se emitiese un informe acerca de que la menor no tenía discapacidad, otorgándole el grado de 0%, no contradice el informe de la Unidad de Neurología [...] Por tanto, procede desestimar el recurso y confirmar la resolución combatida. A.P. LAS PALMAS (Secc. 3ª); Rollo 917/2009 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA - SECCIÓN TERCERA - Rollo nº: 917/2009 - Asunto: Ejecución número 975/2008 - Procedencia: Juzgado de Primera Instancia No. Tres de Las Palmas de Gran Canaria*

- *"No obsta a la limitación temporal el padecimiento de que se halla afectado el hijo de los litigantes. Su cociente intelectual se halla dentro del nivel superior, su rendimiento académico es bueno al igual que su integración en el centro donde cursa estudios y se encuentra escolarizado en régimen ordinario. Ciertamente requiere un control y supervisión especial por las alteraciones que presenta de la interacción social y relacionadas con la emotividad pero tal control no resulta incompatible con una actividad laboral de la madre (cuyo horario, dada su profesión, previsiblemente coincidiría con la estancia del menor en el centro escolar) además de implicar más bien una función supervisora y de apoyo a la ayuda psicopedagógica especializada que requiere el menor, función por lo demás exigible por igual a ambos progenitores". Por lo que no se estima conveniente que se otorgue una pensión compensatoria a la madre. AUD.PROVINCIAL SECCION N. 1 OURENSE - SENTENCIA: 00341/2009 - APELACIÓN CIVIL*

- *"Pues bien, en el presente supuesto la recurrente insiste en sus alegaciones sobre la falta de medios económicos para hacer frente a la cuantía que por pensión alimenticia se ha fijado por el juzgador de instancia, pensión alimenticia a la que, como se reconoce por el propio recurrente, está obligado, discrepando exclusivamente sobre el montante de la misma. A la*

vista de todo el material probatorio aportado en autos, consistente en el interrogatorio de las partes y las documentales, así de la pericial psicológica practicada a instancia de la recurrida y de la que se deduce que el menor se encuentra afecto al denominado síndrome de Asperger, síndrome consistente en un trastorno generalizado del desarrollo, es decir, que el desarrollo neurológico de la persona está alterado, se desvía de los patrones normales o neurotípicos, precisando la aplicación de programas de intervención psicopedagógica, programas de aprendizaje, etc." Se desestima el recurso del padre para disminuir el importe de la pensión de alimentos. A.P. LAS PALMAS (Secc. 3ª); Rollo 1.127/2008 - AUDIENCIA PROVINCIAL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA - SECCIÓN TERCERA - Rollo nº: 1.127/2008 - Asunto: 797/2007 - Procedencia: Juzgado de Primera Instancia No. Cinco de Las Palmas de Gran Canaria

- "Y, sobre todo, el incremento de los gastos de educación y apoyo psicológico de Adrián, derivados de su enfermedad (Trastorno de Asperger), que ha venido afrontando en solitario, ambas cosas con cargo al sueldo que percibe desde 2004 [...]Se indica, asimismo, que las necesidades de alimentos de X han disminuido en relación a las existentes a la fecha del convenio regulador de la separación; no se observa esa disminución de gastos por parte alguna, más bien hay prueba suficiente de lo contrario" Se decide mantener la pensión alimentaria. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BIZKAIA - Sección 4ª - A.mod.med.def.L2 133/08 - O. Judicial Origen: 1ª Instancia (Familia) nº 5 (Barakaldo) - Autos de Mod.med.defin.L2 95/07

- "La ruptura de vínculos entre los litigantes (iniciada con carácter previo a proceso de separación matrimonial entre los mismos, y prolongada en el contexto de los numerosos procesos posteriores), puesta en relación, por un lado, con condicionamientos personales - en su evolución temporal- de los progenitores y de los hijos comunes (éstos últimos de relevante entidad en algún caso en función de problemática evidenciada en autos asociada, por lo que se refiere al hijo, al diagnóstico de trastorno de Asperger, y en relación a Margarita de hiperactividad y otros) y, por otro, con situaciones generadas en el curso del tiempo (a las que, en ocasiones no han sido ajenas los propios progenitores), han venido determinando variaciones en el régimen de guarda y custodia establecido a raíz de la separación (no siempre respetado por los progenitores, ya asociado a situación consentida por ambos, ya a decisiones unilaterales de parte objeto de corrección judicial), habiendo pasado, desde 1997, de un régimen de atribución judicial de guarda y custodia de los hijos a favor de la madre (resolución de primera instancia de fecha 24-3-1997, objeto de confirmación por este Tribunal por sentencia de fecha 21-5-1999), a otro de atribución del referido régimen a favor del padre (sentencia de fecha 1-3-2001 en proceso de modificación de medidas), para, en proceso de modificación de medidas que precedió al que nos ocupa, por circunstancias sobrevenidas en la relación entre hermanos, atribuir la guarda y custodia del hijo mayor al padre y la del hijo menor a la madre (resolución de fecha 11-5-2004 – confirmada por sentencia de este Tribunal de 27-1-2005), cuyo régimen de desarrollo ha podido venir condicionado por la actuación de los progenitores (en algún caso por acuerdo de los mismos - aún cuando parezca discreparse de su alcance - y en algún otro en función de actuación unilateral de alguno de ellos) [...]Es cierto que en relación a la opción paterna existen condicionamientos personales que evidencian elementos negativos no necesariamente constatados ex novo (algunos de los

cuales se reflejan en alguna de las resoluciones dictadas en anteriores procesos de modificación de medidas); sin embargo debe reseñarse que no se ha acreditado la inexistencia o ausencia de persistencia de alguno de los posibles condicionamientos negativos en relación a la madre patentes en el pasado, en el curso de la accidentada dinámica de sucesión de regímenes de custodia con ocasión, en algún caso, de la materialización de la a ella conferida". Audiencia Provincial de Alicante. Sección Cuarta. Rollo 583/2007 - Procedimiento: Recurso de apelación Nº 000583/2007- Dimana del Modificación Medidas Contencioso Nº 000338/2007 Del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA NUMERO 8 DE ALICANTE - SENTENCIA Nº 242/2008

- "Centrada, pues, la problemática litigiosa en esta alzada, será de examinar, en primer término, la primordial medida impugnada por el padre demandado, de la que derivan las demás, esto es, la concerniente a la atribución de la guarda y custodia del hijo común de los litigantes. Al respecto es de reseñar, que es principio legal establecido en el artículo 82 del Codi de Família, que para la determinación de la persona a cuyo cuidado hayan de quedar los hijos sometidos a patria potestad ha de estarse a lo que resulte mas conveniente para ellos - "favor filii"-, al ser éste el interés más digno de protección; y en el supuesto enjuiciado, se considera que se da cabal cumplimiento a dicho principio, atribuyendo la guarda y custodia del hijo de los ex-consortes en litigio, de 8 años de edad en la actualidad (folios 15 y 18)- a la madre, con un adecuado régimen de visitas en favor del padre, que permita potenciar y realizar los necesarios valores de convivencia y afecto parental, pues del material probatorio obrante en los autos -correctamente valorado por el Juez "a quo"-, unido al resultado de la prueba practicada en esta segunda instancia, esto es, la documental médica emitida por el Servicio de Psiquiatría del Hospital XXX en que se informa de que se valora la hipótesis diagnóstica de Síndrome de Asperger, y que precisa de seguimiento terapéutico y posiblemente en un futuro escolarización especial (documentada en el folio 9 del presente rollo de apelación), no se desprende la necesidad ni la conveniencia de modificar el actual "statu quo", ni, por tanto, la fijación de una guarda y custodia compartida, tal como solicita el padre del menor, por mucho que él esté asimismo capacitado para atender y cuidar correctamente de su hijo, pero la madre es quien ha velado primordialmente por la atención del menor en todos sus ámbitos, llegando a sorprender al Tribunal las manifestaciones del padre vertidas en el recurso de apelación sobre que el "niño cuenta con un perfecto estado de salud...que no requiere de ninguna atención especial ni diferente a los demás niños de su edad" Finalmente se mantiene el régimen de visitas. Aclarando el periodo vacacional pero se reduce la pensión alimentaria. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA – SECCION 18 - ROLLO Nº 427/2007 - JUICIO DE DIVORCIO CONTENCIOSO Nº 554/2006 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 14 DE BARCELONA - SENTENCIA núm 243/08
- "Partiendo de tales ingresos resulta, sin duda, excesiva la cantidad global que la sentencia de instancia establece con cargo al recurrente, 820 euros como cantidad líquida más abono de préstamos a cargo de la sociedad de gananciales y gastos extraordinarios del hijo, previsiblemente superiores a los que por tal concepto pudiera originar otro menor dado el síndrome de Asperger que le ha sido diagnosticado toda vez que si esos desembolsos se deducen de los 1.200 euros mensuales antes señalados, apenas restaría cantidad alguna para que el apelante pudiese hacer frente a los gastos personales, aun partiendo de la

convivencia actual con sus padres que, como indica el órgano "a quo", no tiene por qué ser permanente [...]confirmar los restantes medidas, si bien con las siguientes precisiones: 1ª. Los gastos extraordinarios del menor serán abonados en su integridad por el padre hasta la obtención de ingresos por la madre, fecha a partir de la cual ambos los costearán en proporción a sus ingresos. Y 2ª. Los préstamos o deudas aludidas en el suplico de la sentencia apelada seguirán costeándose por el apelante...." AUD.PROVINCIAL SECCION N. 1 – OURENSE - SENTENCIA: 00111/2008 - APELACIÓN CIVIL. Dimanante de los autos de Juicio de Divorcio procedentes del Juzgado de Primera Instancia Número 2 de Ourense, seguidos con el nº. 56/06, rollo de apelación núm. 737/07

- *"Respecto a los ingresos de la madre quedan acreditados en documento 16 (certificado del parlamento de Cataluña donde actualmente trabaja) ,aportado con la contestación a la demanda ,del que se constata que ascienden a 2.248 # netos por 14 mensualidades , no constando que sea titular de bienes inmobiliarios ni mobiliarios , teniendo que hacer frente a los gastos de una vivienda en Barcelona para que el hijo común, dado su padecimiento de Síndrome de Asperger , pueda estar en un centro especializado el colegio XXX , lo que no podía hacer en Berga que carece de centros especializados ,traslado necesario no caprichoso en interés del hijo común ,tratándose además de un piso de dos habitaciones pero obligatoriamente cerca del centro XX por el que paga 700# mensuales de alquiler (doc. 30 de la contestación a la demanda) además de que los gastos en Barcelona se multiplican, transportes, precios más elevados, etc pero también es destacable el estado de salud de la Sra. Flora que padece fibromialgia motivo por el que por su salud y la del hijo con el que convive se le recomienda una reducción de jornada, acreditados en doc. 20 y 21 de la contestación a la demanda". Finlamente se aumenta la pensión de alimentos. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA ROLLO Nº 452/2007 - PROCESO DE DIVORCIO nº879/2005 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA 17 de BARCELONA – sentencia núm. 186/2008*
- *"B) Tienen un hijo en común, nacido el 7 de agosto de 2002 y al que se le ha diagnosticado un trastorno generalizado del desarrollo (posible Asperger) y C) La convivencia matrimonial cesó el 11 de febrero de 2005 al dictarse una orden de alejamiento entre los cónyuges [...] se desestima la pensión compensatoria para la madre. AUD.PROVINCIAL DE CANTABRIA SECCION N. 2 –SANTANDER - SENTENCIA: 00651/2007- ROLLO NÚM. 345/07 procedentes del Juzgado de Primera Instancia número Uno de los de Torrelavega*
- *"Y siendo el interés del menor el que, como queda dicho, debe prevalecer, no obstante la negativa del mismo a relacionarse con el padre, del informe del Equip d'Assessorament Tecnic Civil y de lo manifestado por la psicóloga que lo redactó, Doña Fátima , en el acto de la vista en el que se ratificó en su contenido y manifestó que es bueno un contacto con el padre aunque sea mínimo, no obstante también el síndrome de Asperger que padece el menor que conlleva un trato especial, no puede considerarse que obren en las actuaciones datos objetivos que pongan de manifiesto que el necesario referente paterno, garantizado mediante el régimen de visitas, resulte perjudicial para el mismo, sino que ha de entenderse que redundará en su beneficio facilitando la integración social y familiar, evitando una ruptura definitiva respecto a la relación y figura paterna de difícil recuperación en el futuro de*

prolongarse en el tiempo la suspensión y, consiguientemente, pareciendo adecuado a las circunstancias del caso el régimen establecido en la Sentencia ahora recurrida, sin perjuicio de que a la vista de los informes que en la misma se establecen, pueda irse normalizando la comunicación paterno-filial, o, en su caso adoptarse las medidas adecuadas en beneficio del menor, procede la desestimación de ambos recursos de apelación en cuanto a dicha pretensión". AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN DECIMOSEGUNDA - ROLLO Nº 220-2006.-A - MODIFICACION MEDIDAS 230-2005 - JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 18 DE BARCELONA - Sentencia 473/2006

- *"También es cierto que XX padece un "Síndrome de Asperger", que se engloba dentro del "autismo", el cual le ocasiona una perturbación grave y generalizada en varias áreas de desarrollo y que precisa tratamiento para conseguir desarrollarlas (informes psicológicos obrantes a los folios 102 a 110, 73 y 74, el primero, de fecha 7 de junio de 2002 y los segundos, de 9 de diciembre de 2003) así como que recibe tratamiento (obran en autos facturas por honorarios profesionales)[...] condenando a los demandantes, hermanos de un vínculo del alimentante, a satisfacer la referida suma, que se incrementará anualmente conforme al I.P.C., de forma solidaria, haciéndole entrega a dicha señora personalmente o ingresándola en la cuenta que señale; todo ello sin expresa condena en costas en ninguna de las instancias". Audiencia Provincial de las Palmas de Gran Canaria Sección: 5 - Recurso: 316/2005 Juzgado de Primera Instancia número UNO de San Bartolomé de Tirajana - Resolución: 295/2005*

- *"XX es un niño que padece el Síndrome de Asperger, caracterizado por la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social, aunque no sufre un retraso significativo en lenguaje o en el desarrollo cognitivo ... XX muestra una incapacidad para relacionarse normalmente con sus iguales tanto en el colegio como en casa, donde muestra una profunda falta de contacto afectivo con su hermano, que no comprende ni acepta que XX le ignore o que no desarrolle conductas espontáneas encaminadas a compartir intereses o juegos con él ... XX describe las relaciones con su hermano como muy negativas, con deseos de que su hermano desaparezca. En la relación con su hermano se detectan déficits emocionales para comprender que YY es un ser capaz de tener experiencias o de poseer sentimientos. YY es un niño que ... muestra un comportamiento de hiperactividad caracterizado por conductas desafiantes, rabietas, conducta agresiva hacia su hermano y conductas agresivas hacia personas de su entorno. El menor verbaliza ... resentimientos y antagonismos hacia la figura de su hermano XX, a quien considera mejor tratado y valorado por sus padres. Asimismo, muestra una profunda decepción por el comportamiento de ignorancia y rechazo de su hermano hacia él, expresando su deseo de compartir juegos con él. ... El hecho de que uno solo de los cónyuges se haga cargo de esta tarea de cuidado, dificultosa y estresante, coloca a los niños en una situación especial de vulnerabilidad en cuanto a sus cuidados ... Cada progenitor por sí solo tiene que hacer frente no sólo a los problemas para afrontar y adecuarse a las características especiales de sus hijos, sino a las dificultades añadidas de la extremada relación negativa entre ambos hermanos. Ambos padres verbalizan que sus mayores dificultades devienen de los problemas de relación entre ambos hermanos. Analizando la calidad de las relaciones entre hermanos, determinada por la cantidad de tiempo que eligen gastar juntos en situaciones de juego, se podría valorar que es escaso el*

tiempo de juego o de interacción entre hermanos. Además el conflicto entre hermanos es alto, produciendo dichas peleas una fuente de estrés importante para ambos progenitores [...]establecemos en la suma de 350 euros mensuales, con el mismo régimen de actualización y pago, confirmando el auto en cuanto a sus demás pronunciamientos y sin hacer declaración sobre las costas de esta instancia". Audiencia Provincial Alicante - Sección: 4 - Nº de Recurso: 498/2004 - Nº de Resolución: 39/2005 Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Alicante

- *"En cuanto a XX, nacido el 4 de agosto del 99, tampoco se discute que con respecto al mismo existe una impresión diagnóstica de trastorno multisistémico, Síndrome de Asperger, habiendo manifestado la testigo Dña. María Cristina , psiquiatra de profesión, que ello implica problemas de socialización, dificultades de relación, de comunicación, disminución importante de interés, intereses muy obsesivos, y que Blas durante toda la vida, al menos durante toda la educación va a necesitar ayuda, tanto a nivel de apoyo escolar como probablemente ayuda psicológica [...] Se confirma sentencia en cuanto a pensión alimentaria. AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN DOCE - ROLLO Nº 638/2004 B - DIVORCIO CONTENCIOSO Nº 272/2003 - JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 1 DE TERRASSA – Sentencia 7/05*

- *"Es un hecho acreditado a través de la total prueba practicada que el hijo común XX que en la actualidad cuenta con 16 años de edad, está en tratamiento psicológico desde hace tiempo por presentar dificultades de relación con el entorno. Así lo recoge el informe del SATAV y se contiene también en el informe de la psicóloga Doña. Ramona que la madre acompaña a su escrito de recurso. Ambas partes se muestran contestes en el diagnóstico del hijo, Síndrome de Asperger. Únicamente difieren en dos aspectos: la incidencia o relevancia de esta patología en el régimen de relación paterno-filial y en el grado de implicación de ambos progenitores en el seguimiento y tratamiento de XX. Los progenitores tienen distinta manera de entender la situación y específicamente la patología del hijo común menor de edad y de enfocar sus necesidades. Una renovada valoración de la completa prueba practicada en autos sobre el particular y de la posteriormente admitida y practicada en esta alzada, fundamentalmente del resultado que se extrae de la valoración del informe de la psicóloga Doña. Ramona emitido el 11 de octubre de 2011 que visita a Melchor desde los seis años de edad y con el que el menor sigue tratamiento terapéutico desde entonces, permiten constatar que no hay base clara para restringir las visitas como la madre interesa [...]Ello no obstante, la prueba practicada, fundamentalmente el interrogatorio de ambos padres y el informe del SATAV pone de manifiesto que los progenitores tienen distinta manera de entender la situación y específicamente la patología del hijo común menor de edad y de enfocar sus necesidades [...] introducir la obligatoriedad para el padre de asistir y recibir el asesoramiento específico para el adecuado seguimiento del hijo común y la obligación concreta de asistir a las terapias con la psicóloga Doña. Ramona que el tratamiento del hijo hagan necesarias". AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA - SECCIÓN Duodécima - ROLLO Nº 306/2013-R - JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 3 IGUALADA - MODIFICACIÓN MEDIDAS SUPUESTO CONTENCIOSO NÚM. 1065/2010 - Sentencia Nº 645/14*

- *"Por el contrario la sentencia de apelación después del examen directo de varias pruebas practicadas en la segunda instancia con la intermediación requerida por la ley, incluidos los*

interrogatorios de los dos padres y del examen de las practicadas en la primera, llega la conclusión de que la menor sufre un severo trastorno de ansiedad por separación de la madre con cuadro neurológico de epilepsia nocturna generalizada con reiteradas incidencias nocturnas y algunas crisis diurnas por causas endógenas. La niña tiene rigidez extrema ante nuevas situaciones (rasgos de Asperger) y la madre es la persona de referencia principal. [...] No se considera probado que la madre presente patología alguna atribuyendo los rasgos de sobreprotección hacia la menor a la angustia y preocupación lógicas ante la situación que califica dentro de la normalidad. [...] INADMITIR los recursos de casación y extraordinario por infracción procesal" TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CATALUNYA - Sala Civil y Penal - R. Casación y extraordinario por infracción procesal núm. 81/2014 - -Sec. 12a AP Bcn, Rotlle 1133/13 - -1a Inst. 6 Terrassa, Divorci 1949/10

- *"Por el contrario, como ya se adelantó anteriormente, distinto tratamiento debe merecer la modificación solicitada con relación a las vacaciones estivales, toda vez que acreditada la capacidad del progenitor para asumir sus responsabilidades parentales, dentro de las que se incluyen el adecuado tratamiento de la diabetes y el síndrome de Asperger diagnosticado al menor, el vínculo afectivo entre padre e hijo, la edad de éste (8 años), la posibilidad paterna de realizar dichas vacaciones y el claro beneficio que la modificación solicitada supondrá para su hijo (como informó y ratificó el Equipo Psicosocial), no cabe duda que todas estas circunstancias deben calificarse de alteraciones sustanciales, relevantes y susceptibles de modificar el régimen vacacional examinado partiendo de las concurrentes cuando se establecieron de forma tan restrictiva, momento en el que el progenitor debía adaptarse a los cuidados y atenciones requeridas por motivos de salud de su hijo, reforzar el vínculo afectivo con el menor menoscabado por su régimen laboral, la corta edad de éste y ,por tanto, el beneficio del menor aconsejaba la adopción de unas visitas restringidas a la espera de la evolución de los aspectos recogidos [...] que se REVOCA en el sentido de modificar el régimen vigente relativo a las vacaciones de verano, pasando a regir el siguiente: Se fijarán en periodos máximos de 15 días a disfrutar en los meses de Julio y Agosto de forma alternativa". AUD.PROVINCIAL SECCION N. 7 GIJON - SENTENCIA: 00297/2014 - AUD.PROVINCIAL SECCION N. 7 de GIJON - RECURSO DE APELACION (LECN) 91 /2014 - Juzgado de procedencia: JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 de VILLAVICIOSA*
- *"En consecuencia, en el caso enjuiciado el importe mínimo de la pensión alimenticia a favor del hijo común de los litigantes, que padece síndrome de Asperger y precisa de atenciones especiales, ha de cifrarse en un mínimo existencial de 160 euros mensuales, al no constar que el padre obligado a prestar alimentos se encuentre en situación de completa y absoluta indigencia". AUDIENCIA PROVINCIAL SEVILLA - Sección Segunda - JUZGADO DE PROCEDENCIA 1ª Instancia Nº23 de Sevilla - ROLLO DE APELACIÓN 2306/14-F - JUICIO Nº 655/13 - SENTENCIA NÚM. 429*
- *"Igualmente resulta del informe clínico de 27 de abril de 2.013, suscrito por facultativo del Hospital Universitario Gregorio Marañón, un juicio diagnóstico de XX de rasgos disfuncionales de la personalidad, con evidencia de déficit de habilidades sociales y problemas de autocontrol ante situaciones ansiógenas, presencia de muchas características*

compatibles con autismo y síndrome de asperger, aun no concurriendo cuadro completo, tratándose de persona rígida, de ideas fijas y autoritario, con problemas para aceptar las normas externas, necesitado de llevar el control de la situación, y con clara tendencia a la omnipotencia, al aislamiento, y a actitudes pasivo agresivas destinadas a modificar el entorno, todo lo cual es de difícil manejo por los adultos de referencia (documento obrante al folio 31 de lo actuado, al que igualmente nos remitimos) [...]Estamos en presencia de un menor que refiere conflicto con ambos progenitores, no solo con el padre, siendo las relaciones que mantiene con uno y otro igualmente desajustadas, que carece de amigos, que no sale, que tiene un mundo interno frágil y se ve afectado por muchas inseguridades, lo que le provoca sufrimiento, de hecho, atraviesa una situación emocional de alto riesgo en su posible desarrollo [...]Y es por ello que resulta más beneficioso a XX mantener el régimen de visitas que nos ocupa, que dejar las comunicaciones a su libre voluntad, pues ello equivale en la práctica a la supresión de la figura del padre, de la que también necesita, y a agudizar el aislamiento al que tiende, con posible riesgo de futura exclusión social, lo que desde aquí no se puede aprobar, como no se hizo en la instancia [...] CONFIRMAR y CONFIRMAMOS íntegramente meritada resolución". Audiencia Provincial Madrid - Sección: 22 - Nº de Recurso: 1074/2014 - Nº de Resolución: 410/2015 - Recurso de Apelación 1074/2014 - O. Judicial Origen: Juzgado de 1ª Instancia nº 27 de Madrid - Autos de Familia. Modificación de medidas supuesto contencioso 718/2013

- *"Con respecto a los alimentos a satisfacer al menor, atiende la sentencia de instancia a los gastos acreditados por la parte actora en el proceso, así como a los ingresos del demandado, aclarando que la madre no ha probado, más allá de los gastos de ortopedia y óptica, que el menor XX, que padece cierto grado de discapacidad por síndrome de Asperger, tenga necesidades especiales que atender. Recuerda la sentencia que hubiera podido la madre acreditar con facturas los gastos psicológicos del menor, así como haber solicitado como prueba testifical la comparecencia del psicólogo de XX para ilustrar a la jueza sobre las atenciones especiales que pudiera requerir un menor con un diagnóstico como el de XX . Sobre este extremo debe recordarse lo complejo de realizar una prueba exhaustiva y completa de los gastos reales que la atención integral de un menor en concreto, con necesidades especiales, comporta, teniendo en cuenta, por otro lado, que el nivel de referencia para determinar tales gastos viene marcado no solamente por sus necesidades más básicas, sino también por los medios económicos de ambos progenitores y el modelo de vida y hábitos sociales, culturales y educativos que cada familia haya adoptado en función de sus posibilidades, así como por el concreto lugar geográfico en el que se ubique la familia [...] Se modifica la cuantía que en concepto de pensión de alimentos al hijo menor de ambos debe pagar el Sr. Y , que queda fijada en CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO euros mensuales (445 euros)" AUDIENCIA PROVINCIAL TARRAGONA - SECCION PRIMERA - ROLLO NUM. 119/2014 - DIVORCIO NUM. 794/2012 - VALLS NUM. UNO – Sentencia 125/15*
- *"En el caso entendemos con el juez de instancia que debemos mantener la guarda y custodia de la madre, la cual, por el interrogatorio del apelante, se desprende que se dedicó con mayor dedicación a los hijos, dado que el mismo antes de prejubilarse en el año 2012, trabajaba en --- de 7,45 a 15 horas, y en ---- de 16,30 a 20 horas, con lo cual dedicaba el tiempo con los menores a las actividades de ocio. Es más, es su hermana la que recoge a los menores; y*

resultando que el mayor XX, padece síndrome de Asperger, que requiere una rutina específica; resultando que el régimen de visitas que establece la sentencia, con pernocta del domingo y el miércoles, es suficientemente amplio, es por lo que en este particular debemos desestimar el recurso, tanto la petición principal como la subsidiaria [...] Se desestima recurso” Audiencia Provincial Barcelona - Sección: 18 - Nº de Recurso: 1090/2013 - Nº de Resolución: 67/2015 - Rollo n.: 1090/2013 - Divorcio contencioso (art.770 - 773 LEC) nº 605/2012 - Procedencia: Juzgado de Primera Instancia nº 15 de Barcelona

ANEXO VI - RESULTADOS ENCUESTAS AFECTADOS POR SINDROME DE ASPERGER

P1) Identifica tu sexo

		Recuento	% del N de la tabla
VR2 Identifica tu sexo	1 Hombre	68	73,9%
	2 Mujer	24	26,1%

P2) ¿Qué edad tienes? (Selecciona una opción del desplegable)

		Recuento	% del N de la tabla
VR3 ¿Qué edad tienes? (Selecciona una opción del desplegable)	14-18	24	26,1%
	18-25	23	25,0%
	25-30	13	14,1%
	30-35	5	5,4%
	35-40	15	16,3%
	40-45	6	6,5%
	45-50	4	4,3%
	50-55	2	2,2%

P3) ¿En qué ciudad vives? (Hay que escribir la respuesta)

		Recuento	% del N de la tabla
VR4 ¿En qué ciudad vives? (Hay que escribir la respuesta)	1 A Coruña	4	4,3%
	2 Badajoz	1	1,1%
	3 Barcelona	1	1,1%
	4 Bilbao	1	1,1%
	5 Gijón	1	1,1%
	6 Girona	2	2,2%
	7 Granada	2	2,2%
	8 Huesca	2	2,2%
	9 Jaén	1	1,1%
	10 Las Palmas de GC	4	4,3%
	11 León	3	3,3%
	12 Logroño	1	1,1%
	13 Madrid	17	18,5%
	14 Murcia	3	3,3%
	15 Oviedo	18	19,6%
	16 Palma de Mallorca	1	1,1%
	17 Pamplona	3	3,3%
	18 Sevilla	14	15,2%
	19 Valencia	7	7,6%
	20 Zaragoza	6	6,5%

P4) ¿Con quién vives?

		Recuento	% del N de la tabla
VR5 ¿Con quién vives? Con mi padre y mi madre	2 Con mi madre y hermanos/as	1	1,2%
	3 Con mi madre y mis hermanos/as	1	1,2%
	4 Con mi madre y mis hijos/as	1	1,2%
	5 Con mi padre y mi madre	47	56,6%
	6 Con mi padre y mi madre y mis hijos/as	1	1,2%
	7 Con mi padre, mi madre y hermanos/as	9	10,8%
	8 Con mi pareja	6	7,2%
	9 Con mi pareja y mis hijos/as	4	4,8%
	10 Con mis hijos o hijas	4	4,8%
	11 En un centro	2	2,4%
	12 Solo con mi madre	7	8,4%

P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

		Recuento	% del N de la tabla
VR6 [...] ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno o síndrome?	2 Creo que no	28	36,8%
	3 Creo que sí, pero no sé cómo se llama	6	7,9%
	4 DELECCION 16P13.11	1	1,3%
	5 Síndrome de Asperger	39	51,3%
	6 TGD	2	2,6%

P6) ¿Se han reído de ti o te han insultado alguna vez en el colegio?

		Recuento	% del N de la tabla
VR7 ¿Se han reído de ti o te han insultado alguna vez en el colegio?	2 NO	10	11,9%
	3 SI	74	88,1%

P7) ¿Alguna vez te has reído de alguien o le has insultado en el colegio?

		Recuento	% del N de la tabla
VR8 ¿Alguna vez te has reído de alguien o le has insultado en el colegio?	2 NO	54	64,3%
	3 SI	30	35,7%

P8) ¿Alguna vez te han pegado o te pegan en el colegio?

		Recuento	% del N de la tabla
VR9 ¿Alguna vez te han pegado o te pegan en el colegio?	2 NO	33	39,3%
	3 SI	51	60,7%

P9) ¿Tu le pegas o le has pegado alguna vez a alguien en el colegio?

		Recuento	% del N de la tabla
VR10 ¿Tu le pegas o le has pegado alguna vez a alguien en el colegio?	2 NO	55	65,5%
	3 SI	29	34,5%

P10) ¿Alguna vez te han robado en el colegio?

		Recuento	% del N de la tabla
VR11 ¿Alguna vez te han robado en el colegio?	2 NO	50	59,5%
	3 SI	34	40,5%

P11) ¿Alguna vez le has robado a alguien en el colegio?

		Recuento	% del N de la tabla
VR12 ¿Alguna vez le has robado a alguien en el colegio?	2 NO	81	97,6%
	3 SI	2	2,4%

P12) Si alguna vez te han pegado en el colegio, o te han robado o te han insultado, ¿Se lo has contado a alguien para que te ayude?

		Recuento	% del N de la tabla
VR13 Si alguna vez te han pegado en el colegio, o te han robado o te han insultado, ¿Se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una respuesta)	2 No	19	24,7%
	3 Sí, a mi padre o a mi madre	20	26,0%
	4 Sí, a mi padre o a mi madre y a mi profesor/a	21	27,3%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre y a mi psicólogo/a o psiquiatra	1	1,3%
	6 Sí, a mi padre o a mi madre, a mi profesor/a y a mi psicólogo/a o psiquiatra	2	2,6%
	7 Sí, a mi padre o a mi madre, a mi profesor/a y a un amigo/a	3	3,9%
	8 Sí, a mi padre o a mi madre, a mi profesor/a, a un amigo/a y a mi psicólogo/a o psiquiatra	3	3,9%
	9 Sí, a mi profesor/a	7	9,1%
	10 Sí, a un amigo/a	1	1,3%

P13) En caso de que no se lo hayas contado a nadie ¿Por qué no se lo contaste?

		Recuento	% del N de la tabla
VR14 En caso de que no se lo hayas contado a nadie ¿Por qué no se lo contaste?	2 Por miedo	12	37,5%
	3 Por vergüenza	7	21,9%
	4 Porque no sabía como explicarlo	13	40,6%

P14) ¿Trabajas actualmente o has trabajado alguna vez?

		Recuento	% del N de la tabla
VR15 ¿Trabajas actualmente o has trabajado alguna vez?	2 NO	46	56,8%
	3 SI	35	43,2%

P15) ¿Se han reído de ti o te han insultado en el trabajo?

		Recuento	% del N de la tabla
VR16 ¿Se han reído de ti o te han insultado en el trabajo?	2 NO	40	70,2%
	3 SI	17	29,8%

P16) ¿Tú te has reído de alguien o le has insultado en el trabajo?

		Recuento	% del N de la tabla
VR17 ¿Tú te has reído de alguien o le has insultado en el trabajo?	2 NO	53	96,4%
	3 SI	2	3,6%

P17) ¿Te han pegado alguna vez o te pegan en el trabajo?

		Recuento	% del N de la tabla
VR18 ¿Te han pegado alguna vez o te pegan en el trabajo?	2 NO	52	98,1%
	3 SI	1	1,9%

P18) ¿Tú le pegas o le has pegado a alguien en el trabajo?

		Recuento	% del N de la tabla
VR19 ¿Tú le pegas o le has pegado a alguien en el trabajo?	2 NO	56	100,0%

P19)¿Alguna vez te han robado en el trabajo?

	Recuento	% del N de la tabla
VR20 ¿Alguna vez te han robado en el trabajo?	2 NO	90,9%
	3 SI	9,1%

P20)¿Alguna vez le has robado a alguien en tu trabajo?

	Recuento	% del N de la tabla
VR21 ¿Alguna vez le has robado a alguien en tu trabajo?	2 NO	100,0%

P21)Si alguien te ha robado, pegado o insultado en el trabajo, ¿se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una)

	Recuento	% del N de la tabla
VR22 Si alguien te ha robado, pegado o insultado en el trabajo, ¿se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una)	2 No	72,7%
	3 Sí a mi psicólogo/a o psiquiatra	6,1%
	4 Sí, a mi jefe o superior en el trabajo	6,1%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre	12,1%
	6 Sí, a mi padre o a mi madre y a mi psicólogo/a o psiquiatra	3,0%

P22)En caso de no haber contado tus problemas en el trabajo ¿Por qué no se lo contaste?

	Recuento	% del N de la tabla
VR23 En caso de no haber contado tus problemas en el trabajo ¿Por qué no se lo contaste?	2 No era importante	11,8%
	3 Otra opción (especificar):	5,9%
	4 Por miedo	11,8%
	5 Por vergüenza	35,3%
	6 Porque no sabía como explicarlo	35,3%

P23)¿Alguna vez has tenido pareja (novio o novia)?

	Recuento	% del N de la tabla
VR24 ¿Alguna vez has tenido pareja (novio o novia)?	2 NO	65,8%
	3 SI	34,2%

P24)¿Alguna de tus parejas se ha reído de ti o te ha insultado alguna vez?

	Recuento	% del N de la tabla
VR25 ¿Alguna de tus parejas se ha reído de ti o te ha insultado alguna vez?	2 NO	71,7%
	3 SI	28,3%

P25)¿Tú te has reído de tu pareja alguna vez o la has insultado?

	Recuento	% del N de la tabla
VR26 ¿Tú te has reído de tu pareja alguna vez o la has insultado?	2 NO	88,7%
	3 SI	11,3%

P26)¿Alguna de tus parejas te ha empujado o pegado alguna vez?

	Recuento	% del N de la tabla
VR27 ¿Alguna de tus parejas te ha empujado o pegado alguna vez?	2 NO	86,8%
	3 SI	13,2%

P27)¿Has pegado o empujado a alguna de tus parejas?

	Recuento	% del N de la tabla
VR28 ¿Has pegado o empujado a alguna de tus parejas?	2 NO	98,1%
	3 SI	1,9%

P28)¿Alguna de tus parejas te ha forzado a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando tú no querías?

		Recuento	% del N de la tabla
VR29 ¿Alguna de tus parejas te ha forzado a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando tú no querías?	2 NO	47	90,4%
	3 SI	5	9,6%

P29)¿Tú has forzado a alguna de tus parejas a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando no querías?

		Recuento	% del N de la tabla
VR30 ¿Tú has forzado a alguna de tus parejas a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando no querías?	2 NO	52	100,0%

P30)¿Si has tenido algún problema importante en tu relación de pareja (relaciones sexuales que no querías, que te pegue...), se lo has contado a alguien para que te ayude?

		Recuento	% del N de la tabla
VR31 ¿Si has tenido algún problema importante en tu relación de pareja (relaciones sexuales que no querías, que te pegue...), se lo has contado a alguien para que te ayude?	2 No	25	78,1%
	3 Sí a mi psicólogo/a o psiquiatra	2	6,3%
	4 Sí, a la policía	1	3,1%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre	2	6,3%
	6 Sí, a mis amigos íntimos	2	6,3%

P31)¿Por qué no lo contaste?

		Recuento	% del N de la tabla
VR32 ¿Por qué no lo contaste?	2 Otra opción (especificar):	1	4,8%
	3 Por miedo	1	4,8%
	4 Por vergüenza	9	42,9%
	5 Porque no sabía como explicarlo	10	47,6%

P32)¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras?

		Recuento	% del N de la tabla
VR33 ¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras?	2 No, nunca	38	63,3%
	3 Sí, cuando era muy pequeño/a	16	26,7%
	4 Sí, cuando ya era más mayor	6	10,0%

P33)¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera?

		Recuento	% del N de la tabla
VR34 ¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera?	2 No, nunca	60	98,4%
	3 Sí, cuando era muy pequeño/a	1	1,6%

P34)¿Alguien te ha hecho daño para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo?

		Recuento	% del N de la tabla
VR35 ¿Alguien te ha hecho daño para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo?	2 NO	50	78,1%
	3 SI	14	21,9%

P35)¿Alguna vez has hecho daño a otra persona para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con él o ella?

		Recuento	% del N de la tabla
VR36 ¿Alguna vez has hecho daño a otra persona para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con él o ella?	2 NO	62	100,0%

P36)¿Si alguien te ha hecho daño sexualmente (tocamientos, sexo oral o penetración), se lo has contado a alguien para que te ayude?

		Recuento	% del N de la tabla
VR37 ¿Si alguien te ha hecho daño sexualmente (tocamientos, sexo oral o penetración), se lo has contado a alguien para que te ayude?	2 No	22	73,3%
	3 Sí a mi psicólogo/a o psiquiatra	1	3,3%
	4 Sí, a la policía	1	3,3%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre	4	13,3%
	6 Sí, a mis amigos íntimos	2	6,7%

P37)¿Por qué no se lo contaste?

		Recuento	% del N de la tabla
VR38 ¿Por qué no se lo contaste?	2 Por vergüenza	4	36,4%
	3 Porque no sabía como explicarlo	7	63,6%

P38)¿Alguna vez has tenido que ir a hablar con la policía?

		Recuento	% del N de la tabla
VR39 ¿Alguna vez has tenido que ir a hablar con la policía?	2 No, nunca	47	62,7%
	3 Sí, fui a hablar con ellos por algo que vi	3	4,0%
	4 Sí, por algo que yo hice	1	1,3%
	5 Sí, por una cosa que me había pasado	24	32,0%

P39)¿Alguna vez has tenido que ir al juzgado?

		Recuento	% del N de la tabla
VR40 ¿Alguna vez has tenido que ir al juzgado?	2 No, nunca	52	70,3%
	3 Sí, por algo que yo hice	3	4,1%
	4 Sí, por una cosa que me había pasado	19	25,7%

TABLAS DE CONTINGENCIA

Tabla de contingencia VR2 P1) Identifica tu sexo * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?							
			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR2 P1) Identifica tu sexo	1 Hombre	Recuento	15	4	36	1	56
		% del total	20,0%	5,3%	48,0%	1,3%	74,7%
	2 Mujer	Recuento	13	2	3	1	19
		% del total	17,3%	2,7%	4,0%	1,3%	25,3%
Total		Recuento	28	6	39	2	75
		% del total	37,3%	8,0%	52,0%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR7 P6) ¿Se han reído de ti o te han insultado alguna vez en el colegio? * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?							
			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR7 P6) ¿Se han reído de ti o te han insultado alguna vez en el colegio?	2 NO	Recuento	7	0	3	0	10
		% del total	9,3%	,0%	4,0%	,0%	13,3%
	3 SI	Recuento	21	6	36	2	65
		% del total	28,0%	8,0%	48,0%	2,7%	86,7%
Total		Recuento	28	6	39	2	75
		% del total	37,3%	8,0%	52,0%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR8 P7) ¿Alguna vez te has reído de alguien o le has insultado en el colegio? * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?							
			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR8 P7) ¿Alguna vez te has reído de alguien o le has insultado en el colegio?	2 NO	Recuento	19	4	22	2	47
		% del total	25,3%	5,3%	29,3%	2,7%	62,7%
	3 SI	Recuento	9	2	17	0	28
		% del total	12,0%	2,7%	22,7%	,0%	37,3%
Total		Recuento	28	6	39	2	75
		% del total	37,3%	8,0%	52,0%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR9 P8)¿Alguna vez te han pegado o te pegan en el colegio? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR9 P8)¿Alguna vez te han pegado o te pegan en el colegio?	2 NO	Recuento	14	2	14	2	32
		% del total	18,7%	2,7%	18,7%	2,7%	42,7%
	3 SI	Recuento	14	4	25	0	43
		% del total	18,7%	5,3%	33,3%	,0%	57,3%
Total		Recuento	28	6	39	2	75
		% del total	37,3%	8,0%	52,0%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR10 P9)¿Tu le pegas o le has pegado alguna vez a alguien en el colegio? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR10 P9)¿Tu le pegas o le has pegado alguna vez a alguien en el colegio?	2 NO	Recuento	22	2	24	2	50
		% del total	29,3%	2,7%	32,0%	2,7%	66,7%
	3 SI	Recuento	6	4	15	0	25
		% del total	8,0%	5,3%	20,0%	,0%	33,3%
Total		Recuento	28	6	39	2	75
		% del total	37,3%	8,0%	52,0%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR11 P10)¿Alguna vez te han robado en el colegio? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR11 P10)¿Alguna vez te han robado en el colegio?	2 NO	Recuento	18	3	22	2	45
		% del total	24,0%	4,0%	29,3%	2,7%	60,0%
	3 SI	Recuento	10	3	17	0	30
		% del total	13,3%	4,0%	22,7%	,0%	40,0%
Total		Recuento	28	6	39	2	75
		% del total	37,3%	8,0%	52,0%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR12 P11)¿Alguna vez le has robado a alguien en el colegio? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR12 P11)¿Alguna vez le has robado a alguien en el colegio?	2 NO	Recuento	28	5	38	2	73
		% del total	37,8%	6,8%	51,4%	2,7%	98,6%
	3 SI	Recuento	0	0	1	0	1
		% del total	,0%	,0%	1,4%	,0%	1,4%
Total		Recuento	28	5	39	2	74
		% del total	37,8%	6,8%	52,7%	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia VR13 P12)Si alguna vez te han pegado en el colegio, o te han robado o te han insultado, ¿Se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una respuesta) * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR13 P12)Si alguna vez te han pegado en el colegio, o te han robado o te han insultado, ¿Se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una respuesta)	2 No	Recuento	5	0	11	0	16
		% del total	7,4%	,0%	16,2%	,0%	23,5%
	3 Sí, a mi padre o a mi madre	Recuento	10	1	6	0	17
		% del total	14,7%	1,5%	8,8%	,0%	25,0%
	4 Sí, a mi padre o a mi madre y a mi profesor/a	Recuento	6	3	10	1	20
		% del total	8,8%	4,4%	14,7%	1,5%	29,4%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre y a mi psicólogo/a o psiquiatra	Recuento	0	0	1	0	1
		% del total	,0%	,0%	1,5%	,0%	1,5%
	6 Sí, a mi padre o a mi madre, a mi profesor/a y a mi psicólogo/a o psiquiatra	Recuento	0	0	1	1	2
		% del total	,0%	,0%	1,5%	1,5%	2,9%
	7 Sí, a mi padre o a mi madre, a mi profesor/a y a un amigo/a	Recuento	1	0	2	0	3
		% del total	1,5%	,0%	2,9%	,0%	4,4%
	8 Sí, a mi padre o a mi madre, a mi profesor/a, a un amigo/a y a mi psicólogo/a o psiquiatra	Recuento	1	2	0	0	3
		% del total	1,5%	2,9%	,0%	,0%	4,4%
	9 Sí, a mi profesor/a	Recuento	2	0	3	0	5
		% del total	2,9%	,0%	4,4%	,0%	7,4%
	10 Sí, a un amigo/a	Recuento	0	0	1	0	1
		% del total	,0%	,0%	1,5%	,0%	1,5%
Total		Recuento	25	6	35	2	68
		% del total	36,8%	8,8%	51,5%	2,9%	100,0%

Tabla de contingencia VR14 P13) En caso de que no se lo hayas contado a nadie ¿Por qué no se lo contaste? * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR14 P13) En caso de que no se lo hayas contado a nadie ¿Por qué no se lo contaste?	2 Por miedo	Recuento	5	2	3	10
		% del total	18,5%	7,4%	11,1%	37,0%
	3 Por vergüenza	Recuento	3	0	3	6
		% del total	11,1%	,0%	11,1%	22,2%
	4 Porque no sabía como explicarlo	Recuento	1	0	10	11
		% del total	3,7%	,0%	37,0%	40,7%
Total		Recuento	9	2	16	27
		% del total	33,3%	7,4%	59,3%	100,0%

Tabla de contingencia VR15 P14) ¿Trabajas actualmente o has trabajado alguna vez? * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR15 P14) ¿Trabajas actualmente o has trabajado alguna vez?	2 NO	Recuento	12	5	23	2	42
		% del total	16,7%	6,9%	31,9%	2,8%	58,3%
	3 SI	Recuento	14	1	15	0	30
		% del total	19,4%	1,4%	20,8%	,0%	41,7%
Total		Recuento	26	6	38	2	72
		% del total	36,1%	8,3%	52,8%	2,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR16 P15) ¿Se han reído de ti o te han insultado en el trabajo? * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR16 P15) ¿Se han reído de ti o te han insultado en el trabajo?	2 NO	Recuento	17	1	17	35
		% del total	34,0%	2,0%	34,0%	70,0%
	3 SI	Recuento	5	1	9	15
		% del total	10,0%	2,0%	18,0%	30,0%
Total		Recuento	22	2	26	50
		% del total	44,0%	4,0%	52,0%	100,0%

Tabla de contingencia VR17 P16)¿Tú te has reído de alguien o le has insultado en el trabajo? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	
VR17 P16)¿Tú te has reído de alguien o le has insultado en el trabajo?	2 NO	Recuento	21	3	23	47
		% del total	42,9%	6,1%	46,9%	95,9%
	3 SI	Recuento	0	0	2	2
		% del total	,0%	,0%	4,1%	4,1%
Total		Recuento	21	3	25	49
		% del total	42,9%	6,1%	51,0%	100,0%

Tabla de contingencia VR18 P17)¿Te han pegado alguna vez o te pegan en el trabajo? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	
VR18 P17)¿Te han pegado alguna vez o te pegan en el trabajo?	2 NO	Recuento	22	3	22	47
		% del total	46,8%	6,4%	46,8%	100,0%
Total		Recuento	22	3	22	47
		% del total	46,8%	6,4%	46,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR20 P19)¿Alguna vez te han robado en el trabajo? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	
VR20 P19)¿Alguna vez te han robado en el trabajo?	2 NO	Recuento	20	2	23	45
		% del total	40,8%	4,1%	46,9%	91,8%
	3 SI	Recuento	1	0	3	4
		% del total	2,0%	,0%	6,1%	8,2%
Total		Recuento	21	2	26	49
		% del total	42,9%	4,1%	53,1%	100,0%

Tabla de contingencia VR22 P21) Si alguien te ha robado, pegado o insultado en el trabajo, ¿se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una) * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR22 P21) Si alguien te ha robado, pegado o insultado en el trabajo, ¿se lo has contado a alguien para que te ayude? (puedes marcar más de una)	2 No	Recuento % del total	13 43,3%	0 ,0%	10 33,3%	23 76,7%
	4 Sí, a mi jefe o superior en el trabajo	Recuento % del total	0 ,0%	0 ,0%	2 6,7%	2 6,7%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre	Recuento % del total	2 6,7%	0 ,0%	2 6,7%	4 13,3%
	6 Sí, a mi padre o a mi madre y a mi psicólogo/a o psiquiatra	Recuento % del total	0 ,0%	1 3,3%	0 ,0%	1 3,3%
Total		Recuento % del total	15 50,0%	1 3,3%	14 46,7%	30 100,0%

Tabla de contingencia VR23 P22) En caso de no haber contado tus problemas en el trabajo ¿Por qué no se lo contaste? * VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5) Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR23 P22) En caso de no haber contado tus problemas en el trabajo ¿Por qué no se lo contaste?	2 No era importante	Recuento % del total	1 6,3%	0 ,0%	1 6,3%	2 12,5%
	3 Otra opción (especificar):	Recuento % del total	1 6,3%	0 ,0%	0 ,0%	1 6,3%
	4 Por miedo	Recuento % del total	0 ,0%	0 ,0%	2 12,5%	2 12,5%
	5 Por vergüenza	Recuento % del total	2 12,5%	1 6,3%	2 12,5%	5 31,3%
	6 Porque no sabía como explicarlo	Recuento % del total	3 18,8%	0 ,0%	3 18,8%	6 37,5%
Total		Recuento % del total	7 43,8%	1 6,3%	8 50,0%	16 100,0%

Tabla de contingencia VR24 P23)¿Alguna vez has tenido pareja (novio o novia)? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR24 P23)¿Alguna vez has tenido pareja (novio o novia)?	2 NO	Recuento	14	5	25	2	46
		% del total	20,0%	7,1%	35,7%	2,9%	65,7%
	3 SI	Recuento	12	1	11	0	24
		% del total	17,1%	1,4%	15,7%	,0%	34,3%
Total		Recuento	26	6	36	2	70
		% del total	37,1%	8,6%	51,4%	2,9%	100,0%

Tabla de contingencia VR25 P24)¿Alguna de tus parejas se ha reído de ti o te ha insultado alguna vez? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR25 P24)¿Alguna de tus parejas se ha reído de ti o te ha insultado alguna vez?	2 NO	Recuento	17	3	16	36
		% del total	35,4%	6,3%	33,3%	75,0%
	3 SI	Recuento	6	0	6	12
		% del total	12,5%	,0%	12,5%	25,0%
Total		Recuento	23	3	22	48
		% del total	47,9%	6,3%	45,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR26 P25)¿Tú te has reído de tu pareja alguna vez o la has insultado? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR26 P25)¿Tú te has reído de tu pareja alguna vez o la has insultado?	2 NO	Recuento	20	3	19	42
		% del total	41,7%	6,3%	39,6%	87,5%
	3 SI	Recuento	3	0	3	6
		% del total	6,3%	,0%	6,3%	12,5%
Total		Recuento	23	3	22	48
		% del total	47,9%	6,3%	45,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR27 P26)¿Alguna de tus parejas te ha empujado o pegado alguna vez? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	
VR27 P26)¿Alguna de tus parejas te ha empujado o pegado alguna vez?	2 NO	Recuento	19	3	21	43
		% del total	39,6%	6,3%	43,8%	89,6%
	3 SI	Recuento	4	0	1	5
		% del total	8,3%	,0%	2,1%	10,4%
Total		Recuento	23	3	22	48
		% del total	47,9%	6,3%	45,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR28 P27)¿Has pegado o empujado a alguna de tus parejas? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	
VR28 P27)¿Has pegado o empujado a alguna de tus parejas?	2 NO	Recuento	22	3	22	47
		% del total	45,8%	6,3%	45,8%	97,9%
	3 SI	Recuento	1	0	0	1
		% del total	2,1%	,0%	,0%	2,1%
Total		Recuento	23	3	22	48
		% del total	47,9%	6,3%	45,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR29 P28)¿Alguna de tus parejas te ha forzado a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando tú no querías? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	
VR29 P28)¿Alguna de tus parejas te ha forzado a tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) cuando tú no querías?	2 NO	Recuento	21	3	21	45
		% del total	44,7%	6,4%	44,7%	95,7%
	3 SI	Recuento	1	0	1	2
		% del total	2,1%	,0%	2,1%	4,3%
Total		Recuento	22	3	22	47
		% del total	46,8%	6,4%	46,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR31 P30)¿Si has tenido algún problema importante en tu relación de pareja (relaciones sexuales que no querías, que te pegue...), se lo has contado a alguien para que te ayude? * VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR31 P30)¿Si has tenido algún problema importante en tu relación de pareja (relaciones sexuales que no querías, que te pegue...), se lo has contado a alguien para que te ayude?	2 No	Recuento	6	1	15	22
		% del total	22,2%	3,7%	55,6%	81,5%
	4 Sí, a la policía	Recuento	1	0	0	1
		% del total	3,7%	,0%	,0%	3,7%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre	Recuento	2	0	0	2
		% del total	7,4%	,0%	,0%	7,4%
	6 Sí, a mis amigos íntimos	Recuento	2	0	0	2
		% del total	7,4%	,0%	,0%	7,4%
Total		Recuento	11	1	15	27
		% del total	40,7%	3,7%	55,6%	100,0%

Tabla de contingencia VR32 P31)¿Por qué no lo contaste? * VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?			Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	
VR32 P31)¿Por qué no lo contaste?	2 Otra opción (especificar):	Recuento	1	0	0	1
		% del total	5,9%	,0%	,0%	5,9%
	4 Por vergüenza	Recuento	2	1	4	7
	% del total	11,8%	5,9%	23,5%	41,2%	
	5 Porque no sabía como explicarlo	Recuento	3	0	6	9
		% del total	17,6%	,0%	35,3%	52,9%
Total		Recuento	6	1	10	17
		% del total	35,3%	5,9%	58,8%	100,0%

Tabla de contingencia VR33 P32)¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras? * VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR33 P32)¿Alguien que no sea tu pareja ha intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo sin que tú quisieras?	2 No, nunca	Recuento % del total	15 27,3%	3 5,5%	17 30,9%	1 1,8%	36 65,5%
	3 Sí, cuando era muy pequeño/a	Recuento % del total	5 9,1%	0 ,0%	10 18,2%	0 ,0%	15 27,3%
	4 Sí, cuando ya era más mayor	Recuento % del total	2 3,6%	0 ,0%	2 3,6%	0 ,0%	4 7,3%
Total		Recuento % del total	22 40,0%	3 5,5%	29 52,7%	1 1,8%	55 100,0%

Tabla de contingencia VR34 P33)¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera? * VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR34 P33)¿Alguna vez has intentado tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) con alguien que no fuera tu pareja sin que esa persona quisiera?	2 No, nunca	Recuento % del total	22 39,3%	3 5,4%	30 53,6%	1 1,8%	56 100,0%
	Total		Recuento % del total	22 39,3%	3 5,4%	30 53,6%	1 1,8%

Tabla de contingencia VR35 P34)¿Alguien te ha hecho daño para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo? * VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que están diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algún tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Síndrome de Asperger	6 TGD	
VR35 P34)¿Alguien te ha hecho daño para tener relaciones sexuales (tocamientos, sexo oral o penetración) contigo?	2 NO	Recuento % del total	15 25,9%	2 3,4%	28 48,3%	1 1,7%	46 79,3%
	3 SI	Recuento % del total	7 12,1%	0 ,0%	5 8,6%	0 ,0%	12 20,7%
Total		Recuento % del total	22 37,9%	2 3,4%	33 56,9%	1 1,7%	58 100,0%

Tabla de contingencia VR37 P36)¿Si alguien te ha hecho daño sexualmente (tocamientos, sexo oral o penetración), se lo has contado a alguien para que te ayude? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?		Total
			2 Creo que no	5 Sindrome de Asperger	
VR37 P36)¿Si alguien te ha hecho daño sexualmente (tocamientos, sexo oral o penetración), se lo has contado a alguien para que te ayude?	2 No	Recuento	6	13	19
		% del total	23,1%	50,0%	73,1%
	4 Sí, a la policía	Recuento	0	1	1
		% del total	,0%	3,8%	3,8%
	5 Sí, a mi padre o a mi madre	Recuento	2	2	4
	% del total	7,7%	7,7%	15,4%	
	6 Sí, a mis amigos íntimos	Recuento	2	0	2
	% del total	7,7%	,0%	7,7%	
Total		Recuento	10	16	26
		% del total	38,5%	61,5%	100,0%

Tabla de contingencia VR38 P37)¿Por qué no se lo contaste? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?		Total
			2 Creo que no	5 Sindrome de Asperger	
VR38 P37)¿Por qué no se lo contaste?	2 Por vergüenza	Recuento	3	1	4
		% del total	30,0%	10,0%	40,0%
	3 Porque no sabía como explicarlo	Recuento	3	3	6
	% del total	30,0%	30,0%	60,0%	
Total		Recuento	6	4	10
		% del total	60,0%	40,0%	100,0%

Tabla de contingencia VR39 P38)¿Alguna vez has tenido que ir a hablar con la policía? * VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

			VR6 P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?				Total
			2 Creo que no	3 Creo que sí, pero no sé como se llama	5 Sindrome de Asperger	6 TGD	
VR39 P38)¿Alguna vez has tenido que ir a hablar con la policía?	2 No, nunca	Recuento	16	3	20	2	41
		% del total	23,9%	4,5%	29,9%	3,0%	61,2%
	3 Sí, fui a hablar con ellos por algo que vi	Recuento	0	0	2	0	2
		% del total	,0%	,0%	3,0%	,0%	3,0%
	4 Sí, por algo que yo hice	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	,0%	,0%	1,5%	,0%	1,5%	
	5 Sí, por una cosa que me había pasado	Recuento	8	2	13	0	23
	% del total	11,9%	3,0%	19,4%	,0%	34,3%	
Total		Recuento	24	5	36	2	67
		% del total	35,8%	7,5%	53,7%	3,0%	100,0%

Agrupación de Variable Insight

VR62k P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Bajo insight (respuestas 2 creo que no... y 3 creo que si pero...)	34	37,0	45,3	45,3
	2 Alto insight (respuestas 5 Asperger y 6 tgd)	41	44,6	54,7	100,0
	Total	75	81,5	100,0	
Perdidos	Sistema	17	18,5		
Total		92	100,0		

VR2 P1) Identifica tu sexo * VR62k P5)Sabes que existen personas que estan diagnosticadas por algún trastorno como por ejemplo la dislexia, anorexia, etc. ¿Sabes si estás diagnosticado de algun tipo de trastorno?

Tabla de contingencia					
			VR62k P5)		Total
			1 Bajo insight (respuestas 2 creo que no... y 3 creo que si pero...)	2 Alto insight (respuestas 5 Asperger y 6 tgd)	
VR2 P1) Identifica tu sexo	1 Hombre	Recuento	19	37	56
		Frecuencia esperada	25,4	30,6	56,0
		% dentro de VR2 P1)	33,9%	66,1%	100,0%
		Identifica tu sexo	55,9%	90,2%	74,7%
		% dentro de VR62k P5)	25,3%	49,3%	74,7%
	2 Mujer	Recuento	15	4	19
		Frecuencia esperada	8,6	10,4	19,0
		% dentro de VR2 P1)	78,9%	21,1%	100,0%
		Identifica tu sexo	44,1%	9,8%	25,3%
		% dentro de VR62k P5)	20,0%	5,3%	25,3%
Total	Recuento	34	41	75	
	Frecuencia esperada	34,0	41,0	75,0	
	% dentro de VR2 P1)	45,3%	54,7%	100,0%	
	Identifica tu sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% dentro de VR62k P5)	45,3%	54,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,602 ^a	1	,001		
Corrección por continuidad ^b	9,856	1	,002		
Razón de verosimilitudes	12,018	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,447	1	,001		
N de casos válidos	75				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,61.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal Coeficiente de por nominal contingencia	,366	,001
N de casos válidos	75	

ANEXO VII - RESULTADOS ENCUESTAS FAMILIARES DE AFECTADOS POR SA

P1 ¿Qué relación le une con su familiar (diagnosticado de TEA)?

		Recuento	% del N de la tabla
V2 1) ¿Qué relación le une con su familiar (diagnosticado de TEA)?	Abuelo/a	1	,3%
	Hija	3	,9%
	Hijo	32	10,1%
	Madre	200	63,1%
	Padre	79	24,9%
	Pareja	1	,3%
	Tio/a	1	,3%

P2 Sexo de su familiar diagnosticado de TEA

		Recuento	% del N de la tabla
V3 2) Sexo de su familiar diagnosticado de TEA	Hombre	261	82,1%
	Mujer	57	17,9%
	Total	318	100,0%

P3 ¿Qué edad tiene?

		Recuento	% del N de la tabla
V4 3) ¿Qué edad tiene?	0-5	1	,3%
	10-15	116	36,7%
	15-18	41	13,0%
	18-25	52	16,5%
	25-30	11	3,5%
	30-35	3	,9%
	35-40	6	1,9%
	40-45	4	1,3%
	45-50	4	1,3%
	5-10	74	23,4%
	55-60	3	,9%
	65-70	1	,3%
	Total	316	100,0%

P4 Ciudad de residencia

		Recuento	% del N de la tabla
V5 4) Ciudad	A Coruña	14	4,4%
	Badajoz	1	,3%
	Barcelona	8	2,5%
	Bilbao	1	,3%
	Cádiz	2	,6%
	Girona	15	4,7%
	Granada	9	2,8%
	Huelva	10	3,2%
	Huesca	4	1,3%
	Jaén	7	2,2%
	Las Palmas de GC	11	3,5%
	León	4	1,3%
	Lugo	4	1,3%
	Madrid	37	11,7%
	Málaga	2	,6%
	Murcia	11	3,5%

P4 continuación, ciudad de residencia		Recuento	% del N de la tabla
	Oviedo	57	18,0%
	Palma de Mallorca	1	,3%
	Pamplona	10	3,2%
	Pontevedra	6	1,9%
	San Sebastián	1	,3%
	Sevilla	46	14,5%
	Valencia	39	12,3%
	Valladolid	1	,3%
	Zaragoza	16	5,0%
	Total	317	100,0%

P5 ¿Con quién convive actualmente su familiar (diagnosticado de TEA)?

		Recuento	% del N de la tabla
V6 5) ¿Con quién convive actualmente su familiar (diagnosticado de TEA)?	Centro	2	,6%
	Hijos/as	1	,3%
	Madre Separada / Divorciada	42	13,4%
	Madre Separada / Divorciada y Hermanos/as	20	6,4%
	Madre Viuda	1	,3%
	Padre Separado / Divorciado	4	1,3%
	Padre y Madre	148	47,1%
	Padre, Madre y Hermanos/as	90	28,7%
	Padres separados, custodia alterna	3	1,0%
	Pareja	1	,3%
	Pareja e Hijos/as	1	,3%
	Solo	1	,3%
	Total	314	100,0%

P6 ¿Tiene otorgado un porcentaje de minusvalía en relación a este diagnóstico?

		Recuento	% del N de la tabla
V7 6) ¿Tiene otorgado un porcentaje de minusvalía en relación a este diagnóstico?	No	60	19,0%
	Sí, entre el 15 y el 25%	4	1,3%
	Sí, entre el 25 y el 33%	69	21,8%
	Sí, entre el 33 y el 50%	157	49,7%
	Sí, entre el 50 y el 66%	21	6,6%
	Sí, más del 66%	3	,9%
	Si, menos del 15%	2	,6%
	Total	316	100,0%

P7 Indique el grado de capacitación de su familiar en relación a la justicia

		Recuento	% del N de la tabla
V8 7) Indique el grado de capacitación de su familiar en relación a la justicia	En proceso de incapacidad	1	,3%
	Es mayor de edad pero no está incapacitado	76	24,3%
	Es menor de edad	229	73,2%
	Está incapacitado parcialmente	4	1,3%
	Está incapacitado totalmente	3	1,0%
	Total	313	100,0%

P8 Dentro de los trastornos del espectro autista, ¿Cual es el diagnóstico actual de su familiar ...

		Recuento	% del N de la tabla
V9 8) Dentro de los trastornos del espectro autista, ¿Cual es el diagnóstico actual de su familiar sobre el que realizamos la encuesta? (Puede marcar más de una opción)	Síndrome de Asperger	238	83,5%
	Síndrome de Asperger e X-fragil	1	,4%
	Síndrome de Asperger y TC/TP	3	1,1%
	Síndrome de Asperger y TDAH	1	,4%
	Síndrome de Asperger y TGD	16	5,6%
	Trastorno Autista (tipo Kanner)	5	1,8%
	Trastorno del aprendizaje no verbal	1	,4%
	Trastorno Generalizado del Desarrollo	20	7,0%
	Total	285	100,0%

P9 En caso de que su familiar presente otro Diagnóstico además del anterior, ¿Podría especificar cual? (Puede marcar más de una opción)

		Recuento	% del N de la tabla
PgV10 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	NS/NC	259	79,9%
	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	65	20,1%
PgV11 Retraso Mental	NS/NC	324	100,0%
PgV12 Tartamudeo	NS/NC	320	98,8%
	Tartamudeo	4	1,2%
PgV13 Trastorno de la Comunicación	NS/NC	317	97,8%
	Trastorno de la Comunicación	7	2,2%
PgV14 Trastorno Disocial / Antisocial	NS/NC	320	98,8%
	Trastorno Disocial / Antisocial	4	1,2%
PgV15 Trastorno Negativista Desafiante	NS/NC	315	97,2%
	Trastorno Negativista Desafiante	9	2,8%
PgV16 Trastorno Obsesivo - Compulsivo	NS/NC	307	94,8%
	Trastorno Obsesivo - Compulsivo	17	5,2%
PgV17 Trastorno de la esfera ansiosa	NS/NC	315	97,2%
	Trastorno de la esfera ansiosa	9	2,8%
PgV18 Trastorno de la esfera depresiva	NS/NC	319	98,5%
	Trastorno de la esfera depresiva	5	1,5%
PgV19 Trastorno de la Personalidad	NS/NC	319	98,5%
	Trastorno de la Personalidad	5	1,5%
PgV20 Síndrome de Tourette / Tics	NS/NC	320	98,8%
	Síndrome de Tourette / Tics	4	1,2%

Frecuencias				
		Respuestas		% de casos
		Nº	%	
Frec	RV10 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	65	50,4%	71,4%
	RV12 Tartamudeo	4	3,1%	4,4%
	RV13 Trastorno de la Comunicación	7	5,4%	7,7%
	RV14 Trastorno Disocial / Antisocial	4	3,1%	4,4%
	RV15 Trastorno Negativista Desafiante	9	7,0%	9,9%
	RV16 Trastorno Obsesivo - Compulsivo	17	13,2%	18,7%
	RV17 Trastorno de la esfera ansiosa	9	7,0%	9,9%
	RV18 Trastorno de la esfera depresiva	5	3,9%	5,5%
	RV19 Trastorno de la Personalidad	5	3,9%	5,5%
	RV20 Síndrome de Tourette / Tics	4	3,1%	4,4%
Total		129	100,0%	141,8%

P10 ¿Este diagnóstico por quién ha sido realizado?

		Recuento	% del N de la tabla
V21 10) ¿Este diagnóstico por quién ha sido realizado?	Centro de Salud Privado	21	7,6%
	Centro de Salud Público de Referencia	44	15,9%
	Centro Psicológico Privado	18	6,5%
	Centro Psiquiátrico Privado	3	1,1%
	Escuela	14	5,1%
	Federación o Asociación Especializada	74	26,7%
	Hospital Privado	6	2,2%
	Hospital Público de Referencia	97	35,0%
	Total	277	100,0%

P11 ¿A qué edad fue diagnosticado por primera vez?

		Recuento	% del N de la tabla
V22 11) ¿A qué edad fue diagnosticado por primera vez?	0-5	84	29,9%
	5-10	118	42,0%
	10-15	48	17,1%
	15-20	16	5,7%
	20-25	5	1,8%
	25-30	6	2,1%
	30-35	2	,7%
	35-40	2	,7%
	Total	281	100,0%

P12 ¿Cuál es el diagnóstico inicial que se le realizó?

	Recuen- to	% del N de la tabla
V23 12) ¿Cuál es el diagnóstico inicial que se le realizó?	134	49,6%
SA		
SA y TDAH	9	3,3%
SA y TEA	1	,4%
SA y TGD	4	1,5%
SA y TOC	3	1,1%
SA y Trastorno de la Comunicación	1	,4%
SA, TA y TDAH	1	,4%
SA, TDAH y TEA	1	,4%
SA, TDAH y TOC	1	,4%
SA, TDAH, TGD y TOC	1	,4%
SA, TDI y Trastorno Disocial/Antisocial	1	,4%
SA, TEA y TGD	1	,4%
TA	8	3,0%
TA y TDAH	1	,4%
TA y TEA	1	,4%
TA y TGD	1	,4%
TA y Trastorno de la Comunicación	1	,4%
TA, TDAH y TGD	1	,4%
TDAH	24	8,9%
TDAH y TGD	5	1,9%
TDAH y TND	2	,7%
TDAH y Trastorno de la Comunicación	3	1,1%
TDAH y Trastorno del Aprendizaje	1	,4%
TDAH y Trastorno Disocial / Antisocial	1	,4%
TDAH, TGD y RM	1	,4%
TDAH, TGD y TND	1	,4%
TDAH, TGD y Trastorno de la Comunicación	1	,4%
TDAH, TOC y RM	1	,4%
TDAH, Trastorno de la Comunicación y Trastorno Disocial / Antisocial	1	,4%
TEA	18	6,7%
TEA y TDAH	1	,4%
TEA y TGD	3	1,1%
TEA y Trastorno de la Comunicación	1	,4%
TGD	31	11,5%
TGD y RM	1	,4%
TGD y TOC	1	,4%
Trastorno de la Comunicación	1	,4%
Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Disocial / Antisocial	1	,4%
Total	270	100,0%

P14 Indique los síntomas (comportamientos, conductas, pensamientos) que observa en su familiar y su grado de severidad

		Recuento	% del N de la tabla
V25 Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	0 No lo presenta	11	3,4%
	1 Leve	169	52,5%
	2 Grave	103	32,0%
	NS/NC	39	12,1%
V26 Cambios de humor bruscos	0 No lo presenta	72	22,4%
	1 Leve	155	48,1%
	2 Grave	53	16,5%
	NS/NC	42	13,0%
V27 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	0 No lo presenta	16	5,0%
	1 Leve	145	44,9%
	2 Grave	122	37,8%
	NS/NC	40	12,4%
V28 Hiperactividad o Inquietud Motriz	0 No lo presenta	110	34,5%
	1 Leve	126	39,5%
	2 Grave	39	12,2%
	NS/NC	44	13,8%
V29 Falta de atención sostenida	0 No lo presenta	54	17,0%
	1 Leve	140	44,2%
	2 Grave	82	25,9%
	NS/NC	41	12,9%
V30 Tartamudeo	0 No lo presenta	225	69,7%
	1 Leve	44	13,6%
	2 Grave	7	2,2%
	NS/NC	47	14,6%
V31 Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	0 No lo presenta	100	31,0%
	1 Leve	99	30,7%
	2 Grave	79	24,5%
	NS/NC	45	13,9%
V32 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	0 No lo presenta	52	16,1%
	1 Leve	118	36,6%
	2 Grave	107	33,2%
	NS/NC	45	14,0%
V33 Uso de expresiones verbales (Como refranes) fuera de contexto	0 No lo presenta	116	36,5%
	1 Leve	113	35,5%
	2 Grave	45	14,2%
	NS/NC	44	13,8%
V34 Lenguaje extraño o extravagante (estilo robótico)	0 No lo presenta	142	44,2%
	1 Leve	105	32,7%
	2 Grave	28	8,7%
	NS/NC	46	14,3%
V35 Ecolalias (repetir palabras que han dicho otros)	0 No lo presenta	148	46,5%
	1 Leve	90	28,3%
	2 Grave	36	11,3%
	NS/NC	44	13,8%
V36 Problemas en el control del Impulso (Comida)	0 No lo presenta	133	41,7%
	1 Leve	88	27,6%
	2 Grave	55	17,2%
	NS/NC	43	13,5%
V37 Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	0 No lo presenta	241	75,8%
	1 Leve	25	7,9%
	2 Grave	7	2,2%
	NS/NC	45	14,2%

(cont.)		Recuento	% del N tabla
V38 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	0 No lo presenta	198	63,1%
	1 Leve	48	15,3%
	2 Grave	24	7,6%
	NS/NC	44	14,0%
V39 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	0 No lo presenta	226	74,6%
	1 Leve	23	7,6%
	2 Grave	11	3,6%
	NS/NC	43	14,2%
V40 Problemas en el control del Impulso (Juego)	0 No lo presenta	177	56,4%
	1 Leve	49	15,6%
	2 Grave	42	13,4%
	NS/NC	46	14,6%
V41 Irritabilidad	0 No lo presenta	78	24,1%
	1 Leve	154	47,7%
	2 Grave	50	15,5%
	NS/NC	41	12,7%
V42 Agresividad Verbal	0 No lo presenta	148	45,8%
	1 Leve	108	33,4%
	2 Grave	28	8,7%
	NS/NC	39	12,1%
V43 Agresividad Física	0 No lo presenta	200	61,7%
	1 Leve	76	23,5%
	2 Grave	5	1,5%
	NS/NC	43	13,3%
V44 Tendencia al Aislamiento	0 No lo presenta	45	14,0%
	1 Leve	143	44,4%
	2 Grave	90	28,0%
	NS/NC	44	13,7%
V45 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	0 No lo presenta	13	4,0%
	1 Leve	127	39,3%
	2 Grave	143	44,3%
	NS/NC	40	12,4%
V46 Falta de empatía	0 No lo presenta	29	9,0%
	1 Leve	151	46,7%
	2 Grave	101	31,3%
	NS/NC	42	13,0%
V47 Poco contacto visual	0 No lo presenta	54	16,7%
	1 Leve	184	57,0%
	2 Grave	43	13,3%
	NS/NC	42	13,0%
V48 Balanceo	0 No lo presenta	170	52,6%
	1 Leve	84	26,0%
	2 Grave	22	6,8%
	NS/NC	47	14,6%
V49 Dificultades psicomotrices	0 No lo presenta	68	21,1%
	1 Leve	167	51,9%
	2 Grave	39	12,1%
	NS/NC	48	14,9%
V50 Dificultades visoespaciales (desorientación, no comprender ubicación espacial)	0 No lo presenta	174	54,7%
	1 Leve	75	23,6%
	2 Grave	23	7,2%
	NS/NC	46	14,5%
V51 Tics motores	0 No lo presenta	140	43,6%
	1 Leve	108	33,6%
	2 Grave	33	10,3%
	NS/NC	40	12,5%

(cont.)		Recuento	% del N de la tabla
V52 Tics verbales	o No lo presenta	198	61,5%
	1 Leve	69	21,4%
	2 Grave	10	3,1%
	NS/NC	45	14,0%
	Total	322	100,0%
V53 Consumo de Alcohol	o No lo presenta	272	84,5%
	1 Leve	3	,9%
	2 Grave	1	,3%
	NS/NC	46	14,3%
V54 Consumo de Tabaco	o No lo presenta	272	84,5%
	1 Leve	1	,3%
	2 Grave	3	,9%
	NS/NC	46	14,3%
V55 Consumo de Marihuana / Hachís	o No lo presenta	277	86,0%
	1 Leve	1	,3%
	NS/NC	44	13,7%
V56 Consumo de Cocaína / LSD	o No lo presenta	276	85,7%
	1 Leve	1	,3%
	NS/NC	45	14,0%
V57 Insomnio	o No lo presenta	189	58,3%
	1 Leve	79	24,4%
	2 Grave	12	3,7%
	NS/NC	44	13,6%
V58 Pesadillas	o No lo presenta	198	61,9%
	1 Leve	66	20,6%
	2 Grave	10	3,1%
	NS/NC	46	14,4%
V59 Miedo a los extraños	o No lo presenta	185	58,0%
	1 Leve	71	22,3%
	2 Grave	18	5,6%
	NS/NC	45	14,1%
V60 Desorientación	o No lo presenta	204	63,6%
	1 Leve	66	20,6%
	2 Grave	6	1,9%
	NS/NC	45	14,0%
V61 Miedo a los espacios abiertos	o No lo presenta	229	71,3%
	1 Leve	42	13,1%
	2 Grave	4	1,2%
	NS/NC	46	14,3%
V62 Problemas de expresión oral	o No lo presenta	142	44,0%
	1 Leve	111	34,4%
	2 Grave	24	7,4%
	NS/NC	46	14,2%
V63 Problemas de comprensión del lenguaje	o No lo presenta	104	32,2%
	1 Leve	141	43,7%
	2 Grave	35	10,8%
	NS/NC	43	13,3%
V64 Establecimiento de rutinas rígidas	o No lo presenta	49	15,2%
	1 Leve	168	52,2%
	2 Grave	64	19,9%
	NS/NC	41	12,7%
V65 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	o No lo presenta	99	30,7%
	1 Leve	129	40,1%
	2 Grave	52	16,1%
	NS/NC	42	13,0%

(cont.)		Recuento	% del N de la tabla
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	0 No lo presenta	235	73,0%
	1 Leve	37	11,5%
	2 Grave	4	1,2%
	NS/NC	46	14,3%
V67 Muestra crueldad con animales	0 No lo presenta	269	83,5%
	1 Leve	8	2,5%
	2 Grave	2	,6%
	NS/NC	43	13,4%
V68 Muestra crueldad con otras personas	0 No lo presenta	253	78,1%
	1 Leve	24	7,4%
	2 Grave	3	,9%
	NS/NC	44	13,6%
V69 Ha robado objetos	0 No lo presenta	260	80,5%
	1 Leve	18	5,6%
	NS/NC	45	13,9%
V70 Ha creado Incendios	0 No lo presenta	271	84,2%
	1 Leve	6	1,9%
	NS/NC	45	14,0%
V71 Tendencia a la mentira	0 No lo presenta	195	60,2%
	1 Leve	73	22,5%
	2 Grave	14	4,3%
	NS/NC	42	13,0%
V72 Fugas de casa	0 No lo presenta	263	81,2%
	1 Leve	13	4,0%
	NS/NC	48	14,8%
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	0 No lo presenta	267	82,7%
	1 Leve	11	3,4%
	NS/NC	45	13,9%
V74 Enuresis (se orina de forma involuntaria)	0 No lo presenta	264	81,5%
	1 Leve	14	4,3%
	2 Grave	2	,6%
	NS/NC	44	13,6%
V75 Encopresis (defeca de forma involuntaria)	0 No lo presenta	270	83,3%
	1 Leve	8	2,5%
	2 Grave	1	,3%
	NS/NC	45	13,9%
V76 Nerviosismo / Ansiedad	0 No lo presenta	53	16,4%
	1 Leve	157	48,6%
	2 Grave	69	21,4%
	NS/NC	44	13,6%
V77 Tristeza / Depresión	0 No lo presenta	143	44,5%
	1 Leve	114	35,5%
	2 Grave	19	5,9%
	NS/NC	45	14,0%
V78 Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	0 No lo presenta	205	63,5%
	1 Leve	60	18,6%
	2 Grave	13	4,0%
	NS/NC	45	13,9%
V79 Autoagresiones	0 No lo presenta	224	69,3%
	1 Leve	46	14,2%
	2 Grave	10	3,1%
	NS/NC	43	13,3%

(cont.)		Recuento	% del N de la tabla
V8o Intento de suicidio	o No lo presenta	264	82,5%
	1 Leve	8	2,5%
	2 Grave	2	,6%
	NS/NC	46	14,4%

P15 Sobre su relación o interacción social con otros... (puede marcar más de una opción si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RV81 No muestra interacción de ningún tipo	1 No muestra interacción de ningún tipo	8	2,5%
	2 NS/NC	316	97,5%
RV82 Utiliza sistemas de comunicación alternativos (PECS, Lengua de signos, etc.)	1 Utiliza sistemas de comunicación alternativos (PECS, Lengua de signos, etc.)	4	1,2%
	2 NS/NC	320	98,8%
RV83 Muestra interacción visual pero no se comunica verbalmente	1 Muestra interacción visual pero no se comunica verbalmente	7	2,2%
	2 NS/NC	317	97,8%
RV84 Interactúa social y verbalmente pero le cuesta interpretar los mensajes de otros	1 Interactúa social y verbalmente pero le cuesta interpretar los mensajes de otros	154	47,5%
	2 NS/NC	170	52,5%
RV85 Interactúa social y verbalmente pero no entiende los dobles sentidos del lenguaje (refranes, cinismo, etc.)	1 Interactúa social y verbalmente pero no entiende los dobles sentidos del lenguaje (refranes, cinismo, etc.)	202	62,3%
	2 NS/NC	122	37,7%
RV86 Interactúa social y verbalmente sin dificultad PERO solo si el entorno es conocido	1 Interactúa social y verbalmente sin dificultad PERO solo si el entorno es conocido	120	37,0%
	2 NS/NC	204	63,0%
RV87 Interactúa social y verbalmente sin dificultad	1 Interactúa social y verbalmente sin dificultad	26	8,0%
	2 NS/NC	298	92,0%
RV88 Muestra un interés escaso por hacer amigos o relacionarse con otros	1 Muestra un interés escaso por hacer amigos o relacionarse con otros	108	33,3%
	2 NS/NC	216	66,7%

Frecuencias				
		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Frecuencias	RV81 No muestra interacción de ningún tipo	8	1,3%	2,8%
	RV82 Utiliza sistemas de comunicación alternativos (PECS, Lengua de signos, etc.)	4	,6%	1,4%
	RV83 Muestra interacción visual pero no se comunica verbalmente	7	1,1%	2,5%
	RV84 Interactúa social y verbalmente pero le cuesta interpretar los mensajes de otros	154	24,5%	54,4%
	RV85 Interactúa social y verbalmente pero no entiende los dobles sentidos del lenguaje (refranes, cinismo, etc.)	202	32,1%	71,4%
	RV86 Interactúa social y verbalmente sin dificultad PERO solo si el entorno es conocido	120	19,1%	42,4%
	RV87 Interactúa social y verbalmente sin dificultad	26	4,1%	9,2%
	RV88 Muestra un interés escaso por hacer amigos o relacionarse con otros	108	17,2%	38,2%
Total		629	100,0%	222,3%

a. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

P16 En relación al uso que hace del lenguaje.... (puede marcar más de una respuesta si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RV89 Su lenguaje es correcto a nivel verbal	1 Su lenguaje es correcto a nivel verbal	201	62,0%
	2 NS/NC	123	38,0%
RV90 Hubo un retraso en la adquisición del lenguaje	1 Hubo un retraso en la adquisición del lenguaje	93	28,7%
	2 NS/NC	231	71,3%
RV91 A veces hace comentarios fuera del hilo de la conversación sin previo aviso	1 A veces hace comentarios fuera del hilo de la conversación sin previo aviso	179	55,2%
	2 NS/NC	145	44,8%
RV92 Su lenguaje es muy literal (ausencia de lenguaje metafórico)	1 Su lenguaje es muy literal (ausencia de lenguaje metafórico)	117	36,1%
	2 NS/NC	207	63,9%
RV93 Usa un vocabulario muy rico, incluso pedante	1 Usa un vocabulario muy rico, incluso pedante	156	48,1%
	2 NS/NC	168	51,9%
RV94 Se expresa oralmente de forma extraña (carente de entonación)	1 Se expresa oralmente de forma extraña (carente de entonación)	78	24,1%
	2 NS/NC	246	75,9%
RV95 Presenta ecolalias (repite palabras dichas por otros)	1 Presenta ecolalias (repite palabras dichas por otros)	60	18,5%
	2 NS/NC	264	81,5%
RV96 Tono de voz alterado (volumen)	1 Volumen alterado	4	1,2%
	2 NS/NC	320	98,8%

Frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Frec.	RV89 Su lenguaje es correcto a nivel verbal	201	22,6%	70,8%
	RV90 Hubo un retraso en la adquisición del lenguaje	93	10,5%	32,7%
	RV91 A veces hace comentarios fuera del hilo de la conversación sin previo aviso	179	20,2%	63,0%
	RV92 Su lenguaje es muy literal (ausencia de lenguaje metafórico)	117	13,2%	41,2%
	RV93 Usa un vocabulario muy rico, incluso pedante	156	17,6%	54,9%
	RV94 Se expresa oralmente de forma extraña (carente de entonación)	78	8,8%	27,5%
	RV95 Presenta ecolalias (repite palabras dichas por otros)	60	6,8%	21,1%
	RV96 Tono de voz alterado (volumen)	4	,5%	1,4%
Total		888	100,0%	312,7%

a. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

P17 En relación al uso que hace de sus gestos y su comunicación no verbal... (puede marcar más de una respuesta si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RV97 Su lenguaje es correcto a nivel no verbal	1 Su lenguaje es correcto a nivel no verbal	69	21,3%
	2 NS/NC	255	78,7%
RV98 Sus expresiones faciales son poco variadas	1 Sus expresiones faciales son poco variadas	142	43,8%
	2 NS/NC	182	56,2%
RV99 Gesticula poco al hablar	1 Gesticula poco al hablar	88	27,2%
	2 NS/NC	236	72,8%
RV100 Su expresión facial o gestual es poco adecuada al contexto	1 Su expresión facial o gestual es poco adecuada al contexto	73	22,5%
	2 NS/NC	251	77,5%
RV101 Muestra poco contacto ocular	1 Muestra poco contacto ocular	142	43,8%
	2 NS/NC	182	56,2%
RV102 Su lenguaje corporal es extraño o inusual	1 Su lenguaje corporal es extraño o inusual	74	22,8%
	2 NS/NC	250	77,2%
RV103 Su mirada es fija o extraña	1 Su mirada es fija o extraña	38	11,7%
	2 NS/NC	286	88,3%
RV104 Tiene tendencia a tener una postura corporal inusual	1 Tiene tendencia a tener una postura corporal inusual	77	23,8%
	2 NS/NC	247	76,2%

Frecuencias				
		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Frec	RV97 Su lenguaje es correcto a nivel no verbal	69	9,8%	25,4%
	RV98 Sus expresiones faciales son poco variadas	142	20,2%	52,2%
	RV99 Gesticula poco al hablar	88	12,5%	32,4%
	RV100 Su expresión facial o gestual es poco adecuada al contexto	73	10,4%	26,8%
	RV101 Muestra poco contacto ocular	142	20,2%	52,2%
	RV102 Su lenguaje corporal es extraño o inusual	74	10,5%	27,2%
	RV103 Su mirada es fija o extraña	38	5,4%	14,0%
	RV104 Tiene tendencia a tener una postura corporal inusual	77	11,0%	28,3%
Total		703	100,0%	258,5%

P18 En relación al uso que hace de su memoria... (puede marcar más de una respuesta si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RV105 Tiene mucha memoria de acontecimientos antiguos	1 Tiene mucha memoria de acontecimientos antiguos	158	48,8%
	2 NS/NC	166	51,2%
RV106 Tiene mucha memoria de acontecimientos recientes	1 Tiene mucha memoria de acontecimientos recientes	104	32,1%
	2 NS/NC	220	67,9%
RV107 Tiene mucha memoria, pero sólo de elementos de su interés	1 Tiene mucha memoria, pero sólo de elementos de su interés	193	59,6%
	2 NS/NC	131	40,4%
RV108 Tiene mucha memoria de elementos muy específicos	1 Tiene mucha memoria de elementos muy específicos	148	45,7%
	2 NS/NC	176	54,3%
RV109 Tiene problemas de memoria y no puede recordar muchas cosas cotidianas	1 Tiene problemas de memoria y no puede recordar muchas cosas cotidianas	21	6,5%
	2 NS/NC	303	93,5%
RV110 Si le ocurre algo que le impacte, lo recuerda mucho	1 Si le ocurre algo que le impacte, lo recuerda mucho	144	44,4%
	2 NS/NC	180	55,6%

Frecuencias				
		Respuestas		% de casos
		Nº	%	
Frec	RV105 Tiene mucha memoria de acontecimientos antiguos	158	20,6%	56,4%
	RV106 Tiene mucha memoria de acontecimientos recientes	104	13,5%	37,1%
	RV107 Tiene mucha memoria, pero sólo de elementos de su interés	193	25,1%	68,9%
	RV108 Tiene mucha memoria de elementos muy específicos	148	19,3%	52,9%
	RV109 Tiene problemas de memoria y no puede recordar muchas cosas cotidianas	21	2,7%	7,5%
	RV110 Si le ocurre algo que le impacte, lo recuerda mucho	144	18,8%	51,4%
Total		768	100,0%	274,3%

P19 En relación a sus intereses... (puede marcar más de una si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RV111 Tiene alguna afición o algún interés específico que le ocupa mucho tiempo	1 Tiene alguna afición o algún interés específico que le ocupa mucho tiempo 2 NS/NC	210	64,8%
RV112 Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos	1 Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos 2 NS/NC	114	35,2%
RV113 Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crear problemas	1 Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crear problemas 2 NS/NC	143	44,1%
		181	55,9%
		53	16,4%
		271	83,6%

Frecuencias \$eee

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
\$eee ^a	RV111 Tiene alguna afición o algún interés específico que le ocupa mucho tiempo	210	51,7%	79,8%
	RV112 Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos	143	35,2%	54,4%
	RV113 Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crear problemas	53	13,1%	20,2%
Total		406	100,0%	154,4%

P19B ¿Si tiene uno o más intereses específicos a los que dedique mucho tiempo, podría indicarnos en qué se centran?

		Recuento	% del N de la tabla
V114 ¿Si tiene uno o más intereses específicos a los que dedique mucho tiempo, podría indicarnos en qué se centran?	Animales y Naturaleza	5	4,0%
	Arte	7	5,6%
	Automovilismo	3	2,4%
	Ciencia	1	,8%
	Cine	4	3,2%
	Cómic y Dinosaurios	4	3,2%
	Comics	6	4,8%
	Construcciones	12	9,5%
	Deportes	2	1,6%
	Famosos en general o particular	5	4,0%
	Fútbol	1	,8%
	Geografía	2	1,6%
	Idiomas	4	3,2%
	Informática y Nuevas Tecnologías	18	14,3%
	Logotipos	1	,8%
	Música	7	5,6%
	Naturaleza	3	2,4%
	Personas que odia	1	,8%
	Radio / TV	3	2,4%
	Todo lo que gira	3	2,4%
	Videojuegos	32	25,4%
	Videojuegos y Construcciones	1	,8%
	Videojuegos y Naturaleza	1	,8%
	Total	126	100,0%

P20 Marque el tipo de seguimiento psicológico que realiza actualmente

		Recuento	% del N de la tabla
V115 20) Marque el tipo de seguimiento psicológico que realiza actualmente	Asociación / Federación	97	33,6%
	Escuela	9	3,1%
	Ninguno	34	11,8%
	Privado	26	9,0%
	Privado y Asociación / Federación	36	12,5%
	Privado y Escuela	1	,3%
	Privado y Público	5	1,7%
	Privado, Público y Asociación / Federación	14	4,8%
	Público	11	3,8%
	Público y Asociación / Federación	55	19,0%
	Público y Escuela	1	,3%
Total	289	100,0%	

P 21 Marque el tipo de seguimiento psiquiátrico que realiza actualmente

		Recuento	% del N de la tabla
V116 21) Marque el tipo de seguimiento psiquiátrico que realiza actualmente	Asociación / Federación	15	5,6%
	Ninguno	127	47,7%
	Privado	26	9,8%
	Privado y Asociación / Federación	6	2,3%
	Privado y Público	1	,4%
	Público	79	29,7%
	Público y Asociación / Federación	12	4,5%
	Total	266	100,0%

P 22 Marque el tipo de seguimiento médico que realiza actualmente

		Recuento	% del N de la tabla
V117 22) Marque el tipo de seguimiento médico que realiza actualmente	Asociación / Federación	15	5,6%
	Ninguno	127	47,7%
	Privado	26	9,8%
	Privado y Asociación / Federación	6	2,3%
	Privado y Público	1	,4%
	Público	79	29,7%
	Público y Asociación / Federación	12	4,5%
	Total	266	100,0%

P23 ¿Su familiar diagnosticado realiza otro tipo de seguimiento de tipo alternativo?

		Recuento	% del N de la tabla
V118 23) ¿Su familiar diagnosticado realiza otro tipo de seguimiento de tipo alternativo?	Dieta Alimentaria Específica	9	3,7%
	Equinoterapia	5	2,0%
	Homeopatía / Medicina Natural	9	3,7%
	Homeopatía y Dieta Alimentaria Específica	2	,8%
	Homeopatía, Dieta Alimentaria y Terapias Energéticas	1	,4%
	No	209	85,3%
	Programas de estimulación sensorial	6	2,4%
	Terapias energéticas	4	1,6%
	Total	245	100,0%

P24 ¿Su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE NO HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente?

		Recuento	% del N de la tabla
V119 24) ¿Su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE NO HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente?	No	122	43,6%
	Si	158	56,4%
	Total	280	100,0%

P25 Al respecto de los delitos o agresiones que su familiar haya SUFRIDO y QUE NO HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces le ha ocurrido a lo largo de su trayectoria vital?

		Recuento	% del N de la tabla
V120 Acoso Escolar	0 Nunca	131	46,8%
	1	38	13,6%
	2	12	4,3%
	3 3 o más	99	35,4%
V121 Acoso Laboral	0 Nunca	276	98,6%
	1	2	,7%
	2	1	,4%
	3 3 o más	1	,4%
V122 Abuso Económico	0 Nunca	267	95,4%
	1	5	1,8%
	2	3	1,1%
	3 3 o más	5	1,8%
V123 Abuso Sexual Infantil (tocamientos, etc.)	0 Nunca	265	94,6%
	1	14	5,0%
	3 3 o más	1	,4%
V124 Agresión Sexual Infantil (violación)	0 Nunca	279	99,6%
	1	1	,4%
	3 3 o más	0	,0%
V125 Abuso Sexual Adolescente (tocamientos, etc.)	0 Nunca	274	97,9%
	1	5	1,8%
	2	1	,4%
	3 3 o más	0	,0%
V126 Agresión Sexual Adolescente (violación)	0 Nunca	279	99,6%
	1	1	,4%
	3 3 o más	0	,0%
V127 Abuso Sexual Edad Adulta (tocamientos, etc.)	0 Nunca	276	98,6%
	1	4	1,4%
	3 3 o más	0	,0%
V128 Agresión Sexual Edad Adulta (violación)	0 Nunca	279	99,6%
	1	1	,4%
	3 3 o más	0	,0%
V129 Violencia de Pareja	0 Nunca	278	99,3%
	1	1	,4%
	3 3 o más	1	,4%
V130 Lesiones o Agresiones Físicas	0 Nunca	230	82,1%
	1	20	7,1%
	2	10	3,6%
	3 3 o más	20	7,1%
V131 Robo	0 Nunca	252	90,0%
	1	11	3,9%
	2	6	2,1%
	3 3 o más	11	3,9%
V132 Intento de Homicidio / Asesinato	0 Nunca	280	100,0%
	3 3 o más	0	,0%

P26 Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio en el que su familiar diagnosticado resultó ser VÍCTIMA?

		Recuento	% del N de la tabla
V133 26) Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio en el que su familiar diagnosticado resultó ser VÍCTIMA?	Lo supimos por una tercera persona	46	29,9%
	No los comunicó sin valorar la relevancia del hecho que explicaba	42	27,3%
	Nos lo comunicó involuntariamente (aun sabiendo de la gravedad del hecho). Es decir, se le escapó.	13	8,4%
	Nos los comunicó intencionadamente	53	34,4%
	Total	154	100,0%

P28 En relación a este episodio QUE SU FAMILIAR SUFRIÓ Y NO FUE DENUNCIADO, ¿Cual fue el motivo de no cursar denuncia? (puede marcar más de una si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RV135 Porque lo desconocían al no haberlo explicado su familiar diagnosticado	1 Porque lo desconocían al no haberlo explicado su familiar diagnosticado	14	4,3%
	2 NS/NC	310	95,7%
RV136 Porque consideraron que no era grave	1 Porque consideraron que no era grave	33	10,2%
	2 NS/NC	291	89,8%
RV137 Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial	1 Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial	87	26,9%
	2 NS/NC	237	73,1%
RV138 Porque pensaron que no serviría de nada iniciar un proceso legal	1 Porque pensaron que no serviría de nada iniciar un proceso legal	20	6,2%
	2 NS/NC	304	93,8%
RV139 Por no exponer a su familiar diagnosticado a un proceso judicial	1 Por no exponer a su familiar diagnosticado a un proceso judicial	21	6,5%
	2 NS/NC	303	93,5%
RV140 Porque creyeron que no podrían demostrar los hechos	1 Porque creyeron que no podrían demostrar los hechos	20	6,2%
	2 NS/NC	304	93,8%
RV141 Porque ya denunciaron antes sin éxito y prefirieron no volver a intentarlo	1 Porque ya denunciaron antes sin éxito y prefirieron no volver a intentarlo	5	1,5%
	2 NS/NC	319	98,5%
RV142 Porque el familiar diagnosticado se negó explícitamente	1 Porque el familiar diagnosticado se negó explícitamente	6	1,9%
	2 NS/NC	318	98,1%

Frecuencias			ResP.		Porcentaje de casos
			Nº	%	
Frecuencias	RV135 Porque lo desconocían al no haberlo explicado su familiar diagnosticado		14	6,8 %	11,4 %
	RV136 Porque consideraron que no era grave		33	16,0 %	26,8 %
	RV137 Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial		87	42,2 %	70,7 %
	RV138 Porque pensaron que no serviría de nada iniciar un proceso legal		20	9,7 %	16,3 %
	RV139 Por no exponer a su familiar diagnosticado a un proceso judicial		21	10,2 %	17,1 %
	RV140 Porque creyeron que no podrían demostrar los hechos		20	9,7 %	16,3 %
	RV141 Porque ya denunciaron antes sin éxito y prefirieron no volver a intentarlo		5	2,4 %	4,1 %
	RV142 Porque el familiar diagnosticado se negó explícitamente		6	2,9 %	4,9 %
	Total		206	100,0 %	167,5 %

P29 Su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente

	Recuento	% del N de la tabla
V143 29) Su familiar ha sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente	31	9,6%
	210	64,8%
	83	25,6%

P30 Al respecto de los delitos o agresiones que su familiar HA SUFRIDO y SÍ HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces le ha ocurrido a lo largo de su trayectoria vital?

	Recuento	% del N de la tabla	
P30V144 Acoso Escolar	0	222	68,5%
	1	7	2,2%
	2	3	0,9%
	3 3 o más	10	3,1%
	NS/NC	82	25,3%
P30V145 Acoso Laboral	0	242	74,7%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%
P30V146 Abuso Económico	0	241	74,4%
	1	1	0,3%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%
P30V147 Abuso Sexual Infantil (tocamientos, etc.)	0	237	73,1%
	1	1	0,3%
	2	2	0,6%
	3 3 o más	2	0,6%
	NS/NC	82	25,3%
P30V148 Agresión Sexual Infantil (violación)	0	242	74,7%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%
P30V149 Abuso Sexual Adolescente (tocamientos, etc.)	0	242	74,7%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%
P30V150 Agresión Sexual Adolescente (violación)	0	242	74,7%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%

(Cont.)		Recuento	% del N de la tabla
P30V151 Abuso Sexual Edad Adulta (tocamientos, etc.)	0	242	74,7%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%
P30V152 Agresión Sexual Edad Adulta (violación)	0	242	74,7%
	3 3 o más	0	0,0%
	NS/NC	82	25,3%
P30V153 Violencia de Pareja	0	240	74,1%
	3 3 o más	2	0,6%
	NS/NC	82	25,3%
P30V154 Lesiones o Agresiones Físicas	0	230	71,0%
	1	7	2,2%
	2	1	0,3%
	3 3 o más	4	1,2%
	NS/NC	82	25,3%
P30V155 Robo	0	238	73,5%
	1	3	0,9%
	3 3 o más	1	0,3%
	NS/NC	82	25,3%
P30V156 Intento de Homicidio / Asesinato	0	242	74,7%
	NS/NC	82	25,3%

P31 Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio que finalmente SÍ FUE DENUNCIADO en el que su familiar diagnosticado resultó ser VÍCTIMA?

		Recuento	% del N de la tabla
V157 31) Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio que finalmente SÍ FUE DENUNCIADO en el que su familiar diagnosticado resultó ser VÍCTIMA?	NS/NC	299	92,3%
	Lo supimos por una tercera persona	6	1,9%
	No los comunicó sin valorar la relevancia del hecho que explicaba	7	2,2%
	Nos lo comunicó involuntariamente (aun sabiendo de la gravedad del hecho). Es decir, se le escapó.	2	0,6%
	Nos los comunicó intencionadamente	10	3,1%

P33 De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale cual fue el tiempo total de resolución del proceso

		Recuento	% del N de la tabla
V159 33) De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale cual fue el tiempo total de resolución del proceso	NS/NC	307	94,8%
	De 12 a 18 meses	3	0,9%
	De 18 a 24 meses	1	0,3%
	De 6 a 12 meses	1	0,3%
	Más de 24 meses	5	1,5%
	Menos de 6 meses	7	2,2%

P34 De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale en qué sentido se ha resuelto

		Recuento	% del N de la tabla
V160 34) De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale en qué sentido se ha resuelto	NS/NC	305	94,1%
	A favor de los intereses de mi familiar (el agresor fue condenado)	2	0,6%
	En contra de los intereses de mi familiar (el agresor fue absuelto)	5	1,5%
	Está pendiente de resolución	3	0,9%
	Otro	9	2,8%

P34 De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale qué TIPO DE TRIBUNAL ha llevado la causa

		Recuento	% del N de la tabla
V161 35) De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale que tipo de tribunal ha llevado la causa (puede marcar más de una)	NS/NC	313	96,6%
	Juzgado de 1a Instancia	2	0,6%
	Juzgado de Instrucción	3	0,9%
	Juzgado Penal	2	0,6%
	Juzgado Penal de Menores	2	0,6%
	TS	2	0,6%

P36 De este proceso que su familiar SUFRIÓ Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, marque los procesos por los que ha pasado su familiar

		Recuento	% del N de la tabla
V162 36) Valoración por médico forense judicial	NS/NC	320	98,8%
	Valoración por médico forense judicial	4	1,2%
V163 36) Valoración por médico forense privado	NS/NC	322	99,4%
	Valoración por médico forense privado	2	0,6%
V164 36) Valoración por psicólogo perito judicial	NS/NC	321	99,1%
	Valoración por psicólogo perito judicial	3	0,9%
V165 36) Valoración por psicólogo perito privado	NS/NC	322	99,4%
	Valoración por psicólogo perito privado	2	0,6%
V166 36) Declaración Policial	NS/NC	318	98,1%
	Declaración Policial	6	1,9%
V167 36) Declaración Judicial	NS/NC	320	98,8%
	Declaración Judicial	4	1,2%

P37 Para el hecho denunciado (siendo su familiar diagnosticado la VÍCTIMA), ¿qué relevancia tuvo el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico en el proceso judicial?

		Recuento	% del N de la tabla
V168 37) Para el hecho denunciado (siendo su familiar diagnosticado la VÍCTIMA), ¿qué relevancia tuvo el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico en el proceso judicial?	NS/NC	309	95,4%
	Lo tuvieron en cuenta pero no modificó demasiado los hechos	2	0,6%
	No fue relevante para nada	13	4,0%

P38 ¿Cuál cree que fue el grado de conocimiento del trastorno diagnosticado a su familiar por parte de los profesionales que participaron en el proceso judicial?

		Recuento	% del N de la tabla
V169 Policía	1 Desconocimiento total	8	44,4%
	2 Desconocimiento básico	1	5,6%
	3 Desconocimiento amplio	0	,0%
	4 No participó	9	50,0%
	Total	18	100,0%
Abogado/a	1 Desconocimiento total	6	33,3%
	2 Desconocimiento básico	2	11,1%
	3 Desconocimiento amplio	3	16,7%
	4 No participó	7	38,9%
	Total	18	100,0%
Psicólogo Judicial	1 Desconocimiento total	3	16,7%
	2 Desconocimiento básico	0	,0%
	3 Desconocimiento amplio	0	,0%
	4 No participó	15	83,3%
	Total	18	100,0%
Psicólogo Privado	1 Desconocimiento total	3	16,7%
	2 Desconocimiento básico	0	,0%
	3 Desconocimiento amplio	3	16,7%
	4 No participó	12	66,7%
	Total	18	100,0%
Psiquiatra Judicial	1 Desconocimiento total	1	5,6%
	2 Desconocimiento básico	1	5,6%
	3 Desconocimiento amplio	3	16,7%
	4 No participó	13	72,2%
	Total	18	100,0%
Psiquiatra Privado	1 Desconocimiento total	3	16,7%
	2 Desconocimiento básico	0	,0%
	3 Desconocimiento amplio	4	22,2%
	4 No participó	11	61,1%
	Total	18	100,0%
Médico Forense	1 Desconocimiento total	2	11,1%
	2 Desconocimiento básico	1	5,6%
	3 Desconocimiento amplio	0	,0%
	4 No participó	15	83,3%
	Total	18	100,0%
Médico Privado	1 Desconocimiento total	4	22,2%
	2 Desconocimiento básico	0	,0%
	3 Desconocimiento amplio	1	5,6%
	4 No participó	13	72,2%
	Total	18	100,0%
Médico Público	1 Desconocimiento total	6	33,3%
	2 Desconocimiento básico	0	,0%
	3 Desconocimiento amplio	1	5,6%
	4 No participó	11	61,1%
	Total	18	100,0%
Juez/a	1 Desconocimiento total	8	44,4%
	2 Desconocimiento básico	0	,0%
	3 Desconocimiento amplio	0	,0%
	4 No participó	10	55,6%
	Total	18	100,0%
Fiscal	1 Desconocimiento total	8	44,4%
	2 Desconocimiento básico	2	11,1%
	3 Desconocimiento amplio	0	,0%
	4 No participó	8	44,4%
	Total	18	100,0%

P39 ¿Su familiar ha COMETIDO algún tipo de agresión o daño a otras personas en su historia vital, QUE NO HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente?

	Recuento	% del N de la tabla
V180 39) ¿Su familiar ha COMETIDO algún tipo de agresión o daño a otras personas en su historia vital, QUE NO HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente?	212	88,0%
No	29	12,0%
Si		
Total	241	100,0%

P40 Al respecto de los delitos o agresiones QUE NO HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuántas veces ha participado activamente dañando a otros a lo largo de su trayectoria vital?

	Recuento	% del N de la tabla
V181 Acoso Escolar	226	93,8%
0	6	2,5%
1	2	0,8%
2	7	2,9%
3 3 o más		
V182 Acoso Laboral	239	99,2%
0	1	0,4%
2	1	0,4%
3 3 o más		
V183 Abuso Económico	240	99,6%
0	1	0,4%
2	0	0,0%
3 3 o más		
V184 Abuso Sexual Infantil (tocamientos, etc.)	240	99,6%
0	1	0,4%
1	0	0,0%
3 3 o más		
V185 Agresión Sexual Infantil (violación)	241	100,0%
0	0	0,0%
3 3 o más		
V186 Abuso Sexual Adolescente (tocamientos, etc.)	241	100,0%
0	0	0,0%
3 3 o más		
V187 Agresión Sexual Adolescente (violación)	241	100,0%
0	0	0,0%
3 3 o más		
V188 Abuso Sexual Edad Adulta (tocamientos, etc.)	241	100,0%
0	0	0,0%
3 3 o más		
V189 Agresión Sexual Edad Adulta (violación)	241	100,0%
0	0	0,0%
3 3 o más		
V190 Violencia de Pareja	240	99,6%
0	1	0,4%
2	0	0,0%
3 3 o más		
V191 Lesiones o Agresiones Físicas (peleas)	222	92,1%
0	7	2,9%
1	5	2,1%
2	7	2,9%
3 3 o más		
V192 Robo	240	99,6%
0	1	0,4%
2	0	0,0%
3 3 o más		
V193 Intento de Homicidio / Asesinato	241	100,0%
0	0	0,0%
3 3 o más		

P41 Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio en el que su familiar diagnosticado GENERÓ la agresión o delito?

		Recuento	% del N de la tabla
V194 41) Como familiares, ¿Cómo supieron de la existencia de este episodio en el que su familiar diagnosticado GENERÓ la agresión o delito?	Lo supimos por una tercera persona	17	65,4%
	No los comunicó sin valorar la relevancia del hecho que explicaba	2	7,7%
	Nos lo comunicó involuntariamente (aun sabiendo de la gravedad del hecho). Es decir, se le escapó.	2	7,7%
	Nos los comunicó intencionadamente	5	19,2%

P43 ¿Conoce cuál fue el motivo por el que la persona que sufrió el daño no cursara denuncia?

		Recuento	% del N de la tabla
V196 Lo desconozco	NS/NC	320	98,8%
	Lo desconozco	4	1,2%
V197 Porque consideraron que no era grave	NS/NC	306	94,4%
	Porque consideraron que no era grave	18	5,6%
V198 Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial	NS/NC	314	96,9%
	Porque consideraron que se podía solucionar por otra vía que no fuera la judicial	10	3,1%
V199 Porque pensaban que no serviría de nada	NS/NC	323	99,7%
	Porque pensaban que no serviría de nada	1	,3%
V203 Porque así lo solicitó el/la perjudicado/a	NS/NC	323	99,7%
	Porque así lo solicitó el/la perjudicado/a	1	,3%

P44 Su familiar ha cometido algún tipo de agresión o daño a otros en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente

		Recuento	% del N de la tabla
V204 44) Su familiar ha cometido algún tipo de agresión o daño a otros en su historia vital, QUE SÍ HAYA SIDO denunciado policial o judicialmente	No	209	97,7%
	Si	5	2,3%

P45 Al respecto de los delitos o agresiones que su familiar HA GENERADO y SÍ HAN SIDO DENUNCIADOS policial o judicialmente, ¿podría determinar cuantas veces le ha ocurrido a lo largo

		Recuento	% del N de la tabla
V205 Acoso Escolar	0	212	99,1%
	1	1	,5%
	3 o más	1	,5%
V206 Acoso Laboral	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V207 Abuso Económico	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V208 Actos de Incivismo (Destrozo de Mobiliario Urbano)	0	213	99,5%
	1	1	,5%
	3 o más	0	,0%
V209 Abuso Sexual Infantil	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V210 Agresión Sexual Infantil	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V211 Abuso Sexual Adolescente	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V212 Agresión Sexual Adolescente	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V213 Abuso Sexual Edad Adulta	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V214 Agresión Sexual Edad Adulta	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V215 Violencia de Pareja	0	213	99,5%
	1	1	,5%
	3 o más	0	,0%
V216 Lesiones o Agresiones Físicas (peleas)	0	211	98,6%
	1	1	,5%
	3 o más	2	,9%
V217 Robo	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%
V218 Intento de Homicidio / Asesinato	0	214	100,0%
	3 o más	0	,0%

P47 De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale cual fue el tiempo total de resolución del proceso

		Recuento	% del N de la tabla
V220 47) De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, señale cual fue el tiempo total de resolución del proceso	De 6 a 12 meses	1	25,0%
	Más de 24 meses	1	25,0%
	Menos de 6 meses	2	50,0%

P50 De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, marque los procesos por los que ha pasado su familiar

		Recuento	% del N de la tabla
V223 50) Valoración por médico forense judicial	1 Valoración por médico forense judicial NS/NC	0 324	0,0% 100,0%
V224 50) Valoración por médico forense privado	1 Valoración por médico forense privado NS/NC	0 324	0,0% 100,0%
V225 50) Valoración por psicólogo perito judicial	1 Valoración por psicólogo perito judicial NS/NC	0 324	0,0% 100,0%
V226 50) Valoración por psicólogo perito privado	1 Valoración por psicólogo perito privado NS/NC	1 323	0,3% 99,7%
V227 50) Declaración Policial	1 Declaración Policial NS/NC	2 322	0,6% 99,4%
V228 50) Declaración Judicial	1 Declaración Judicial NS/NC	1 323	0,3% 99,7%
V229 50) Declaración el día del Juicio	1 Declaración el día del Juicio NS/NC	1 323	0,3% 99,7%
V230 50) Exploración por parte del Juez	1 Exploración por parte del Juez NS/NC	0 324	0,0% 100,0%

P51 Para el hecho denunciado, ¿indique cual cree que fue el grado de relevancia que tuvo en el proceso judicial el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico?

		Recuento	% del N de la tabla
V231 51) Para el hecho denunciado, ¿indique cual cree que fue el grado de relevancia que tuvo en el proceso judicial el hecho de que su familiar tuviera un diagnóstico?	Fue altamente relevante	1	16,7%
	Lo valoraron pero no se tuvo en cuenta	2	33,3%
	No fue relevante para nada	3	50,0%
	Total	6	100,0%

P52 De este proceso que generó su FAMILIAR Y SÍ HA SIDO DENUNCIADO, ¿Cuál cree que fue el grado de conocimiento del trastorno diagnosticado a su familiar por parte de los profesionales que participaron en el proceso judicial?

		Recuento	% del N de la tabla
V232 Policía	1 Desconocimiento total	1	16,7%
	2 Desconocimiento básico	1	16,7%
	3 Desconocimiento amplio	2	33,3%
	4 No participó	2	33,3%
V233 Abogado/a	4 No participó	5	100,0%
V234 Psicólogo Judicial	3 Desconocimiento amplio	2	40,0%
	4 No participó	3	60,0%
V235 Psicólogo Privado	4 No participó	5	100,0%
V236 Psiquiatra Judicial	3 Desconocimiento amplio	1	20,0%
	4 No participó	4	80,0%
V237 Psiquiatra Privado	4 No participó	5	100,0%
V238 Médico Forense	4 No participó	5	100,0%
V239 Médico Privado	1 Desconocimiento total	1	16,7%
	2 Desconocimiento básico	1	16,7%
	3 Desconocimiento amplio	1	16,7%
	4 No participó	3	50,0%
V240 Médico Público	1 Desconocimiento total	1	20,0%
	4 No participó	4	80,0%
V241 Juez/a	1 Desconocimiento total	1	20,0%
	3 Desconocimiento amplio	1	20,0%
	4 No participó	3	60,0%
V242 Fiscal	1 Desconocimiento total	1	20,0%
	3 Desconocimiento amplio	1	20,0%
	4 No participó	3	60,0%

ANEXO VIII - RESULTADOS ENCUESTAS PROFESIONALES

P1 ¿Cuál es su profesión?

		Recuento	% del N de la tabla
P1_V2 ¿Cuál es su profesión?	1 Educador/a Social	1	3,2%
	2 Licenciado / Graduado en Medicina dedicándome al ejercicio de Medicina General	1	3,2%
	3 Psicólogo/a	20	64,5%
	4 Psicopedagogo/a	1	3,2%
	5 Trabajador/a social	8	25,8%

P2 En relación a su experiencia con los Trastornos del Espectro Autista (TEA)....

		Recuento	% del N de la tabla
P2_V3 En relación a su experiencia con los Trastornos del Espectro Autista (TEA)....	1 Me dedico a la psicología forense	1	3,2%
	2 Me dedico a la Salud Mental Infantil y Adulta (no específicamente TEA)	1	3,2%
	3 Me dedico específicamente al trabajo con este tipo de pacientes	29	93,5%

P3 Usted realiza su actividad

		Recuento	% del N de la tabla
P3_V4 Usted realiza su actividad	1 En otro tipo de ONG o fundación	2	6,5%
	2 En un centro o gabinete privado	2	6,5%
	3 En una asociación o federación relacionada con este tipo de diagnóstico	25	80,6%
	4 En una asociación o federación relacionada con este tipo de diagnóstico y En un centro o gabinete privado	2	6,5%

P4 En relación al tipo de intervención que realiza, especifique los que realiza (marque más de uno si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
P4_V5 Tratamiento psicológico Individual	NC	15	48,4%
	2 Tratamiento psicológico Individual	16	51,6%
P4_V6 Tratamiento psicológico Grupal	NC	13	41,9%
	2 Tratamiento psicológico Grupal	18	58,1%
P4_V7 Diagnóstico del trastorno	NC	18	58,1%
	2 Diagnóstico del trastorno	13	41,9%
P4_V8 Reeducción y/o educación en elementos de comportamiento	NC	15	48,4%
	2 Reeducción y/o educación en elementos de comportamiento	16	51,6%
P4_V9 Trabajo de apoyo con las familias	NC	6	19,4%
	2 Trabajo de apoyo con las familias	25	80,6%
P4_V10 OTROS (especificar)	NC	23	74,2%
	2 Intervención en Ocio	2	6,5%
	3 Intervención en Ocio y Prevención Escolar	1	3,2%
	4 Intervención Laboral	1	3,2%
	5 Neuropsicología	1	3,2%
	6 Prevención Escolar	2	6,5%
	7 Trabajo de información/orientación a usuarios	1	3,2%

P5 ¿Ha realizado usted algún tipo de formación específica sobre este tipo de diagnóstico?

		Recuento	% del N de la tabla
P5_V11 La propia de mi Licenciatura / grado	NC 2 La propia de mi Licenciatura / grado	17 14	54,8% 45,2%
P5_V12 Sí, Master o Posgrado en Salud Mental Infanto Juvenil	NC 2 Sí, Master o Posgrado en Salud Mental Infanto Juvenil	24 7	77,4% 22,6%
P5_V13 Sí, Master o Posgrado en Salud Mental Adulta	NC 2 Sí, Master o Posgrado en Salud Mental Adulta	30 1	96,8% 3,2%
P5_V14 Sí, Master o Posgrado en Trastorno del Espectro Autista	NC 2 Sí, Master o Posgrado en Trastorno del Espectro Autista	29 2	93,5% 6,5%
P5_V15 Sí, cursos específicos en Trastorno del Espectro Autista	NC 2 Sí, cursos específicos en Trastorno del Espectro Autista	12 19	38,7% 61,3%

P6_V16 Indique la Ciudad o Código Postal en el cual ejerce actualmente su profesión

		Recuento	% del N de la tabla
P6_V16 Indique la Ciudad o Código Postal en el cual ejerce acualmente su profesión	NC 2 A Coruña 3 Alicante 4 Barcelona 5 Girona 6 Granada 7 Las Palmas de Gran Canaria 8 Madrid 9 Oviedo 10 Pamplona 11 Salamanca 12 Sevilla 13 Valencia 14 Vigo 15 Zaragoza	2 2 1 4 2 1 2 7 1 1 1 1 4 1 1 1	6,5% 6,5% 3,2% 12,9% 6,5% 3,2% 6,5% 22,6% 3,2% 3,2% 3,2% 12,9% 3,2% 3,2% 3,2%

P7 ¿Basándose en su experiencia profesional, cual es el diagnóstico del espectro autista que habitualmente usted diagnostica (o con el que trabaja) más frecuentemente?

		Recuento	% del N de la tabla
P7_V17 ¿Basándose en su experiencia profesional, cual es el diagnóstico del espectro autista que habitualmente usted diagnostica (o con el que trabaja) más frecuentemente?	NC 2 Síndrome de Asperger 3 Síndrome de Asperger y TGDNE 4 TGDNE 5 Trastorno Autista, Síndrome de Asperger y y TGDNE	4 17 5 1 4	12,9% 54,8% 16,1% 3,2% 12,9%

P8 Basándose en su experiencia profesional ¿este tipo de diagnósticos suelen cursar con algún otro tipo de trastorno o comorbilidad?

		Recuento	% del N de la tabla
P8_V19	NC	7	22,6%
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	24	77,4%
P8_V20	NC	27	87,1%
Retraso Mental o Déficit Intelectual Grave	2 Retraso Mental o Déficit Intelectual Grave	4	12,9%
P8_V21	NC	23	74,2%
Trastorno de la Comunicación	2 Trastorno de la Comunicación	8	25,8%
P8_V23	NC	30	96,8%
Trastorno Desintegrativo Infantil	2 Trastorno Desintegrativo Infantil	1	3,2%
P8_V25	NC	25	80,6%
Trastorno Negativista Desafiante	2 Trastorno Negativista Desafiante	6	19,4%
P8_V26	NC	30	96,8%
Trastorno de la Personalidad Clúster A	2 Trastorno de la Personalidad Clúster A	1	3,2%
P8_V28	NC	30	96,8%
Trastorno de la Personalidad Clúster C	2 Trastorno de la Personalidad Clúster C	1	3,2%
P8_V29	NC	30	96,8%
Trastorno de la Personalidad No Especificado	2 Trastorno de la Personalidad No Especificado	1	3,2%
P8_V30	NC	20	64,5%
Trastorno del Control de los Impulsos	2 Trastorno del Control de los Impulsos	11	35,5%
P8_V31	NC	13	41,9%
Trastorno Obsesivo - Compulsivo	2 Trastorno Obsesivo - Compulsivo	18	58,1%
P8_V33	NC	18	58,1%
Trastornos de tipo Depresivo	2 Trastornos de tipo Depresivo	13	41,9%
P8_V34 OTROS (especificar)	NC	28	90,3%
	2 Síndrome de Tourette	1	3,2%
	3 Trastornos de Ansiedad	2	6,5%

	Recuento	% del N de la tabla
P8_V18 No, no suele mostrar comorbilidad,	0	0,00%
P8_V22 Trastorno Rett,	0	0,00%
P8_V24 Trastorno Disocial / Antisocial,	0	0,00%
P8_V27 Trastorno de la Personalidad Clúster B,	0	0,00%
P8_V32 Trastornos de tipo Psicótico de la tabla	0	0,00%

Frecuencias				
		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Frecuencias	P8_V19 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	24	27,0%	92,3%
	P8_V20 Retraso Mental o Déficit Intelectual Grave	4	4,5%	15,4%
	P8_V21 Trastorno de la Comunicación	8	9,0%	30,8%
	P8_V23 Trastorno Desintegrativo Infantil	1	1,1%	3,8%
	P8_V25 Trastorno Negativista Desafiante	6	6,7%	23,1%
	P8_V26 Trastorno de la Personalidad Clúster A	1	1,1%	3,8%
	P8_V28 Trastorno de la Personalidad Clúster C	1	1,1%	3,8%
	P8_V29 Trastorno de la Personalidad No Especificado	1	1,1%	3,8%
	P8_V30 Trastorno del Control de los Impulsos	11	12,4%	42,3%
	P8_V31 Trastorno Obsesivo - Compulsivo	18	20,2%	69,2%
	P8_V33 Trastornos de tipo Depresivo	13	14,6%	50,0%
	P8_V34 OTROS (especificar)	1	1,1%	3,8%
Total		89	100,0%	342,3%

P9 Basándose en su experiencia, ¿diría que este tipo de diagnósticos suelen identificarse inicialmente bajo otro criterio diagnóstico?

		Recuento	% del N de la tabla
P9_V35 Basándose en su experiencia, ¿diría que este tipo de diagnósticos suelen identificarse inicialmente bajo otro criterio diagnóstico?	NC	4	12,9%
	2 No, suelen identificarse directamente como TEA	8	25,8%
	3 Sí, suelen diagnosticarse bajo otro criterio diagnóstico al confundirse con otros diagnósticos	15	48,4%
	4 Sí, suelen diagnosticarse bajo otro criterio diagnóstico y luego evolucionan a TEA, momento en que son diagnosticados	4	12,9%

		Recuento	% del N de la tabla
P9_V35 Basándose en su experiencia, ¿diría que este tipo de diagnósticos suelen identificarse inicialmente bajo otro criterio diagnóstico?	2 No, suelen identificarse directamente como TEA	8	29,6%
	3 Sí, suelen diagnosticarse bajo otro criterio diagnóstico al confundirse con otros diagnósticos	15	55,6%
	4 Sí, suelen diagnosticarse bajo otro criterio diagnóstico y luego evolucionan a TEA, momento en que son diagnosticados	4	14,8%

P10 Indique los síntomas (comportamientos, conductas, pensamientos) que observa en el momento de diagnosticar un SÍNDROME de ASPERGER (teniendo en cuenta que o implica que no se da, 1 sería poco habitual y 2 sería altamente habitual)

		Recuento	% del N de la tabla
P10_V36 Rigidez de pensamiento (dificultad para cambiar de opinión)	1	1	4,2%
	2	23	95,8%
P10_V37 Cambios de humor bruscos	0	2	8,7%
	1	18	78,3%
	2	2	8,7%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V38 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	1	3	13,0%
	2	20	87,0%
P10_V39 Hiperactividad o Inquietud Motriz	0	1	4,3%
	1	21	91,3%
	2	1	4,3%
P10_V40 Falta de atención sostenida	0	1	4,3%
	1	11	47,8%
	2	11	47,8%
P10_V41 Tartamudeo	0	11	47,8%
	1	11	47,8%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V42 Verborrea o Descarrilamiento del discurso	0	1	4,3%
	1	14	60,9%
	2	8	34,8%
P10_V43 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	1	5	21,7%
	2	18	78,3%
P10_V44 Uso de expresiones verbales (como refranes) fuera de contexto	0	3	13,0%
	1	14	60,9%
	2	6	26,1%
P10_V45 Lenguaje extravagante o extraño (robótico)	1	12	52,2%
	2	11	47,8%

		Recuento	% del N de la tabla
P10_V46 Ecolalias	0	4	17,4%
	1	15	65,2%
	2	3	13,0%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V47 Problemas en el control del Impulso (Comida)	0	2	8,7%
	1	16	69,6%
	2	3	13,0%
	3 NS/NC	2	8,7%
P10_V48 Restricciones alimentarias (tipo anorexia)	0	11	47,8%
	1	11	47,8%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V49 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	0	4	17,4%
	1	11	47,8%
	2	6	26,1%
	3 NS/NC	2	8,7%
P10_V50 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	0	7	30,4%
	1	8	34,8%
	2	3	13,0%
	3 NS/NC	5	21,7%
P10_V51 Problemas en el control del Impulso (Juego)	0	7	30,4%
	1	7	30,4%
	2	5	21,7%
	3 NS/NC	4	17,4%
P10_V52 Irritabilidad	0	1	4,3%
	1	15	65,2%
	2	7	30,4%
P10_V53 Agresividad Verbal	0	5	21,7%
	1	14	60,9%
	2	4	17,4%
P10_V54 Agresividad Física	0	11	47,8%
	1	12	52,2%
P10_V55 Tendencia al Aislamiento	0	1	4,3%
	1	4	17,4%
	2	18	78,3%
P10_V56 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	1	1	4,3%
	2	22	95,7%
P10_V57 Falta de empatía	1	5	21,7%
	2	18	78,3%
P10_V58 Poco contacto visual	1	8	34,8%
	2	15	65,2%
P10_V59 Balanceo	0	5	21,7%
	1	16	69,6%
	2	2	8,7%
P10_V60 Dificultades psicomotrices	1	4	17,4%
	2	19	82,6%
P10_V61 Dificultades visoespaciales	0	1	4,3%
	1	12	52,2%
	2	8	34,8%
	3 NS/NC	2	8,7%
P10_V62 Tics motores	0	2	8,7%
	1	13	56,5%
	2	8	34,8%

		Recuento	% del N de la tabla
P10_V63 Tics verbales	0	6	26,1%
	1	13	56,5%
	2	2	8,7%
	3 NS/NC	2	8,7%
P10_V64 Consumo de Alcohol	0	13	56,5%
	1	7	30,4%
	2	1	4,3%
	3 NS/NC	2	8,7%
P10_V65 Consumo de Tabaco	0	14	60,9%
	1	5	21,7%
	2	1	4,3%
	3 NS/NC	3	13,0%
P10_V66 Consumo de Marihuana / Hachís	0	17	73,9%
	1	3	13,0%
	3 NS/NC	3	13,0%
P10_V67 Consumo de Cocaína / LSD	0	18	78,3%
	1	2	8,7%
	3 NS/NC	3	13,0%
P10_V68 Insomnio	0	2	8,7%
	1	12	52,2%
	2	8	34,8%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V69 Pesadillas	0	5	21,7%
	1	13	56,5%
	2	1	4,3%
	3 NS/NC	4	17,4%
P10_V70 Miedo a los extraños	0	4	17,4%
	1	14	60,9%
	2	4	17,4%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V71 Desorientación	0	5	21,7%
	1	13	56,5%
	2	4	17,4%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V72 Miedo a los espacios abiertos	0	10	43,5%
	1	12	52,2%
	2	1	4,3%
P10_V73 Problemas de expresión oral	0	3	13,0%
	1	10	43,5%
	2	9	39,1%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V74 Problemas de comprensión del lenguaje	1	10	43,5%
	2	13	56,5%
P10_V75 Establecimiento de rutinas rígidas	1	2	8,7%
	2	21	91,3%
P10_V76 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	0	2	9,1%
	1	7	31,8%
	2	13	59,1%
P10_V77 Destruir objetos de otros intencionadamente	0	18	78,3%
	1	4	17,4%
	2	1	4,3%
P10_V78 Mostrar crueldad con animales	0	20	87,0%
	1	3	13,0%

		Recuento	% del N de la tabla
P10_V79 Mostrar crueldad con otras personas	0	18	78,3%
	1	5	21,7%
P10_V80 Robo de objetos	0	14	60,9%
	1	7	30,4%
	3 NS/NC	2	8,7%
P10_V81 Crear Incendios	0	22	95,7%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V82 Tendencia a la mentira	0	17	73,9%
	1	6	26,1%
P10_V83 Fugas de casa	0	17	73,9%
	1	5	21,7%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V84 Ingiere elementos que no son alimentos	0	21	91,3%
	1	1	4,3%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V85 Enuresis	0	9	39,1%
	1	8	34,8%
	2	1	4,3%
	3 NS/NC	5	21,7%
P10_V86 Encopresis	0	12	54,5%
	1	4	18,2%
	3 NS/NC	6	27,3%
P10_V87 Nerviosismo / Ansiedad	1	6	26,1%
	2	17	73,9%
P10_V88 Tristeza / Depresión	0	1	4,3%
	1	6	26,1%
	2	16	69,6%
P10_V89 Mutismo Selectivo	0	11	47,8%
	1	8	34,8%
	2	4	17,4%
P10_V90 Autoagresiones	0	5	21,7%
	1	14	60,9%
	2	3	13,0%
	3 NS/NC	1	4,3%
P10_V91 Intentos de Suicidio	0	11	47,8%
	1	10	43,5%
	2	1	4,3%
	3 NS/NC	1	4,3%

P11 Indique qué herramientas o estrategias usa para establecer su diagnóstico o seguimiento

		Recuento	% del N de la tabla
P11_Vg2 Entrevistas con el usuario	2 Nunca	0	0,0%
	3 En ocasiones	1	4,8%
	4 Frecuentemente	2	9,5%
	5 Siempre	18	85,7%
P11_Vg3 Entrevistas con familiares	2 Nunca	0	0,0%
	3 En ocasiones	1	4,8%
	4 Frecuentemente	2	9,5%
	5 Siempre	18	85,7%
P11_Vg4 Coordinación con otros profesionales implicados	2 Nunca	0	0,0%
	3 En ocasiones	1	4,8%
	4 Frecuentemente	7	33,3%
P11_Vg5 Pruebas psicométricas (tests) a los usuarios	2 Nunca	2	9,5%
	3 En ocasiones	4	19,0%
	4 Frecuentemente	4	19,0%
P11_Vg6 Pruebas psicométricas (tests) a los familiares	2 Nunca	11	52,4%
	3 En ocasiones	5	23,8%
	4 Frecuentemente	2	9,5%
P11_Vg7 Pruebas psicométricas (tests) a otros profesionales en relación al usuario	2 Nunca	10	47,6%
	3 En ocasiones	6	28,6%
	4 Frecuentemente	5	23,8%
P11_Vg8 Pruebas proyectivas a los usuarios	2 Nunca	5	23,8%
	3 En ocasiones	5	23,8%
	4 Frecuentemente	5	23,8%
P11_Vg9 Informes técnicos previos	2 Nunca	13	61,9%
	3 En ocasiones	6	28,6%
	4 Frecuentemente	1	4,8%
	5 Siempre	1	4,8%
P11_V100 Observación in situ (vida cotidiana, centro escolar)	2 Nunca	0	0,0%
	3 En ocasiones	5	23,8%
	4 Frecuentemente	5	23,8%
	5 Siempre	11	52,4%
P11_V100 Observación in situ (vida cotidiana, centro escolar)	2 Nunca	1	4,8%
	3 En ocasiones	7	33,3%
	4 Frecuentemente	5	23,8%
	5 Siempre	8	38,1%

P12 Si utiliza pruebas de valoración de la Inteligencia, indique de que tipo

		Recuento	% del N de la tabla
P12_V101 Escalas Weschler (WPPSI, WISC, WAIS...)	2 Nunca	3	15,8%
	3 Ocasionalmente	2	10,5%
	4 Habitualmente	8	42,1%
	5 Siempre	6	31,6%
P12_V102 Escalas Kaufman (K-BIT, K-ABC)	2 Nunca	4	25,0%
	3 Ocasionalmente	3	18,8%
	4 Habitualmente	6	37,5%
	5 Siempre	3	18,8%
P12_V103 Matrices Progresivas de Raven	2 Nunca	11	68,8%
	3 Ocasionalmente	3	18,8%
	4 Habitualmente	1	6,3%
	5 Siempre	1	6,3%
P12_V104 Battelle (Desarrollo Infantil)	2 Nunca	8	50,0%
	3 Ocasionalmente	6	37,5%
	4 Habitualmente	1	6,3%
	5 Siempre	1	6,3%
P12_V105 BSID (Escalas Bayley de Desarrollo)	2 Nunca	11	73,3%
	3 Ocasionalmente	3	20,0%
	4 Habitualmente	1	6,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P12_V106 TONI-2	2 Nunca	14	93,3%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	1	6,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P12_V107 IGF - Inteligencia factorial	2 Nunca	15	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P12_V108 RIAS / RIST. Escalas de Inteligencia de Reynolds	2 Nunca	14	93,3%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	1	6,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P12_V109 TIG. Test de Inteligencia General	2 Nunca	15	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P12_V110 PMA. Aptitudes Mentales Primarias	2 Nunca	14	93,3%
	3 Ocasionalmente	1	6,7%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P12_V111 Dominos	2 Nunca	12	80,0%
	3 Ocasionalmente	3	20,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%

P13 Si utiliza pruebas de valoración de la Inteligencia emocional o la adaptación, indique de que tipo

		Recuento	% del N de la tabla
P13_V112 MSCEIT (test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso)	2 Nunca	12	92,3%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	1	7,7%
P13_V113 CTI (Inventario de Pensamiento Constructivo)	2 Nunca	11	84,6%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	1	7,7%
P13_V114 ABAS-II (evalaucion de la conducta adaptativa)	2 Nunca	11	84,6%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	1	7,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P13_V115 TAMAI (adaptacion multifactorial infantil)	2 Nunca	9	69,2%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	2	15,4%
	5 Siempre	0	0,0%
P13_V116 MOLDES	2 Nunca	13	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P13_V117 AECS. Actitudes y Estrategias Cognitivo Sociales	2 Nunca	11	84,6%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	1	7,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P13_V118 TECA. Test de empatía Cognitiva y Afectiva	2 Nunca	10	71,4%
	3 Ocasionalmente	2	14,3%
	4 Habitualmente	1	7,1%
	5 Siempre	1	7,1%

P14 Si utiliza pruebas de valoración de la personalidad, indique de que tipo

		Recuento	% del N de la tabla
P14_V119 Escalas Cattell (ESPO, CPQ, 16PF-V)	2 Nunca	8	61,5%
	3 Ocasionalmente	3	23,1%
	4 Habitualmente	1	7,7%
	5 Siempre	1	7,7%
P14_V120 Escalas Eysenck (EPQ, EPI)	2 Nunca	12	92,3%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	0	0,0%
P14_V121 MCMI-III (Millon)	2 Nunca	6	46,2%
	3 Ocasionalmente	4	30,8%
	4 Habitualmente	2	15,4%
P14_V122 PAI	2 Nunca	12	92,3%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	1	7,7%
P14_V123 MMPI (Minnesota)	2 Nunca	6	40,0%
	3 Ocasionalmente	5	33,3%
	4 Habitualmente	3	20,0%
P14_V124 NEO-PI-R	2 Nunca	12	92,3%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	0	0,0%
P14_V125 BFQ (Big Five)	2 Nunca	11	84,6%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	0	0,0%
P14_V126 BASC (Evaluación de Conducta Adolescente)	2 Nunca	7	53,8%
	3 Ocasionalmente	3	23,1%
	4 Habitualmente	3	23,1%
	5 Siempre	0	0,0%

P15 Si utiliza pruebas de valoración neuropsicológicas, indique de que tipo

		Recuento	% del N de la tabla
P15_V127 Test Gestaltico Visomotor de Bender	2 Nunca	7	50,0%
	3 Ocasionalmente	4	28,6%
	4 Habitualmente	3	21,4%
	5 Siempre	0	0,0%
P15_V128 Figura de Rey	2 Nunca	6	42,9%
	3 Ocasionalmente	3	21,4%
	4 Habitualmente	5	35,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P15_V129 Luria	2 Nunca	10	71,4%
	3 Ocasionalmente	2	14,3%
	4 Habitualmente	2	14,3%
	5 Siempre	0	0,0%
P15_V130 Barcelona	2 Nunca	12	85,7%
	3 Ocasionalmente	1	7,1%
	4 Habitualmente	1	7,1%
	5 Siempre	0	0,0%
P15_V131 Test del reloj	2 Nunca	12	85,7%
	3 Ocasionalmente	2	14,3%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P15_V132 Cumanin / Cumanes	2 Nunca	11	78,6%
	3 Ocasionalmente	1	7,1%
	4 Habitualmente	1	7,1%
	5 Siempre	1	7,1%
P15_V133 ENFEN	2 Nunca	10	66,7%
	3 Ocasionalmente	3	20,0%
	4 Habitualmente	1	6,7%
	5 Siempre	1	6,7%
P15_V134 Benton	2 Nunca	11	78,6%
	3 Ocasionalmente	3	21,4%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P15_V135 Stroop	2 Nunca	5	33,3%
	3 Ocasionalmente	6	40,0%
	4 Habitualmente	3	20,0%
	5 Siempre	1	6,7%

P16 Si utiliza pruebas para valorar el lenguaje y la comunicación, especifique su uso

		Recuento	% del N de la tabla
P16_V136 PLON. Prueba del Lenguaje Oral de Navarra	2 Nunca	11	84,6%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P16_V137 PEABODY. Test de vocabulario en Imágenes	2 Nunca	10	71,4%
	3 Ocasionalmente	3	21,4%
	4 Habitualmente	1	7,1%
	5 Siempre	0	0,0%
P16_V138 ITPA. Test Illinois de Aptitudes Lingüísticas	2 Nunca	6	42,9%
	3 Ocasionalmente	5	35,7%
	4 Habitualmente	3	21,4%
	5 Siempre	0	0,0%

P17 Si utiliza pruebas específicas del diagnóstico de TEA, especifique su uso

		Recuento	% del N de la tabla
P17_V139 ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico de Autismo - Revisada)	2 Nunca	2	11,8%
	3 Ocasionalmente	1	5,9%
	4 Habitualmente	1	5,9%
	5 Siempre	13	76,5%
P17_V140 ADOS (Escala de Observación Diagnostica del autismo)	2 Nunca	4	23,5%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	1	5,9%
P17_V141 Cuestionario de Comunicación Social (SCQ)	5 Siempre	12	70,6%
	2 Nunca	4	26,7%
	3 Ocasionalmente	3	20,0%
P17_V142 Escala de evaluación del Autismo infantil (CARS)	4 Habitualmente	2	13,3%
	5 Siempre	6	40,0%
	2 Nunca	6	46,2%
P17_V143 Entrevista Autismo Padres (PIA)	3 Ocasionalmente	5	38,5%
	4 Habitualmente	2	15,4%
	5 Siempre	0	0,0%
P17_V144 Autism Behavior Checklist (ABC)	2 Nunca	10	76,9%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	1	7,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P17_V145 BAS (Bateria de Adaptación Social)	2 Nunca	9	69,2%
	3 Ocasionalmente	4	30,8%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P17_V146 Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ)	2 Nunca	5	38,5%
	3 Ocasionalmente	7	53,8%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	1	7,7%
P17_V147 Cuestionario de Expresividad de Berkeley (BEQ)	2 Nunca	6	42,9%
	3 Ocasionalmente	3	21,4%
	4 Habitualmente	2	14,3%
	5 Siempre	3	21,4%
P17_V148 Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger (ASDI)	2 Nunca	11	84,6%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P17_V149 Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS)	2 Nunca	7	53,8%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	2	15,4%
	5 Siempre	2	15,4%
P17_V150 Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (EA)	2 Nunca	7	46,7%
	3 Ocasionalmente	3	20,0%
	4 Habitualmente	4	26,7%
	5 Siempre	1	6,7%
P17_V151 Evaluador de Asperger en Adultos (AAA)	2 Nunca	6	46,2%
	3 Ocasionalmente	3	23,1%
	4 Habitualmente	1	7,7%
	5 Siempre	3	23,1%
		7	53,8%
		2	15,4%
		3	23,1%
		3	23,1%
		1	7,7%
		1	

		Recuento	% del N de la tabla
P17_V152 Inventario de Espectro Autista (IDEA)	2 Nunca	7	46,7%
	3 Ocasionalmente	6	40,0%
	4 Habitualmente	1	6,7%
	5 Siempre	1	6,7%
P17_V153 Test Infantil del Síndrome de Asperger (CAST)	2 Nunca	9	64,3%
	3 Ocasionalmente	4	28,6%
	4 Habitualmente	1	7,1%
P17_V154 M-CHAT. Cuestionario de Autismo en la Infancia	2 Nunca	7	50,0%
	3 Ocasionalmente	4	28,6%
	4 Habitualmente	2	14,3%
	5 Siempre	1	7,1%

P18 Si utiliza pruebas proyectivas, especifique su uso

		Recuento	% del N de la tabla
P18_V155 HTP (Casa Arbol Persona)	2 Nunca	10	76,9%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	1	7,7%
	5 Siempre	0	0,0%
P18_V156 Figura Humana	2 Nunca	9	69,2%
	3 Ocasionalmente	2	15,4%
	4 Habitualmente	2	15,4%
	5 Siempre	0	0,0%
P18_V157 Test de la Familia	2 Nunca	9	69,2%
	3 Ocasionalmente	1	7,7%
	4 Habitualmente	2	15,4%
	5 Siempre	1	7,7%
P18_V158 Rorschach	2 Nunca	13	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P18_V159 TAT / CAT	2 Nunca	13	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P18_V160 Fabulas de Duss	2 Nunca	13	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%
P18_V161 Pata Negra	2 Nunca	13	100,0%
	3 Ocasionalmente	0	0,0%
	4 Habitualmente	0	0,0%
	5 Siempre	0	0,0%

P19 ¿Es habitual que sus usuarios afectados por algún tipo de trastorno TEA hayan sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital?

		Recuento	% del N de la tabla
P19_V162 ¿Es habitual que sus usuarios afectados por algún tipo de trastorno TEA hayan sufrido algún tipo de agresión o abuso en su historia vital?	1 NS/NC	8	25,8%
	2 Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y sufren agresiones que podrían considerarse leves	11	35,5%
	3 Sí, es altamente habitual en este tipo de usuarios, y sufren agresiones que podrían considerarse graves	12	38,7%

P20 Basándose en su experiencia profesional (y las vivencias de sus usuarios), de las agresiones o delitos que suelen sufrir, indique su valoración de frecuencia

		Recuento	% del N de la tabla
P20_V163 Acoso Escolar	2 Frecuente	1	4,3%
	3 Muy frecuente	22	95,7%
P20_V164 Acoso Laboral	2 Frecuente	11	50,0%
	3 Muy frecuente	5	22,7%
	4 No se suele dar	1	4,5%
	5 NS/NC	2	9,1%
	6 Poco habitual	3	13,6%
P20_V165 Abuso Económico	2 Frecuente	9	40,9%
	3 Muy frecuente	2	9,1%
	4 No se suele dar	1	4,5%
	5 NS/NC	5	22,7%
P20_V166 Violencia de Pareja	2 Frecuente	5	22,7%
	3 No se suele dar	1	5,0%
	4 NS/NC	3	15,0%
	5 Poco habitual	5	25,0%
P20_V167 Abuso Sexual Infantil (Tocamientos, etc.)	2 Frecuente	11	55,0%
	3 No se suele dar	2	9,5%
	4 NS/NC	3	14,3%
P20_V168 Agresión sexual Infantil (violación)	2 Frecuente	6	28,6%
	3 No se suele dar	10	47,6%
	4 NS/NC	1	4,8%
	5 Poco habitual	7	33,3%
P20_V169 Abuso Sexual Adolescente (Tocamientos, etc.)	2 Frecuente	4	19,0%
	3 No se suele dar	9	42,9%
	4 NS/NC	6	28,6%
P20_V170 Agresión sexual Adolescente (violación)	2 Frecuente	3	14,3%
	3 No se suele dar	6	28,6%
	4 NS/NC	6	28,6%
P20_V171 Abuso sexual en la edad adulta (Tocamientos, etc.)	2 Frecuente	6	28,6%
	3 No se suele dar	1	4,8%
	4 NS/NC	5	23,8%
P20_V172 Agresión sexual en la edad adulta (violación)	2 Frecuente	5	23,8%
	3 No se suele dar	5	23,8%
	4 NS/NC	10	47,6%
P20_V173 Robos	2 Frecuente	10	47,6%
	3 Muy frecuente	1	4,8%
	4 No se suele dar	3	14,3%
	5 NS/NC	7	33,3%
	6 Poco habitual	10	47,6%
P20_V174 Lesiones y Agresiones Físicas (peleas)	2 Frecuente	2	9,5%
	3 Muy frecuente	4	19,0%
	4 Poco habitual	7	33,3%
P20_V175 Intento de Homicidio	2 Frecuente	8	38,1%
	3 No se suele dar	1	4,8%
	4 NS/NC	12	57,1%
	5 Poco habitual	4	19,0%

P21 En relación a este tipo de problemas en la historia vital de sus usuarios (Agresiones, delitos. etc.), usted cree que se lo manifestarían.... (puede marcar más de una si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
P21_V176 Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)	NS/NC	30	96,8%
	2 Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)	1	3,2%
P21_V177 Con dificultad, por no saber identificar el daño	NS/NC	19	61,3%
	2 Con dificultad, por no saber identificar el daño	12	38,7%
P21_V178 Con dificultad, por vergüenza o miedo	NS/NC	24	77,4%
	2 Con dificultad, por vergüenza o miedo	7	22,6%
P21_V179 Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente	NS/NC	18	58,1%
	2 Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente	13	41,9%
P21_V180 No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello	NS/NC	17	54,8%
	2 No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello	14	45,2%
P21_V181 No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)	NS/NC	30	96,8%
	2 No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)	1	3,2%

Frecuencias				
Frec		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
	P21_V176 Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)	1	2,1%	4,5%
	P21_V177 Con dificultad, por no saber identificar el daño	12	25,0%	54,5%
	P21_V178 Con dificultad, por vergüenza o miedo	7	14,6%	31,8%
	P21_V179 Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente	13	27,1%	59,1%
	P21_V180 No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello	14	29,2%	63,6%
	P21_V181 No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)	1	2,1%	4,5%
Total		48	100,0%	218,2%

P22 En base a su experiencia, ¿en el caso de que sus usuarios sufran algún tipo de agresión, este tipo de sucesos suelen ser denunciados policial o judicialmente? (puede marcar más de una respuesta)

		Recuento	% del N de la tabla
P22_V182 Sí, suelen ser denunciados	NS/NC 2 Sí, suelen ser denunciados	28 3	90,3% 9,7%
P22_V183 No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente	NS/NC 2 No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente	15 16	48,4% 51,6%
P22_V185 No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial	NS/NC 2 No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial	23 8	74,2% 25,8%
P22_V186 No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal	NS/NC 2 No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal	25 6	80,6% 19,4%
P22_V187 No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial	NS/NC 2 No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial	21 10	67,7% 32,3%
P22_V188 No, porque los familiares suelen creer que no podrán demostrar los hechos	NS/NC 2 No, porque los familiares suelen creer que no podrán demostrar los hechos	25 6	80,6% 19,4%
P22_V189 No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)	NS/NC 2 No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)	29 2	93,5% 6,5%
P22_V190 No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada	NS/NC 2 No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada	27 4	87,1% 12,9%

Frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Frec	P22_V182 Sí, suelen ser denunciados	3	5,5%	13,6%
	P22_V183 No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente	16	29,1%	72,7%
	P22_V185 No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial	8	14,5%	36,4%
	P22_V186 No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal	6	10,9%	27,3%
	P22_V187 No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial	10	18,2%	45,5%
	P22_V188 No, porque los familiares suelen creer que no podrán demostrar los hechos	6	10,9%	27,3%
	P22_V189 No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)	2	3,6%	9,1%
	P22_V190 No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada	4	7,3%	18,2%
Total		55	100,0%	250,0%

P23 En el caso de que estas agresiones HACIA SU USUARIO acaben en denuncia policial o judicial, indique su grado de participación en el proceso

		Recuento	% del N de la tabla
P23_V191 Presentar informe (sólo documento)	2 Nunca	7	35,0%
	3 Poco habitual	2	10,0%
	4 Habitual	6	30,0%
	5 Muy Frecuente	5	25,0%
P23_V192 Realizar valoración Forense o Pericial	2 Nunca	5	29,4%
	3 Poco habitual	0	0,0%
	4 Habitual	1	5,9%
P23_V193 Acudir a declarar al juicio	5 Muy Frecuente	11	64,7%
	2 Nunca	7	36,8%
	3 Poco habitual	8	42,1%
P23_V194 Coordinación con otros profesionales	4 Habitual	2	10,5%
	5 Muy Frecuente	2	10,5%
	2 Nunca	7	36,8%
P23_V195 Asesoramiento en el juzgado	3 Poco habitual	4	21,1%
	4 Habitual	5	26,3%
	5 Muy Frecuente	3	15,8%
P23_V195 Asesoramiento en el juzgado	2 Nunca	10	55,6%
	3 Poco habitual	5	27,8%
	4 Habitual	2	11,1%
	5 Muy Frecuente	1	5,6%

P24 En el caso de que estas agresiones HACIA SU USUARIO acaben en denuncia policial o judicial, indique cual cree que es el grado de relevancia el hecho de que el afectado tenga diagnóstico de salud mental en el proceso judicial

		Recuento	% del N de la tabla
P24_V196 En el caso de que estas agresiones HACIA SU USUARIO acaben en denuncia policial o judicial, indique cual cree que es el grado de relevancia el hecho de que el afectado tenga diagnóstico de salud mental en el proceso judicial	2 No suele ser relevante para nada	2	10,0%
	3 Suele ser altamente relevante	5	25,0%
	4 Suelen tenerlo en cuenta pero no modifica demasiado los hechos	13	65,0%

P25 Cuando sus usuarios SUFREN algún abuso o agresión, ¿Cómo cree que afecta a su sintomatología? (puede marcar más de una si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
P25_V197 Cuando sus usuarios SUFREN algún abuso o agresión, ¿Cómo cree que afecta a su sintomatología? (puede marcar más de una si procede)	NS/NC	11	35,5%
	2 Empeoramiento endógeno + Exógeno	13	41,9%
	3 Exógeno	7	22,6%

P26 ¿Es habitual que sus usuarios diagnosticados de TEA pueden GENERAR algún tipo de agresión o daño a otros?

		Recuento	% del N de la tabla
P26_V198 ¿Es habitual que sus usuarios diagnosticados de TEA pueden GENERAR algún tipo de agresión o daño a otros?	NS/NC	9	29,0%
	2 No	3	9,7%
	3 Sí, pero es poco habitual en este tipo de usuarios	19	61,3%

P27 Basándose en su experiencia profesional (y las vivencias de usuarios), de las agresiones o delitos que suelen generar, indique su frec.

		Recuento	% del N de la tabla
P27_V199 Acoso Escolar	2 No se suele dar	12	54,5%
	3 Poco habitual	8	36,4%
	4 Frecuente	1	4,5%
	5 Muy frecuente	1	4,5%
	6 NS/NC	0	0,0%
	P27_V200 Acoso Laboral	2 No se suele dar	16
3 Poco habitual		4	19,0%
4 Frecuente		1	4,8%
5 Muy frecuente		0	0,0%
6 NS/NC		0	0,0%
P27_V201 Abuso Económico		2 No se suele dar	17
	3 Poco habitual	4	19,0%
	4 Frecuente	0	0,0%
	5 Muy frecuente	0	0,0%
	6 NS/NC	0	0,0%
	P27_V202 Violencia de Pareja	2 No se suele dar	13
3 Poco habitual		5	23,8%
4 Frecuente		1	4,8%
5 Muy frecuente		0	0,0%
6 NS/NC		2	9,5%
P27_V203 Abuso Sexual Infantil (Tocamientos, etc.)		2 No se suele dar	13
	3 Poco habitual	4	19,0%
	4 Frecuente	0	0,0%
	5 Muy frecuente	0	0,0%
	6 NS/NC	4	19,0%
	P27_V204 Agresión sexual Infantil (violación)	2 No se suele dar	16
3 Poco habitual		1	4,8%
4 Frecuente		0	0,0%
5 Muy frecuente		0	0,0%
6 NS/NC		4	19,0%
P27_V205 Abuso Sexual Adolescente (Tocamientos, etc.)		2 No se suele dar	11
	3 Poco habitual	5	23,8%
	4 Frecuente	0	0,0%
	5 Muy frecuente	1	4,8%
	6 NS/NC	4	19,0%
	P27_V206 Agresión sexual Adolescente (violación)	2 No se suele dar	16
3 Poco habitual		2	9,5%
4 Frecuente		0	0,0%
5 Muy frecuente		0	0,0%
6 NS/NC		3	14,3%
P27_V207 Abuso sexual en la edad adulta (Tocamientos, etc.)		2 No se suele dar	12
	3 Poco habitual	4	19,0%
	4 Frecuente	1	4,8%
	5 Muy frecuente	0	0,0%
	6 NS/NC	4	19,0%
	P27_V208 Agresión sexual en la edad adulta (violación)	2 No se suele dar	15
3 Poco habitual		2	10,0%
4 Frecuente		0	0,0%
5 Muy frecuente		0	0,0%
6 NS/NC		3	15,0%
P27_V209 Robos		2 No se suele dar	12
	3 Poco habitual	6	28,6%
	4 Frecuente	2	9,5%
	5 Muy frecuente	0	0,0%
	6 NS/NC	1	4,8%

		Recuento	% del N de la tabla
P27_V210 Lesiones y Agresiones Físicas (Peleas)	2 No se suele dar	3	14,3%
	3 Poco habitual	15	71,4%
	4 Frecuente	2	9,5%
	5 Muy frecuente	1	4,8%
	6 NS/NC	0	0,0%
	P27_V211 Intento de Homicidio	2 No se suele dar	16
3 Poco habitual		2	9,5%
4 Frecuente		0	0,0%
5 Muy frecuente		0	0,0%
6 NS/NC		3	14,3%

P28 En relación a este tipo de problemas en la historia vital de sus usuarios (Agresiones, delitos. etc.), en caso de que lo GENEREN, usted cree que se lo manifestarían.... (puede marcar más de una si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RP28_V212 Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)	NS/NC	30	93,8%
	2 Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)	2	6,3%
RP28_V213 Con dificultad, por no saber identificar el daño	NS/NC	17	53,1%
	2 Con dificultad, por no saber identificar el daño	15	46,9%
RP28_V214 Con dificultad, por vergüenza o miedo	NS/NC	26	81,3%
	2 Con dificultad, por vergüenza o miedo	6	18,8%
RP28_V215 Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente	NS/NC	20	62,5%
	2 Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente	12	37,5%
RP28_V216 No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello	NS/NC	20	62,5%
	2 No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello	12	37,5%
RP28_V217 No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)	NS/NC	31	96,9%
	2 No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)	1	3,1%

Frecuencias

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Frec RP28_V212 Sin dificultad (más allá de la propia dificultad emocional)	2	4,2%	9,5%
RP28_V213 Con dificultad, por no saber identificar el daño	15	31,3%	71,4%
RP28_V214 Con dificultad, por vergüenza o miedo	6	12,5%	28,6%
RP28_V215 Con dificultad, por no poder expresarse verbal o emocionalmente	12	25,0%	57,1%
RP28_V216 No lo manifestarían a no ser que se les pregunte directamente por ello	12	25,0%	57,1%
RP28_V217 No lo manifestarían, incluso aunque se les pregunte por ello (debido a la vergüenza o el miedo)	1	2,1%	4,8%
Total	48	100,0%	228,6%

P29 En base a su experiencia, ¿en el caso de que sus usuarios GENEREN algún tipo de agresión, este tipo de sucesos suelen ser denunciados policial o judicialmente? (puede marcar más de una si procede)

		Recuento	% del N de la tabla
RP29_V218 Sí, suelen ser denunciados	NS/NC	26	81,3%
	2 Sí, suelen ser denunciados	6	18,8%
RP29_V219 No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente	NS/NC	24	75,0%
	2 No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente	8	25,0%
RP29_V220 No, porque los familiares suelen considerar que no es grave	NS/NC	29	90,6%
	2 No, porque los familiares suelen considerar que no es grave	3	9,4%
RP29_V221 No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial	NS/NC	26	81,3%
	2 No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial	6	18,8%
RP29_V222 No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal	NS/NC	29	90,6%
	2 No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal	3	9,4%
RP29_V223 No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial	NS/NC	29	90,6%
	2 No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial	3	9,4%
RP29_V224 No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)	NS/NC	30	93,8%
	2 No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)	2	6,3%
RP29_V225 No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada	NS/NC	31	96,9%
	2 No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada	1	3,1%

Frecuencias \$dd

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
\$dda RP29_V218 Sí, suelen ser denunciados	6	18,8%	37,5%
RP29_V219 No, porque los familiares suelen desconocerlo al no haberlo explicado el paciente	8	25,0%	50,0%
RP29_V220 No, porque los familiares suelen considerar que no es grave	3	9,4%	18,8%
RP29_V221 No, porque los familiares suelen considerar que se puede solucionar por otra vía que no sea la judicial	6	18,8%	37,5%
RP29_V222 No, porque los familiares suelen pensar que no sirve de nada iniciar un proceso legal	3	9,4%	18,8%
RP29_V223 No, porque los familiares prefieren no exponer a su familiar a un proceso judicial	3	9,4%	18,8%
RP29_V224 No, porque los familiares suelen haber pasado por procesos infructuosos similares (a nivel judicial)	2	6,3%	12,5%
RP29_V225 No, porque el propio paciente suele negarse, o solicita que no se haga nada	1	3,1%	6,3%
Total	32	100,0%	200,0%

P30 En el caso de que estas agresiones GENERADAS por sus usuarios acaben en denuncia policial o judicial, indique su grado de participación en el proceso

		Recuento	% del N de la tabla
P30_V226 Presentar informe (sólo documento)	2 Nunca	6	35,3%
	3 Poco habitual	5	29,4%
	4 Habitual	3	17,6%
	5 Muy frecuente	3	17,6%
P30_V227 Realizar valoración Forense o Pericial	2 Nunca	13	81,3%
	3 Poco habitual	2	12,5%
	4 Habitual	0	0,0%
	5 Muy frecuente	1	6,3%
P30_V228 Acudir a declarar al juicio	2 Nunca	9	52,9%
	3 Poco habitual	3	17,6%
	4 Habitual	2	11,8%
	5 Muy frecuente	3	17,6%
P30_V229 Coordinación con otros profesionales	2 Nunca	9	52,9%
	3 Poco habitual	5	29,4%
	4 Habitual	2	11,8%
	5 Muy frecuente	1	5,9%
P30_V230 Asesoramiento en el juzgado	2 Nunca	13	76,5%
	3 Poco habitual	2	11,8%
	4 Habitual	1	5,9%
	5 Muy frecuente	1	5,9%

P31 En el caso de que estas agresiones GENERADAS por su usuario acaben en denuncia policial o judicial, indique cuál cree que es el grado de relevancia el hecho de que el afectado tenga diagnóstico de TEA en el proceso judicial

		Recuento	% del N de la tabla
RP31_V231 31) En el caso de que estas agresiones GENERADAS por su usuario acaben en denuncia policial o judicial, indique cual cree que es el grado de relevancia el hecho de que el afectado tenga diagnóstico de TEA en el proceso judicial	2 No suele ser relevante para nada	2	10,5%
	3 Suele ser altamente relevante	3	15,8%
	4 Suelen tenerlo en cuenta pero no modifica demasiado los hechos	14	73,7%

P32 Cuando sus usuarios GENERAN algún abuso o agresión, ¿Como cree que se representa este hecho en su sintomatología?

		Recuento	% del N de la tabla
RP32_V232 32) Cuando sus usuarios GENERAN algún abuso o agresión, ¿Cómo cree que se representa este hecho en su sintomatología?	2 Empeoramiento endógeno + Exógeno	17	70,8%
	3 Exógeno	7	29,2%

ANEXO IX- Comparativa entre familiares y profesionales - Sintomatología asociada al SA

PORCENTAJES POR GRUPO	Grupo											
	Familiares					Profesionales						
	0 No presenta		1 Leve		2 Grave		0 No presenta		1 Leve		2 Grave	
	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila
V25 Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	11	3,90%	169	59,70%	103	36,40%	0	0,00%	1	4,20%	23	95,80%
V26 Cambios de humor bruscos	72	25,70%	155	55,40%	53	18,90%	2	9,10%	18	81,80%	2	9,10%
V27 Entender literalmente el contenido de lo que se dice	16	5,70%	145	51,20%	122	43,10%	0	0,00%	3	13,00%	20	87,00%
V28 Hiperactividad o Inquietud Motriz	110	40,00%	126	45,80%	39	14,20%	1	4,30%	21	91,30%	1	4,30%
V29 Falta de atención sostenida	54	19,60%	140	50,70%	82	29,70%	1	4,30%	11	47,80%	11	47,80%
V30 Tartamudeo	225	81,50%	44	15,90%	7	2,50%	11	50,00%	11	50,00%	0	0,00%
V31 Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	100	36,00%	99	35,60%	79	28,40%	1	4,30%	14	60,90%	8	34,80%
V32 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	52	18,80%	118	42,60%	107	38,60%	0	0,00%	5	21,70%	18	78,30%
V33 Uso de expresiones verbales (Como refranes) fuera de contexto	116	42,30%	113	41,20%	45	16,40%	3	13,00%	14	60,90%	6	26,10%
V34 Lenguaje extraño o extravagante (estilo robótico)	142	51,60%	105	38,20%	28	10,20%	0	0,00%	12	52,20%	11	47,80%
V35 Ecolalias (repetir palabras que han dicho otros)	148	54,00%	90	32,80%	36	13,10%	4	18,20%	15	68,20%	3	13,60%
V36 Problemas en el control del Impulso (Comida)	133	48,20%	88	31,90%	55	19,90%	2	9,50%	16	76,20%	3	14,30%
V37 Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	241	88,30%	25	9,20%	7	2,60%	11	50,00%	11	50,00%	0	0,00%
V38 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	198	73,30%	48	17,80%	24	8,90%	4	19,00%	11	52,40%	6	28,60%
V39 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	226	86,90%	23	8,80%	11	4,20%	7	38,90%	8	44,40%	3	16,70%
V40 Problemas en el control del Impulso (Juego)	177	66,00%	49	18,30%	42	15,70%	7	36,80%	7	36,80%	5	26,30%
V41 Irritabilidad	78	27,70%	154	54,60%	50	17,70%	1	4,30%	15	65,20%	7	30,40%
V42 Agresividad Verbal	148	52,10%	108	38,00%	28	9,90%	5	21,70%	14	60,90%	4	17,40%
V43 Agresividad Física	200	71,20%	76	27,00%	5	1,80%	11	47,80%	12	52,20%	0	0,00%
V44 Tendencia al Aislamiento	45	16,20%	143	51,40%	90	32,40%	1	4,30%	4	17,40%	18	78,30%
V45 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, etc.)	13	4,60%	127	44,90%	143	50,50%	0	0,00%	1	4,30%	22	95,70%
V46 Falta de empatía	29	10,30%	151	53,70%	101	35,90%	0	0,00%	5	21,70%	18	78,30%
V47 Poco contacto visual	54	19,20%	184	65,50%	43	15,30%	0	0,00%	8	34,80%	15	65,20%
V48 Balanceo	170	61,60%	84	30,40%	22	8,00%	5	21,70%	16	69,60%	2	8,70%
V49 Dificultades psicomotrices	68	24,80%	167	60,90%	39	14,20%	0	0,00%	4	17,40%	19	82,60%
V50 Dificultades visoespaciales (desorientación, no comprender ubicación)	174	64,00%	75	27,60%	23	8,50%	1	4,80%	12	57,10%	8	38,10%
V51 Tics motores	140	49,80%	108	38,40%	33	11,70%	2	8,70%	13	56,50%	8	34,80%
V52 Tics verbales	198	71,50%	69	24,90%	10	3,60%	6	28,60%	13	61,90%	2	9,50%
V53 Consumo de Alcohol	272	98,60%	3	1,10%	1	0,40%	13	61,90%	7	33,30%	1	4,80%
V54 Consumo de Tabaco	272	98,60%	1	0,40%	3	1,10%	14	70,00%	5	25,00%	1	5,00%
V55 Consumo de Marihuana / Hachís	277	99,60%	1	0,40%	0	0,00%	17	85,00%	3	15,00%	0	0,00%
V56 Consumo de Cocaína / LSD	276	99,60%	1	0,40%	0	0,00%	18	90,00%	2	10,00%	0	0,00%
V57 Insomnio	189	67,50%	79	28,20%	12	4,30%	2	9,10%	12	54,50%	8	36,40%
V58 Pesadillas	198	72,30%	66	24,10%	10	3,60%	5	26,30%	13	68,40%	1	5,30%
V59 Miedo a los extraños	185	67,50%	71	25,90%	18	6,60%	4	18,20%	14	63,60%	4	18,20%
V60 Desorientación	204	73,90%	66	23,90%	6	2,20%	5	22,70%	13	59,10%	4	18,20%
V61 Miedo a los espacios abiertos	229	83,30%	42	15,30%	4	1,50%	10	43,50%	12	52,20%	1	4,30%
V62 Problemas de expresión oral	142	51,30%	111	40,10%	24	8,70%	3	13,60%	10	45,50%	9	40,90%
V63 Problemas de comprensión del lenguaje	104	37,10%	141	50,40%	35	12,50%	0	0,00%	10	43,50%	13	56,50%
V64 Establecimiento de rutinas rígidas	49	17,40%	168	59,80%	64	22,80%	0	0,00%	2	8,70%	21	91,30%
V65 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	99	35,40%	129	46,10%	52	18,60%	2	9,10%	7	31,80%	13	59,10%
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	235	85,10%	37	13,40%	4	1,40%	18	78,30%	4	17,40%	1	4,30%
V67 Muestra crueldad con animales	269	96,40%	8	2,90%	2	0,70%	20	87,00%	3	13,00%	0	0,00%
V68 Muestra crueldad con otras personas	253	90,40%	24	8,60%	3	1,10%	18	78,30%	5	21,70%	0	0,00%
V69 Ha robado objetos	260	93,50%	18	6,50%	0	0,00%	14	66,70%	7	33,30%	0	0,00%
V70 Ha creado Incendios	271	97,80%	6	2,20%	0	0,00%	22	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
V71 Tendencia a la mentira	195	69,10%	73	25,90%	14	5,00%	17	73,90%	6	26,10%	0	0,00%
V72 Fugas de casa	263	95,30%	13	4,70%	0	0,00%	17	77,30%	5	22,70%	0	0,00%
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	267	96,00%	11	4,00%	0	0,00%	21	95,50%	1	4,50%	0	0,00%
V74 Enuresis (se orina de forma involuntaria)	264	94,30%	14	5,00%	2	0,70%	9	50,00%	8	44,40%	1	5,60%
V75 Encopresis (defeca de forma involuntaria)	270	96,80%	8	2,90%	1	0,40%	12	75,00%	4	25,00%	0	0,00%
V76 Nerviosismo / Ansiedad	53	19,00%	157	56,30%	69	24,70%	0	0,00%	6	26,10%	17	73,90%
V77 Tristeza / Depresión	143	51,80%	114	41,30%	19	6,90%	1	4,30%	6	26,10%	16	69,60%
V78 Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	205	73,70%	60	21,60%	13	4,70%	11	47,80%	8	34,80%	4	17,40%
V79 Autoagresiones	224	80,00%	46	16,40%	10	3,60%	5	22,70%	14	63,60%	3	13,60%
V80 Intento de suicidio	264	96,40%	8	2,90%	2	0,70%	11	50,00%	10	45,50%	1	4,50%

Prueba de Mann Whitney

	Vgrupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
V25 Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	1 Familiares	283	146,85	41558,00
	2 Profesionales	24	238,33	5720,00
	Total	307		
V26 Cambios de humor bruscos	1 Familiares	280	150,82	42230,00
	2 Profesionales	22	160,14	3523,00
	Total	302		
V27 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	1 Familiares	283	148,37	41989,50
	2 Profesionales	23	216,59	4981,50
	Total	306		
V28 Hiperactividad o Inquietud Motriz	1 Familiares	275	146,66	40331,50
	2 Profesionales	23	183,46	4219,50
	Total	298		
V29 Falta de atención sostenida	1 Familiares	276	147,09	40598,00
	2 Profesionales	23	184,87	4252,00
	Total	299		
V30 Tartamudeo	1 Familiares	276	146,17	40343,50
	2 Profesionales	22	191,25	4207,50
	Total	298		
V31 Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	1 Familiares	278	147,93	41124,00
	2 Profesionales	23	188,13	4327,00
	Total	301		
V32 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	1 Familiares	277	145,47	40296,00
	2 Profesionales	23	211,04	4854,00
	Total	300		
V33 Uso de expresiones verbales (Como refranes) fuera de contexto	1 Familiares	274	145,54	39879,00
	2 Profesionales	23	190,17	4374,00
	Total	297		
V34 Lenguaje extraño o extravagante (estilo robótico)	1 Familiares	275	142,07	39070,00
	2 Profesionales	23	238,30	5481,00
	Total	298		
V35 Ecolalias (repetir palabras que han dicho otros)	1 Familiares	274	145,05	39744,00
	2 Profesionales	22	191,45	4212,00
	Total	296		
V36 Problemas en el control del Impulso (Comida)	1 Familiares	276	146,06	40311,50
	2 Profesionales	21	187,69	3941,50
	Total	297		
V37 Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	1 Familiares	273	143,93	39293,00
	2 Profesionales	22	198,50	4367,00
	Total	295		
V38 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	1 Familiares	270	140,26	37869,00
	2 Profesionales	21	219,86	4617,00
	Total	291		
V39 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	1 Familiares	260	135,21	35155,50
	2 Profesionales	18	201,42	3625,50
	Total	278		
V40 Problemas en el control del Impulso (Juego)	1 Familiares	268	141,32	37873,00
	2 Profesionales	19	181,84	3455,00
	Total	287		
V41 Irritabilidad	1 Familiares	282	149,74	42226,00
	2 Profesionales	23	193,00	4439,00
	Total	305		
V42 Agresividad Verbal	1 Familiares	284	150,44	42724,00
	2 Profesionales	23	198,00	4554,00
	Total	307		

	Vgrupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
V43 Agresividad Física	1 Familiares	281	149,92	42128,00
	2 Profesionales	23	184,00	4232,00
	Total	304		
V44 Tendencia al Aislamiento	1 Familiares	278	145,66	40492,50
	2 Profesionales	23	215,59	4958,50
	Total	301		
V45 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	1 Familiares	283	148,29	41965,50
	2 Profesionales	23	217,63	5005,50
	Total	306		
V46 Falta de empatía	1 Familiares	281	147,38	41412,50
	2 Profesionales	23	215,11	4947,50
	Total	304		
V47 Poco contacto visual	1 Familiares	281	145,99	41023,50
	2 Profesionales	23	232,02	5336,50
	Total	304		
V48 Balanceo	1 Familiares	276	145,75	40227,00
	2 Profesionales	23	201,00	4623,00
	Total	299		
V49 Dificultades psicomotrices	1 Familiares	274	140,64	38535,50
	2 Profesionales	23	248,59	5717,50
	Total	297		
V50 Dificultades visoespaciales (desorientación, no comprender ubicación espacial)	1 Familiares	272	140,19	38131,00
	2 Profesionales	21	235,24	4940,00
	Total	293		
V51 Tics motores	1 Familiares	281	147,00	41306,00
	2 Profesionales	23	219,74	5054,00
	Total	304		
V52 Tics verbales	1 Familiares	277	144,98	40159,50
	2 Profesionales	21	209,12	4391,50
	Total	298		
V53 Consumo de Alcohol	1 Familiares	276	145,16	40064,00
	2 Profesionales	21	199,48	4189,00
	Total	297		
V54 Consumo de Tabaco	1 Familiares	276	145,67	40205,00
	2 Profesionales	20	187,55	3751,00
	Total	296		
V55 Consumo de Marihuana / Hachís	1 Familiares	278	148,04	41154,00
	2 Profesionales	20	169,85	3397,00
	Total	298		
V56 Consumo de Cocaína / LSD	1 Familiares	277	148,04	41006,00
	2 Profesionales	20	162,35	3247,00
	Total	297		
V57 Insomnio	1 Familiares	280	144,20	40377,00
	2 Profesionales	22	244,36	5376,00
	Total	302		
V58 Pesadillas	1 Familiares	274	142,75	39114,00
	2 Profesionales	19	208,26	3957,00
	Total	293		
V59 Miedo a los extraños	1 Familiares	274	143,01	39186,00
	2 Profesionales	22	216,82	4770,00
	Total	296		
V60 Desorientación	1 Familiares	276	143,53	39615,00
	2 Profesionales	22	224,36	4936,00
	Total	298		
V61 Miedo a los espacios abiertos	1 Familiares	275	144,93	39857,00
	2 Profesionales	23	204,09	4694,00
	Total	298		

	Vgrupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
V62 Problemas de expresión oral	1 Familiares	277	144,49	40024,00
	2 Profesionales	22	219,36	4826,00
	Total	299		
V63 Problemas de comprensión del lenguaje	1 Familiares	280	145,08	40622,50
	2 Profesionales	23	236,24	5433,50
	Total	303		
V64 Establecimiento de rutinas rígidas	1 Familiares	281	144,44	40589,00
	2 Profesionales	23	250,91	5771,00
	Total	304		
V65 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	1 Familiares	280	146,27	40954,50
	2 Profesionales	22	218,11	4798,50
	Total	302		
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	1 Familiares	276	149,17	41171,00
	2 Profesionales	23	159,96	3679,00
	Total	299		
V67 Muestra crueldad con animales	1 Familiares	279	150,42	41968,00
	2 Profesionales	23	164,57	3785,00
	Total	302		
V68 Muestra crueldad con otras personas	1 Familiares	280	150,64	42178,00
	2 Profesionales	23	168,61	3878,00
	Total	303		
V69 Ha robado objetos	1 Familiares	278	147,18	40916,00
	2 Profesionales	21	187,33	3934,00
	Total	299		
V70 Ha creado Incendios	1 Familiares	277	150,24	41616,00
	2 Profesionales	22	147,00	3234,00
	Total	299		
V71 Tendencia a la mentira	1 Familiares	282	153,70	43342,50
	2 Profesionales	23	144,46	3322,50
	Total	305		
V72 Fugas de casa	1 Familiares	276	147,52	40715,00
	2 Profesionales	22	174,36	3836,00
	Total	298		
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	1 Familiares	278	150,44	41821,00
	2 Profesionales	22	151,32	3329,00
	Total	300		
V74 Enuresis (se orina de forma involuntaria)	1 Familiares	280	145,52	40745,00
	2 Profesionales	18	211,44	3806,00
	Total	298		
V75 Encopresis (defeca de forma involuntaria)	1 Familiares	279	146,27	40808,00
	2 Profesionales	16	178,25	2852,00
	Total	295		
V76 Nerviosismo / Ansiedad	1 Familiares	279	145,27	40531,50
	2 Profesionales	23	227,02	5221,50
	Total	302		
V77 Tristeza / Depresión	1 Familiares	276	141,44	39038,50
	2 Profesionales	23	252,67	5811,50
	Total	299		
V78 Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	1 Familiares	278	147,78	41081,50
	2 Profesionales	23	189,98	4369,50
	Total	301		
V79 Autoagresiones	1 Familiares	280	145,20	40657,00
	2 Profesionales	22	231,64	5096,00
	Total	302		
V80 Intento de suicidio	1 Familiares	274	143,42	39298,00
	2 Profesionales	22	211,73	4658,00
	Total	296		

Estadísticos de contraste U de Mann Whitney

Estadísticos de contraste ^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
V25 Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	1372,000	41558,000	-5,557	,000
V26 Cambios de humor bruscos	2890,000	42230,000	-,542	,588
V27 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	1803,500	41989,500	-4,009	,000
V28 Hiperactividad o Inquietud Motriz	2381,500	40331,500	-2,165	,030
V29 Falta de atención sostenida	2372,000	40598,000	-2,203	,028
V30 Tartamudeo	2117,500	40343,500	-3,350	,001
V31 Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	2343,000	41124,000	-2,263	,024
V32 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	1793,000	40296,000	-3,770	,000
V33 Uso de expresiones verbales (Como refranes) fuera de contexto	2204,000	39879,000	-2,593	,010
V34 Lenguaje extraño o extravagante (estilo robótico)	1120,000	39070,000	-5,651	,000
V35 Ecolalias (repetir palabras que han dicho otros)	2069,000	39744,000	-2,706	,007
V36 Problemas en el control del Impulso (Comida)	2085,500	40311,500	-2,315	,021
V37 Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	1892,000	39293,000	-4,715	,000
V38 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	1284,000	37869,000	-5,155	,000
V39 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	1225,500	35155,500	-5,278	,000
V40 Problemas en el control del Impulso (Juego)	1827,000	37873,000	-2,416	,016
V41 Irritabilidad	2323,000	42226,000	-2,520	,012
V42 Agresividad Verbal	2254,000	42724,000	-2,742	,006
V43 Agresividad Física	2507,000	42128,000	-2,232	,026
V44 Tendencia al Aislamiento	1711,500	40492,500	-4,056	,000
V45 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	1779,500	41965,500	-4,119	,000
V46 Falta de empatía	1791,500	41412,500	-3,962	,000
V47 Poco contacto visual	1402,500	41023,500	-5,262	,000
V48 Balanceo	2001,000	40227,000	-3,374	,001
V49 Dificultades psicomotrices	860,500	38535,500	-6,515	,000
V50 Dificultades visoespaciales (desorientación, no comprender ubicación espacial)	1003,000	38131,000	-5,683	,000
V51 Tics motores	1685,000	41306,000	-4,182	,000
V52 Tics verbales	1656,500	40159,500	-4,053	,000
V53 Consumo de Alcohol	1838,000	40064,000	-8,191	,000
V54 Consumo de Tabaco	1979,000	40205,000	-6,751	,000
V55 Consumo de Marihuana / Hachís	2373,000	41154,000	-5,486	,000
V56 Consumo de Cocaína / LSD	2503,000	41006,000	-4,156	,000
V57 Insomnio	1037,000	40377,000	-6,108	,000
V58 Pesadillas	1439,000	39114,000	-4,050	,000
V59 Miedo a los extraños	1511,000	39186,000	-4,600	,000
V60 Desorientación	1389,000	39615,000	-5,308	,000
V61 Miedo a los espacios abiertos	1907,000	39857,000	-4,573	,000
V62 Problemas de expresión oral	1521,000	40024,000	-4,322	,000
V63 Problemas de comprensión del lenguaje	1282,500	40622,500	-5,259	,000
V64 Establecimiento de rutinas rígidas	968,000	40589,000	-6,248	,000
V65 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	1614,500	40954,500	-4,004	,000
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	2945,000	41171,000	-,919	,358
V67 Muestra crueldad con animales	2908,000	41968,000	-2,123	,034
V68 Muestra crueldad con otras personas	2838,000	42178,000	-1,776	,076
V69 Ha robado objetos	2135,000	40916,000	-4,280	,000
V70 Ha creado Incendios	2981,000	3234,000	-,696	,486
V71 Tendencia a la mentira	3046,500	3322,500	-,601	,548
V72 Fugas de casa	2489,000	40715,000	-3,408	,001
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	3040,000	41821,000	-,135	,892
V74 Enuresis (se orina de forma involuntaria)	1405,000	40745,000	-6,550	,000
V75 Encopresis (defeca de forma involuntaria)	1748,000	40808,000	-4,103	,000
V76 Nerviosismo / Ansiedad	1471,500	40531,500	-4,782	,000
V77 Tristeza / Depresión	812,500	39038,500	-6,538	,000
V78 Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	2300,500	41081,500	-2,841	,004
V79 Autoagresiones	1317,000	40657,000	-5,995	,000
V80 Intento de suicidio	1623,000	39298,000	-8,096	,000

a. Variable de agrupación: Vgrupo

Comparativa de sintomatología MUY HABITUAL (porcentajes)

A) Según profesionales

	Recuento	% del N de la tabla
V36 Rigidez de pensamiento (dificultad para cambiar de opinión)	23	95,8%
V56 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	22	95,7%
V75 Establecimiento de rutinas rígidas	21	91,3%
V38 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	20	87,0%
V60 Dificultades psicomotrices	19	82,6%
V43 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	18	78,3%
V55 Tendencia al Aislamiento	18	78,3%
V57 Falta de empatía	18	78,3%
V87 Nerviosismo / Ansiedad	17	73,9%
V88 Tristeza / Depresión	16	69,6%
V58 Poco contacto visual	15	65,2%
V76 Estereotipias de movimiento (gestos repetitivos)	13	59,1%
V74 Problemas de comprensión del lenguaje	13	56,5%

B) Según familiares

	n	% de la fila
V45 Incomprensión de las normas implícitas sociales (bromas, trampas de juego, etc.)	143	50,50%
V27 Entender literalmente el contenido de lo que se le dice	122	43,10%
V32 Expresión verbal y léxico rico (incluso pedante)	107	38,60%
V25 Rigidez de pensamiento (dificultad ante los cambios)	103	36,40%
V46 Falta de empatía	101	35,90%
V44 Tendencia al Aislamiento	90	32,40%
V29 Falta de atención sostenida	82	29,70%
V31 Verborrea (hablar mucho de forma seguida)	79	28,40%

Comparativa de sintomatología MUY POCO HABITUAL (porcentajes)

A) Según profesionales

	o	
	Recuento	% del N de la tabla
V81 Crear Incendios	22	100,0%
V84 Ingiere elementos que no son alimentos	21	95,5%
V67 Consumo de Cocaína / LSD	18	90,0%
V78 Mostrar crueldad con animales	20	87,0%
V66 Consumo de Marihuana / Hachís	17	85,0%
V77 Destruir objetos de otros intencionadamente	18	78,3%
V79 Mostrar crueldad con otras personas	18	78,3%
V83 Fugas de casa	17	77,3%
V86 Encopresis	12	75,0%
V82 Tendencia a la mentira	17	73,9%
V65 Consumo de Tabaco	14	70,0%
V80 Robo de objetos	14	66,7%
V64 Consumo de Alcohol	13	61,9%
V85 Enuresis	9	50,0%
V91 Intentos de Suicidio	11	50,0%
V41 Tartamudeo	11	50,0%
V48 Restricciones alimentarias (tipo anorexia)	11	50,0%

B) Según familiares

	o	
	Recuento	% del N de la tabla
V55 Consumo de Marihuana / Hachís	277	99,60%
V56 Consumo de Cocaína / LSD	276	99,60%
V53 Consumo de Alcohol	272	98,60%
V54 Consumo de Tabaco	272	98,60%
V70 Ha creado Incendios	271	97,80%
V75 Encopresis (defeca de forma involuntaria)	270	96,80%
V67 Muestra crueldad con animales	269	96,40%
V80 Intento de suicidio	264	96,40%
V73 Ingiere elementos que no son alimentos	267	96,00%
V72 Fugas de casa	263	95,30%
V74 Enuresis (se orina de forma involuntaria)	264	94,30%
V69 Ha robado objetos	260	93,50%
V68 Muestra crueldad con otras personas	253	90,40%
V37 Restricción de la alimentación (tipo anorexia)	241	88,30%
V39 Problemas en el control del Impulso (Sexualidad)	226	86,90%
V66 Destruye objetos de otros intencionadamente	235	85,10%
V61 Miedo a los espacios abiertos	229	83,30%
V30 Tartamudeo	225	81,50%
V79 Autoagresiones	224	80,00%
V60 Desorientación	204	73,90%
V78 Mutismo Selectivo (pese a poder hablar no lo hace)	205	73,70%
V38 Problemas en el control del Impulso (Gasto económico)	198	73,30%
V58 Pesadillas	198	72,30%
V52 Tics verbales	198	71,50%
V43 Agresividad Física	200	71,20%
V71 Tendencia a la mentira	195	69,10%
V57 Insomnio	189	67,50%
V59 Miedo a los extraños	185	67,50%
V40 Problemas en el control del Impulso (Juego)	177	66,00%
V50 Dificultades visoespaciales (desorientación, no comprender ubicación espacial)	174	64,00%
V48 Balanceo	170	61,60%

ANEXO X - Guía para la elaboración de informes forenses de afectados por Síndrome de Asperger

- Análisis Documental de carácter legal
- Análisis Documental de carácter profesional (informes previos de carácter médico, psicológico, escolar o laboral si procede)
- Realización de entrevistas con el afectado (ver recomendaciones para la entrevista en este estudio)
- Realización de entrevistas con el informante externo relacionado con el afectado (padre, madre, pareja, tutor/a, etc.)
- Coordinación con profesionales vinculados al caso
- Uso de pruebas de valoración de carácter psicométrico específicas de trastornos del espectro autista, de inteligencia e inteligencia emocional, de personalidad, neuropsicológicas, de funciones ejecutivas concretas así como de otros elementos de carácter emocional y cognitivo específicos de cada caso (ver recomendaciones de pruebas psicométricas en este mismo estudio)
- Valoración diagnóstica en caso de no existir previamente, sino se recomienda ceñirse a la valoración realizada por profesionales anteriores, intentando completarla en los elementos que no aparezcan.
 - Diagnóstico (Endógeno y Exógeno) y su evolución sintomatológica
 - Diagnóstico Diferencial y Comorbilidades
 - Análisis de Funciones Ejecutivas, Cognitivas y de Inteligencia Emocional
 - Incidencia del diagnóstico en la vivencia del proceso legal
- Valoración específica en el caso legal concreto (Penal, Civil, Familia, Laboral): Imputabilidad, Factores Cognitivos y Volitivos, Afectación de Rutinas y Pautas Familiares, Afectación en rutinas laborales y sociales a efectos laborales, exactitud y credibilidad, etc.
- Redacción del informe basada en cánones metodológicos y deontológicos habituales en el ámbito forense
- Ratificación de informe (si procede) en vista oral, trasladando una explicación técnica aunque con un discurso más sencillo a fin de poder expresar mejor la especificidad del Síndrome y su relación con el proceso legal.

**ANEXO XI - Recomendaciones para el interrogatorio o entrevista pericial forense
en casos de afectados por Síndrome de Asperger**

- Al inicio de la entrevista dar unas claras instrucciones sobre el objetivo de la entrevista, duración aproximada, si habrá pausas, los motivos por los cuales no está acompañado (si no lo está), sobre continuidad en otras sesiones y sobre la importancia de que aquello que no entienda puede preguntarlo.
- A nivel genérico recomendamos atender a elementos de carácter sintomatológico en las entrevistas que puedan ayudarnos a entender mejor la expresión en su caso particular de la sintomatología, siendo tolerante ante los mismos intentando no controlarlos en exceso (por ejemplo elementos de hiperactividad, puntual desatención, obsesividad con algunos elementos contextuales de la entrevista).
- Se recomienda en general no entrar en contacto físico durante la entrevista a no ser que sea a demanda del propio entrevistado y que nos indique (mediante su propia expresión no verbal) que este acercamiento es aceptado
- Huir de planteamientos de preguntas basados en cambios de perspectiva o de reconstrucción de contextos como suele ser habitual en técnicas como la entrevista cognitiva
- Huir de planteamientos de preguntas basados en entrevistas que incluyan preguntas extremadamente abiertas o con una importante tendencia al recuerdo libre. Cuanto menos, un planteamiento libre debería darse exclusivamente al inicio y con la finalidad de ayudar al entrevistador a valorar limitaciones y elementos que requieren ampliación en base a preguntas más directas, concretas y con un lenguaje comprensible.
- Entender que las personas afectadas por Síndrome de Asperger pueden presentar una construcción especial de aspectos de recuerdo y cognitivos, y por tanto se debe respetar su hilo conductor en conversación, intentando no cortar planteamientos o discursos que, efectivamente pueden ir hacia un fin concreto o, de hecho pueden reconducirse sin ser tajante.
- En caso de periodos de desatención una buena estrategia puede ser iniciar las preguntas dirigiéndose al entrevistado por su nombre de pila, elemento que recomendamos se repita de forma paulatina.
- Intentar no tomar excesivamente notas en la entrevista por no saber qué incidencia puede tener en el entrevistado este elemento.
- Se debe dar tiempo para la respuesta, pueden tener un periodo de latencia de respuesta importante, asociado a la reconstrucción de las unidades del recuerdo y a la propia comprensión de la pregunta. Ante un periodo muy elevado es mejor plantear si ha entendido la pregunta anterior que no reformular la misma, pudiéndose dar un malentendido.

- Se recomienda no utilizar en ningún caso: valoraciones subjetivas de las respuestas, ironías o juegos de palabras o interpretaciones de lo que nos ha respondido si no ha quedado claro, es preferible preguntarle si puede repetirlo porque no lo hemos entendido.
- Si bien es muy difícil controlar los elementos de comunicación no verbal por parte del entrevistador, se debería minimizar el uso de estos como forma de interrelación en entrevista (para dar paso, interrumpir, etc.) y, en especial, cualquier elemento que pueda ser interpretado como hostil o amenazante. Recomendamos adoptar una actitud neutra con tendencia afable que sea sostenida de forma continua en la entrevista.
- Minimizar en entrevista aquellos elementos que veamos que no es capaz de aportar (por ejemplo orientación temporal, intencionalidad de otros, contexto viso espacial) y potenciar aquellos en los que se vea capaz de aportar información importante.

ANEXO XII – Estudio de Caso

Para este análisis hemos modificado los nombres y todos aquellos elementos que pudieran ser de relevancia para la identificación del caso.

A. Antecedentes del caso

- La Sra. XXXX nació en 1996, por lo que actualmente cuenta con 18 años, aunque en el momento de las presuntas agresiones que se valoran en esta pericial contaba con 17 años.
- Desde su infancia ya fue diagnosticada con patologías de la esfera de la salud mental, habiendo tenido varios diagnósticos (que exploraremos en siguientes apartados). Actualmente, está diagnosticada de Síndrome de Asperger (F84.5 [299.80] según DSM-IV-TR).
- Sus padres se encuentran divorciados, así que actualmente convive con su madre en (ciudad) y realiza el cumplimiento del régimen de visitas con su padre sin mayor dificultad. Según manifiesta, muestra un mayor vínculo con su madre por tratarse de la figura referente en sus cuidados y atenciones personales.
- Realiza estudios de secundaria (de forma virtual) mediante la Asociación (---) a la que acude (especialmente dedicada al tratamiento de las dificultades y patologías asociadas a la Sra. XXXXX). Tradicionalmente ha mostrado un rendimiento escolar bajo, y parece que la situación actual se está estabilizando en cuanto a sus calificaciones.
- En el momento de los presuntos hechos la Sra. XXXXX consumía fármacos con receta consistentes en *Topamax* 100 mg (1-0-1) que se prescribe como antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, *Concerta* 54 (1-0-0) que se prescribe para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y *Abifily* 10mg y *Abifily* 5mg/48h e la esfera antipsicótica.
- Como antecedente individual, según consta documentalmente y así se nos manifiesta por todos los entrevistados, la Sra. XXXXX sufrió presuntamente una agresión sexual con penetración a la edad de 14 años (aproximadamente) que no fue denunciada.

- Según consta documentalmente, la mañana del 15 de ---- de 2013 la Sra. XXXXX requirió ayuda policial en relación a una presunta agresión sexual por parte del Sr. YYYY (de 26 años de edad), procediéndose a la detención del mismo a raíz de lo manifestado por la Sra. XXXXX.

B. Resumen de los hechos (según consta en documentación legal aportada)

Para esta tesis doctoral aportamos un breve resumen del procedimiento legal a fin de facilitar la lectura comprensiva del caso.

En 2013 la Sra. XXXXX se da de alta en una página web de contactos, modificando su fecha de nacimiento. Allí conoce a un chico de forma virtual y deciden quedar para desayunar a la mañana siguiente. Según se desprende de la documentación legal, al reunirse muy pronto por la mañana y no encontrar un bar abierto, el Sr. YYYY (imputado) le propone desayunar en su casa. Una vez allí, y mientras otros compañeros de piso dormían, se produce una presunta agresión sexual hacia la Sra. XXXX, tras lo cual ella es echada del edificio y desde el rellano y apenas sin ropa, llama al 112 desde su teléfono móvil desorientada y sin poder ubicar su localización.

Según la minuta policial, del informe médico de la menor realizado a posteriori de la presunta agresión en el Hospital -----, se destaca *"la no detección de ninguna anomalía física o lesión de ningún tipo", "no presentando lesiones cutáneas evidentes" y "siendo el resultado de las revisiones ginecológicas normales" "sin lesiones externas o signos de violencia"⁵* aunque la valoración médico forense determina que *"la reconocida está desflorada y que del resultado de la exploración ginecológica se desprende que los hechos que narra podrían ser pericialmente atribuibles a lo denunciado pudiendo ser compatibles con la realidad"*

Tras el resto de diligencias policiales, en esta minuta se concluye que *"por las características de la víctima, es evidente que el detenido era plenamente consciente que la chica a la que había conocido mediante internet, la Sra. XXXXX, sufría una discapacidad psíquica que la hacía especialmente vulnerable. De hecho este punto es reconocido por el mismo a los agentes actuantes negando por otro lado conocer su condición de menor de edad"*

En relación a la exploración médica y las declaraciones de los dos testigos, valoran que *"podría indicar que la violencia utilizada y el tiempo de la mencionada agresión fuera menor que la percepción que tuvo de ella"*

En su declaración el Sr. YYYYYYYYYYYY manifiesta "que no son ciertos los hechos que se le imputan, [...] que cuando la vio le pareció una chica normal [...] que fue ella la que se quitó la parte de abajo de la ropa, la que le acostó y se introdujo el pene [...] que él miró y vio que iba muy sucia y no acabó de ver clara la situación y no quiso continuar y fue al lavabo a eyacular [...] ella se puso muy nerviosa y continuó dándole besos [...], él le dijo que se vistiera y se fuera [...] y ella se puso muy nerviosa tirándose al suelo y lo presenció su compañero de piso BBBB"

Dos meses después se emite informe Médico Forense de la Sra. XXXXX por parte de la Dra. MMMM en relación a "la capacidad cognoscitiva para prestar declaración como testigo" concluyendo que actualmente está diagnosticada de "Asperger y TDAH combinado realizando buen cumplimiento actual, sin descompensaciones recientes. No presenta sintomatología psicopatológica aguda ni alteración de sus funciones psíquicas fundamentales, teniendo pues un conocimiento adecuado de sus actos, por lo que presenta unas capacidades intelectivas, afectivas y volitivas dentro de la normalidad [...] no presenta alteración mental grave que le anule su capacidad cognoscitiva por lo que en el momento actual puede prestar declaración sobre los hechos"

c. Evolución clínica de la Sra. XXXXXXXXXXXX (en base a documentación médica)

De los diversos antecedentes analizados para este estudio, aportamos exclusivamente aquellos que resultan de interés para la comprensión de esta tesis doctoral.

En este sentido, se concluye en la valoración clínica "una vez administradas las pruebas correspondientes, la observación clínica y la entrevista con los padres e información recogida del centro escolar, orienta sintomatología dentro de los **Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), y más concretamente, SINDROME DE ASPERGER, según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, cumpliendo además criterios diagnósticos de TDAH tipo combinado y Trastorno del control de los impulsos no especificado.** Actualmente La Sra. XXXXXX, está estable en sus aspectos emocionales y conductuales. Establece una relación afectiva con otro chico que acude a la asociación y ha establecido amistades también dentro del programa con quien sale de manera regular"

"A pesar de ofrecer información de manera espontánea, tiene dificultades en la narración de un suceso rutinario siendo inconsistente en sus respuestas. Dentro de una conversación incluye información espontánea en respuestas y preguntas pero está limitada a la flexibilidad de estas. Del mismo modo, La Sra. XXXXXX utiliza un rango limitado o exagerado dentro del contexto de gestos enfáticos y poco uso de gestos convencionales o descriptivos. En relación a la interacción social recíproca, dirige pocas expresiones faciales y muestra poca calidad en la expresión no verbal que acompaña las vocalizaciones. Es capaz de realizar cierta descripción de emociones pero dificultad para

comunicarlas adecuadamente. A pesar de que hay cantidad de comunicación social recíproca, la calidad de los acercamientos sociales y la respuesta social es inapropiada siendo exagerada dentro del contexto, mostrándose complaciente al otro o rechazándolo debido a la nula manifestación de que comprende y comparte los estados emocionales. La Sra. XXXXXX presenta escasa comprensión de las relaciones sociales típicas y en consecuencia de su rol dentro de ellas. Pocos indicios de responsabilidad a sus propias acciones exponiéndola reiteradamente en situaciones de peligro físico y psíquico por ella mismo y su entorno. La Sra. XXXXXX tiene especial adhesión a las rutinas y rituales de conducta. Del mismo modo presenta hipersensibilidades y hiposensibilidades visuales, auditivas, táctiles, gustativas y olfativas. Interés específico a la sexualidad, pero sin comprensión del mismo. En ocasiones, el nivel de agitación y actividad de La Sra. XXXXXX es elevado, mostrando conductas negativas disruptivas con claros síntomas de ansiedad e impulsividad. Presenta sintomatología de trastorno del control de los impulsos donde sabe diferenciar algunas conductas apropiadas y no apropiadas pero muchas dificultades de autocontrol ante la influencia de la otra o norma o autoridad. Su autonomía y su funcionalidad social han sido objeto de la intervención, trabajando aspectos tales como la gestión del tiempo, administrarse el dinero, velar por sus pertenencias, etc. En estos aspectos La Sra. XXXXXX presenta muchas dificultades de autogestión. Del mismo modo, se están trabajando las habilidades sociales, la comprensión social, la empatía y el autocontrol”

En mayo de 2013 se observa un "empeoramiento del control de los impulsos, pudiendo contenerse con intervención psicológica, ajuste de la mediación y control de los factores de estrés ambiental. Agravamiento de la impulsividad y el descontrol conductual durante los meses de verano, con cumplimiento irregular de la mediación y conductas de riesgo. Desde entonces, fluctuaciones en su funcionamiento, alternando semanas de leve mejoría con otras de importante descontrol, con irritabilidad, respuestas heteroagresivas y mayor dificultad para tolerar los límites”¹⁴

En noviembre de 2013 se le aplica de nuevo la escala de valoración de la inteligencia ahora ya adaptada a su edad (WAIS-IV), mostrando puntuaciones dentro de la normalidad en Comprensión verbal, así como en organización perceptiva, pero por debajo de la normalidad en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

*“Desde finales de 2013 – comienzos de 2014, sus referentes refieren un empeoramiento anímico con aumento de tristeza, mayor irritabilidad, incremento de las explosiones de rabia con agresividad ante el marcaje de límites e insomnio”. Es en base a esta situación que se decide realizar un ingreso programado en febrero de 2014 en el Hospital A----- -- en el que se trabajan diferentes habilidades y se concluye que el diagnóstico actual de la Sra. XXXXXX es: **Trastorno de Asperger (299.80), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo Combinado (314.01) y Trastorno del Control de los Impulsos No especificado (312.30) según DSM-IV-TR.***

D. Resultados Sra. (madre de la Sra. XXXXXX)

- **Entrevistas:**

Los padres de la Sra. XXXXX acuden a la entrevista de forma cooperadora y dialogante, intentado aportar la información que consideran útil para la comprensión de la situación de su hija, así como de la expresión que en ella tiene su diagnóstico de Salud Mental.

Explican la historia del desarrollo de la patología de la Sra. XXXXX en idénticos términos evolutivos que lo que nos consta a nivel documental, pero explicándolo desde su conocimiento no técnico de la patología, aunque cabe decir que muestran amplio conocimiento de los síntomas de su hija y la evolución de los mismos.

A nivel familiar, explican que la Sra. XXXXX se muestra integrada en la vida diaria con su madre, habiendo aceptado la situación de separación entre sus padres con normalidad y debido al tiempo transcurrido. Muestra un vínculo más fuerte con su madre debido a que es la figura que ha ostentado más tiempo su guarda y quien se encuentra al cargo, mayoritariamente, del seguimiento de la patología de la Sra. XXXXX y de su vida cotidiana.

Sobre los presuntos hechos juzgados, manifiestan que la Sra. XXXXX muestra dificultades severas en las interacciones con otros, en la línea de lo manifestado por las profesionales que la asisten, y que no es capaz de valorar el riesgo que suponen algunas situaciones sociales debido a su trastorno mental. En este sentido, explican que las personas con Autismo y Asperger suelen verse victimizados debido a las dificultades que tienen para percibir el riesgo, así como las dificultades que muestran para poder explicarlo. Así, explican este extremo ejemplificándolo en que la Sra. XXXXX les manifestó que había sido presuntamente violada por un extraño a la edad de 14 años, y que no lo supieron hasta 6 meses después debido al empeoramiento de algunos de sus síntomas y a que fue preguntada directamente por ello. A raíz de aquel episodio fue ayudada por los profesionales a saber reaccionar en caso de que le ocurriera de nuevo, activando servicios de emergencia.

En relación a la sexualidad de la Sra. XXXXX, manifiestan que muestra dificultades de gestión de la misma debido a que además de Trastorno Asperger está diagnosticada bajo problemas de Control de los Impulsos, que se expresa en una elevada preocupación por su imagen y en una sexualidad elevada. Así, necesita del contacto sexual con sus parejas y éste extremo se supervisa por parte de los servicios que la atienden. Así, explican que mantiene contactos sexuales con la que es su pareja bajo supervisión profesional (encuentros acordados y gestión emocional de los mismos), pero que la Sra. XXXXX es capaz de diferenciar perfectamente entre un encuentro

sexual consentido y no consentido, así como diferenciar entre si algo le resulta o no agradable.

Manifiestan asimismo, que la Sra. XXXXX debido a su enfermedad, no puede gestionar mentiras ni a medio ni largo plazo, debido a que le cuesta sostener un discurso diferente a aquello que percibe. Así, en caso de que haya intentado mentir a sus padres, suelen ser mentiras ilusas, insostenibles y que son identificadas poco tiempo después. Destacan mucho el hecho de que esta situación de denuncia ha perjudicado mucho a su hija, no solo por el agravamiento de algunos síntomas (que ubican a resultados de la presunta agresión sexual), sino al hecho de que se le han restringido muchos elementos que ella había ido consiguiendo en base a su mejora conductual y emocional. Así, se le han restringido los contactos con su pareja, del uso del teléfono móvil y de Internet, etc.

Finalmente, explican que con anterioridad a este proceso, habían solicitado judicialmente la incapacidad de la Sra. XXXXX atendiendo a que estaba alcanzando la mayoría de edad, siendo imposible su autogobierno, por lo que se encuentra iniciado un proceso actualmente, pendiente de resolución en el momento de la finalización de este informe.

E. Resultados Sra. XXXXXX

- **Entrevistas:**

La Sra. XXXXX, nacida en 1996, se muestra colaboradora y facilitadora en todo momento de la evaluación psicológica, propiciando un adecuado abordaje de las diferentes temáticas que se exploran. En este sentido, se establece rápidamente una buena vinculación con los evaluadores, sin que haya evidencia de suspicacia o animadversión por su parte. Desde el primer contacto, se hacen patentes las dificultades intrínsecas a la sintomatología del Síndrome de Asperger, sin embargo, presenta una actitud abordable y no retraída.

A primera vista su apariencia resulta cuidada y tendiente a la preocupación estética con el objeto de agradar a los otros. Así, destaca una imagen seductora y sin embargo, tras la primera interacción se evidencia principalmente su preocupación por ser aceptada por los demás en base a su apariencia física, más que de establecer contacto íntimo con ellos. En este sentido, la Sra. XXXXX instrumentaliza la imagen que proyecta con la finalidad de controlar aquellos aspectos de las relaciones e interacciones sociales que se encuentran limitados debidos al Síndrome de Asperger que padece. Asimismo, esta necesidad constante de agradar queda patente en un lenguaje y comportamiento no verbal característico del flirteo, aunque de una forma ingenua, más bien aprendida como mecanismo de interacción social que como respuesta a una motivación sexual genuina.

Mantiene un nivel adecuado de lenguaje, si bien es cierto que en ocasiones tiende al descarrilamiento, dificultad de la que es consciente, sin que existan mayores inconvenientes para reconducir la conversación. Por otro lado, es capaz de poner ejemplos cuando no logra hacerse a entender, evidenciando su interés en que su discurso sea comprensible para su interlocutor. Presenta grandes dificultades en el entendimiento y el uso del doble sentido del lenguaje, por lo que su comunicación social se fundamenta en la literalidad. En este sentido, pese a que utiliza expresiones coloquiales típicas de su edad, es incapaz de adecuarlas correctamente a su discurso.

Asimismo, no se evidencia influencia por parte de terceros que puedan estar condicionando su discurso. Del mismo modo, no se observa en la Sra. XXXXX ninguna pretensión de manipulación sobre los evaluadores o sobre el contenido abordado durante las entrevistas. En este sentido, es capaz de reconocer abiertamente cuando no recuerda algo con claridad o bien cuando no puede ofrecer el nivel de detalle que se le requiere, no mostrando vulnerabilidad a la sugestión y siendo asertiva en la expresión de sus ideas. Por otro lado, el discurso se acompaña de un estado emocional congruente al contenido del mismo, resultándole más difícil el abordaje de temas con alto contenido emocional (como es el caso de los supuestos hechos que motivan la presente exploración pericial) que los emocionalmente inocuos.

En relación al relato de los hechos denunciados, el cual se aborda concretamente mediante la técnica SVA unas líneas más adelante, cabe destacar el mantenimiento de la congruencia y exactitud respecto a las declaraciones anteriores recogidas en los documentos de procedimiento legal disponibles que se refieren al final del presente informe pericial. Por otro lado, se evidencia la interferencia del paso del tiempo en la memoria de los acontecimientos, el cual se acentúa debido a la necesidad de la Sra. XXXXX de salvaguardarse emocionalmente de detalles que, tal y como manifiesta "*hi ha detalls que no m'agrada recordar*", le suponen una reexperimentación de un acontecimiento vital estresante. Sin embargo, es capaz de propiciar detalles si se le pregunta específicamente por ellos, ya que de otra manera pasarían desapercibidos al no otorgarle la Sra. XXXXX la relevancia adecuada a los mismos en la emisión de un recuerdo libre. Este extremo es compatible y congruente con su diagnóstico de Síndrome Asperger, y no resulta una alteración de su testimonio. Cabe mencionar, que esta circunstancia se da excepto en relación a aquellos recuerdos de carácter visioespacial (por ejemplo, no es capaz de detallar con precisión si la habitación en la que sucedieron los supuestos hechos era la primera o la segunda del pasillo), estando esta función cognitiva especialmente alterada en el Síndrome de Asperger. A todo esto, debemos añadirle las dificultades obvias que presenta la Sra. XXXXX en la velocidad de procesamiento de la información en general, lo cual perjudica significativamente la fluidez en la emisión del discurso en el caso que nos ocupa.

La Sra. XXXXX es consciente de sus dificultades asociadas a su diagnóstico, aunque no haga mención explícita a la patología que padece, así como de la necesidad de seguir el tratamiento y las indicaciones terapéuticas. En este sentido, es capaz de identificar cuando, por ejemplo, se descompensa emocionalmente o pierde el control de sus impulsos, sin embargo, en un primer momento le cuesta reconocer que necesita de la ayuda de terceras personas, así como procesar el riesgo que puede suponer esta descompensación.

No posee las habilidades suficientes como para interpretar correctamente las intenciones de los demás, ya bien sean positivas o negativas, por lo que no muestra desconfianza ante situaciones que puedan suponerle un perjuicio, manipulación o engaño.

Desde hace unos meses, y desde antes de los hechos denunciados, la Sra. XXXXX mantiene una relación afectiva, y tutelada, con otro miembro de la Asociación. Destaca su conocimiento en cuanto a los acuerdos tácitos que establecen en una relación de pareja, así como una estrecha vinculación entre la emocionalidad y la sexualidad, estableciendo los sentimientos como condición necesaria para el contacto íntimo. Extremo, por otro lado, que consta y reconoce como trabajado y aprendido durante el proceso terapéutico en los centros médicos y asistenciales de los que la Sra. XXXXX forma parte debido a su patología.

Respecto al perfil de (*página de contactos*) manifiesta que se lo crearon sus primos, los cuales le animaron a introducirse en esta red social, poco antes del día de los hechos, haciendo hincapié en que mantuvo conversación con otros chicos, a los que siempre les dijo su edad verdadera. En este sentido, la Sra. XXXXX manifiesta que introdujo una edad cualquiera porque no se le da bien el cálculo de los años a la inversa. Pone de manifiesto que el Sr. YYYYYYYYY no le gustaba ya que, independientemente del físico, le parecía que este no era claro ni amable con ella, características que valora para decidir con quién mantener relaciones sexuales. En la actualidad reconoce que le preocupa y le produce frustración el no recordar la contraseña de su perfil de (*página de contactos*), ya que desearía poder borrarlo.

En relación a los presuntos hechos, lo manifestado por la Sra. XXXXX queda recogido en apartados posteriores, bajo los parámetros específicos de la técnica SVA.

- **Pruebas de Evaluación Psicométricas:**

TECA

Este cuestionario autoadministrado está centrado en valorar la percepción que el evaluado tiene sobre los pensamientos y emociones de los otros, en este sentido, pretende medir la capacidad de empatía. De los resultados obtenidos por la Sra. XXXXX, se desprende que muestra dificultades para ubicar correctamente los pensamientos y emociones de los otros y ponerse en el lugar de ellos (PC Escala Global = 30). Esta puntuación baja se concretiza en una puntuación muy baja en Adopción de Perspectivas (PC=10), lo que supone un estilo de pensamiento bastante rígido en sus relaciones con los otros. Por otro lado, es capaz de percibir estados afectivos positivos (Alegría Empática PC=65), y es muy capaz de percibir el sufrimiento o daño en aquellos que aprecia implicándose en su ayuda de forma altruista (Estrés Empático PC=80). Así, es capaz de percibir emocionalidad en los otros (Comprensión emocional PC=60) pero no por ello saber identificar correctamente su significado.

Todo ello nos lleva a valorar de este test, que la Sra. XXXXX puede comprender estados empáticos de sus allegados o de aquellos que le importan emocionalmente, aunque no sepa actuar en consecuencia. Al respecto de aquellos que no conoce, es capaz de percibir estados emocionales costándole ubicar el significado de los mismos.

BASC

Este cuestionario autoadministrado está basado en valorar la percepción clínica que el sujeto tiene de sí mismo. Así, en primer lugar se destaca que nos encontramos ante un perfil cuyas escalas de validez permiten su interpretación, dado que no se ha respondido pretendiendo presentar una imagen negativa de sí misma (F=0) o de una forma defensiva (L=2), sin malinterpretación de los ítems o falta de cooperación (V=0), existiendo consistencia en las respuestas facilitadas (ICR=2) y descartándose la presencia de un patrón en la emisión de las mismas (PTR=90).

En segundo lugar, respecto a las Dimensiones Globales, destaca la existencia de un Desajuste Clínico (T=71) con suficiente entidad como para suponer la presencia de problemas y dificultades clínicamente relevantes y que requieren de atención clínica, consistentes con los diagnósticos previos.

En tercer lugar, en relación a las Escalas Clínicas, se evidencia una puntuación significativa en la escala de *Atipicidad* (T=71), lo que supone una tendencia a tener cambios bruscos de ánimo, ideas extrañas, experiencias inusuales o pensamientos obsesivos-compulsivos, así como conductas atípicas, todo ello estrechamente relacionado con algún trastorno de carácter psicopatológico severo. Asimismo, destaca la puntuación obtenida en la escala *Locus de control* (T=70), siendo

significativa su tendencia a tener una visión del mundo que le rodea fuera de su control, lo que le impide mantener una sensación de seguridad y estabilidad eficaz.

Finalmente, de lo recogido en las Escalas Adaptativas, bajo su percepción no se desprende la existencia de dificultades de adaptación ni en relación a su entorno ni a ella misma.

Por todo ello, de esta prueba psicométrica podemos valorar que la Sra. XXXXX conoce de sus dificultades personales (alto insight) pero que su visión subjetiva de los mismos puede no ser consistente con la visión de los técnicos que la asisten o de sus familiares. Este elemento de valoración subjetiva de la patología es consistente con su diagnóstico. Además, cabe decir que la puntuación en Atipicidad puede deberse a su hipersensibilidad sensitiva o a la experiencia subjetiva del propio diagnóstico de Asperger, que a su vez, le hace ubicar parte de sus dificultades en el entorno que la rodea.

SVA

La SVA es una escala heteroadministrada dedicada al análisis del contenido de la declaración del evaluado, y que en el ámbito forense se utiliza con la finalidad de valorar la credibilidad de lo manifestado por el evaluado. Así, nos encontramos ante una declaración que se caracteriza de forma general por seguir una estructura lógica, una elaboración suficientemente estructurada y en la que se evidencian una cantidad proporcionada de detalles, todo ello, atendiendo a las características que se derivan de la patología anteriormente descrita que padece la Sra. XXXXX.

Concretamente, en primer lugar, el relato se encuentra contextualizado en espacio y tiempo, haciéndose explícita la descripción de interacciones con todas las personas con quien interactúa, destacando especialmente la reproducción literal de las conversaciones que se establecen en el transcurso de los acontecimientos. Resulta muy significativa la aparición de la descripción de una complicación inesperada durante el suceso (como es el caso del papel o compresa que supuestamente llevaba puesta la Sra. XXXXX y que motivó la respuesta negativa del presunto agresor), así como la incompreensión de detalles que se relatan con precisión (por ejemplo, al realizar una atribución errónea ante el comportamiento del presunto agresor al proponerle de quedar o al recorrer los diferentes establecimientos, no dudando al respecto de su intención) y la evidencia de asociaciones externas relacionadas con los hechos. Asimismo, resulta relevante la multitud de manifestaciones que recogen el estado mental subjetivo de la declarante a lo largo de la declaración, en consonancia con su diagnóstico. Por otro lado, se evidencian correcciones espontáneas y admisión de falta de memoria, planteándose esporádicamente dudas sobre el propio testimonio en relación a detalles concretos.

En segundo lugar, la declaración recoge un lenguaje y conocimientos apropiados en relación a las características de la declarante. Del mismo modo, existe correlación entre el relato y el afecto en el transcurso de los hechos declarados. En base a los elementos de la Psicología del Testimonio, no se evidencia susceptibilidad a la sugestión, manteniéndose la adecuación general de la entrevista. Asimismo, no se evidencian motivos cuestionables para declarar ni evidencia de coerción o presión por parte de terceros. En este sentido, la revelación de los hechos se realiza en el contexto correspondiente en el transcurso de los mismos, no hallándose contradicciones o inconsistencia con las leyes naturales u otras declaraciones o evidencias.

En tercer lugar, cabe destacar que tanto la presencia como la ausencia de los diferentes criterios que componen esta prueba, se ajusta a las características cognitivas de una persona diagnosticada con **Síndrome de Asperger**. De este modo, y siendo intrínseco a este tipo de trastorno, se evidencian dificultades en la memoria visoespacial, ausencia de atribución del estado subjetivo del otro, incomprensión del doble sentido del lenguaje e inadecuación ante las relaciones sociales. Asimismo, la cantidad de detalles que se recogen en el relato, son accesibles en el momento que se pregunta por ellos y se hace evidente su importancia, ya que de otro modo pasarían desapercibidos al no ser considerados dadas las características lingüísticas asociadas a este trastorno.

De este modo, atendiendo a los diferentes criterios que componen el SVA, la declaración realizada por la Sra. XXXXXXXX debe ser categorizada como **válida y probablemente creíble**.

MMPI-A

Los resultados de esta prueba, indican las dificultades que la Sra. XXXXX ha tenido para hacer frente al mismo, debido a la incomprensión de algunos elementos que se le preguntaban. Así, la presencia de su diagnóstico ha hecho que responda de forma incoherente en algunos momentos en base a la distorsión que ha hecho de las preguntas en base a su diagnóstico (F=67 y F1=74). Se decidió administrar esta prueba no con el fin de re-diagnosticar a la Sra. XXXXX, sino para poder entender que representación clínica tiene el trastorno en ella. En este sentido, aparece un inventario que hace pensar en la presencia de patología, de forma concordante con lo observado en entrevistas y en el análisis documental. Así, muestra indicadores patológicos en diferentes esferas demostrando que la expresión de su trastorno se da en diferentes tipos de sintomatologías y esferas clínicas mostrando pensamientos rumiativos, incomprensión de lo que le rodea, tendencia a la interiorización y la alienación del entorno, alteración de la auto-imagen y la salud, pensamiento extravagante, ideas de persecución asociadas a estrés y ansiedad. De estos resultados se desprende la existencia de un cuadro clínico de base endógena que convive con sintomatología considerada como reactiva en relación a elementos externos.

MSCEIT

El MSCEIT es un test diseñado para evaluar la inteligencia emocional entendida como una capacidad. No se trata de una medida de autoinforme sino de una prueba de habilidad cuyas respuestas representan aptitudes reales para resolver problemas emocionales.

En primer lugar, se debe mencionar que no ha sido posible establecer una puntuación total de *inteligencia emocional* debido a las dificultades de la Sra. XXXXX en la ejecución de una de las secciones, concretamente la F, no siendo capaz de establecer comparaciones entre distintas emociones y sensaciones. Sin embargo, esta dificultad resulta comprensible a tenor de las características del Síndrome de Asperger que padece, concretamente a las dificultades cognitivas para la abstracción. De este modo, y atendiendo a la no presencia de *sesgo positivo-negativo* en las respuestas facilitadas, se decide prestar atención al resto de secciones evaluadas y puntuaciones obtenidas. En este sentido destaca, en relación a las *puntuaciones de área*, que la Sra. XXXXX presenta unas habilidades adecuadas para comprender el significado de las diversas emociones (CIES=105), mostrándose como muy competente en la comprensión y el manejo adaptativo de las propias emociones, trabajando de manera reflexiva con sus sentimientos en vez de reprimirlos (CIEM=119), aunque presenta ligeras dificultades en la percepción de las emociones de los demás (CIEP=83), costándole prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales que se presentan de forma implícita.

En conclusión, de esta prueba se desprende que la Sra. XXXXX posee unas adecuadas habilidades en el propio manejo y comprensión emocional. Aunque por otro lado, presenta dificultades en el entendimiento de las emociones de los demás, concretamente mediante aquellos aspectos que no resultan explícitos o que se presentan de forma ambigua, siendo este extremo característico del **Síndrome de Asperger**.

F. Coordinaciones Interprofesionales

- **Contacto con la psicóloga Sra. LLLLLL (Asociación):**

Considera que presenta un claro cuadro de Síndrome de Asperger asociado a dificultades en el Control de Impulsos, lo que la hace proclive a sufrir victimización en caso de encontrarse en situaciones de riesgo, que además no percibe ni es capaz de anticipar debido a su propio trastorno hasta que no ha ocurrido. Se ha trabajado mucho con la Sra. XXXXX en la línea de hacerla consciente de cómo defenderse ante estos riesgos ya que es capaz de identificar lo que le agrada de lo que no, así como de expresar su consentimiento o no de lo que le rodea, siempre y cuando sea en el momento de ocurrencia, no de forma anticipada ya que no puede valorar riesgo.

Asimismo, no percibe los dobles sentidos, las metáforas ni la ironía o doble intencionalidad del discurso siendo una persona muy literal debido a su trastorno.

Valoran positivamente que en esta ocasión haya acudido al 112 para solicitar ayuda, reflejo de que ha interiorizado el trabajo realizado en terapia anteriormente. Explica que su propio diagnóstico no le permite sostener una mentira o fabulación así, máxime cuando ha comportado un perjuicio social y en el tratamiento para ella habiéndose tornado más restrictiva la supervisión.

- **Contacto con la psiquiatra Dra. ZZZZZZ (Hospital A-----):**

Destacamos de su discurso el hecho de que la Sra. XXXXX nunca ha estado asintomática, no habiendo podido tener momentos en los que no hubiera una expresión de su patología. En este sentido, coincide en el diagnóstico Asperger que inicialmente fue confundido con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debido a su corta edad y los problemas comportamentales asociados a sus problemas de Control del Impulso.

Asimismo, destaca que su perfil clínico suele ir acompañado de procesos de victimización al ser vulnerables ante el entorno. Así destaca las situaciones asociadas a las presuntas agresiones sexuales, así como el acoso escolar que sufrió en su adolescencia.

Así, destaca las mismas dificultades que manifestaba la Sra. LLLLLLL en cuanto a sus dificultades para percibir la intencionalidad de terceros, así como su incapacidad de percibir el riesgo y sostener mentira debido a su trastorno. Sí añade que dentro de la esfera del control del impulso muestra una necesidad sexual ávida pero siempre dentro de un ámbito de seguridad aunque sean relaciones frustrantes. En este sentido incide en que es capaz de diferenciar entre una sexualidad consentida de una que no lo es, y que usa la sexualidad en su entorno de seguridad como estrategia de agrado hacia el otro, aunque las relaciones sexuales no resulten plenamente satisfactorias pero sí agradables.

G. Conclusiones

Valorar el estado psicológico de la Sra. XXXXX en relación una presunta agresión sexual.

De la valoración de la Sra. XXXXX, del análisis documental y de las coordinaciones profesionales se desprende una alteración en su estado psicológico, resultando agravada la sintomatología propia de los trastornos psicopatológicos previamente diagnosticados (Síndrome de Asperger, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo Combinado y Trastorno de Control de Impulsos No especificado). La Sra. XXXXX se encontraba estabilizada en su seguimiento aunque no asintomática.

Concretamente, se evidencia una descompensación a nivel emocional y conductual como respuesta a este acontecimiento vital estresante, equivalente a acontecimientos pasados recogidos en su historial clínico y de entidad suficiente como para motivar un ingreso de contención en febrero de 2014. La misma se hace patente sintomatológicamente a través de la alteración del ritmo del sueño, desregulación de la ingesta, irritabilidad, estado de ánimo ambivalente, ansiedad, descontrol de los impulsos y conductas de riesgo.

Esta circunstancia ha supuesto un retroceso significativo en los avances psicoterapéuticos en relación a sus habilidades psicosociales y de sus recursos personales enfocados a su autonomía, haciéndose patente en todas sus esferas vitales, principalmente en su entorno familiar, confrontándola con aquellas personas que se encargan de su cuidado.

Así, concluimos que la expresión del malestar en la Sra. XXXXX en relación a su sintomatología de carácter exógeno se manifiesta en una descompensación de los elementos endógenos propios de su diagnóstico.

Valorar la incidencia del trastorno de la Sra. XXXXX ya diagnosticado previamente, en la percepción del presunto delito.

Del análisis documental, coordinaciones profesionales y la propia exploración de la Sra. XXXXX se concluye que presenta un diagnóstico de **Trastorno de Asperger (299.80), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo Combinado (314.01) y Trastorno del Control de los Impulsos No especificado (312.30) según DSM-IV-TR.**

El Síndrome de Asperger diagnosticado en la Sra. XXXXX incide especialmente en su forma de percibir e interpretar las interacciones sociales. En este sentido, se trata de una persona que presenta grandes dificultades para interpretar las intenciones de los demás, mostrando incapacidad para atribuir y comprender los estados emocionales de los otros, especialmente de aquellas personas que no forman parte de su núcleo cercano. Además, muestra una gran necesidad por sentirse aceptada por los demás, por lo que instrumentaliza su apariencia física con la intención de agradar, característica que la hace vulnerable al engaño y la manipulación al no levantar suspicacias hacia los otros y sus intenciones, mostrando dificultades severas para percibir situaciones de riesgo de forma anticipada. Por otro lado, la Sra. XXXXX presenta significativas dificultades en relación al lenguaje social, no siendo capaz de interpretar el doble sentido del mismo, o las intencionalidades asociadas.

Los trastornos diagnosticados a la Sra. XXXXX aparecen congruentes y progresivos a raíz del estudio documental de su historial clínico así como de las coordinaciones realizadas con las profesionales asociadas al caso, y la exploración realizada para el presente informe. En relación a ello, concluimos que la percepción del mundo que la

Sra. XXXXX tiene es compatible con los diagnósticos mencionados y, en este sentido, la percepción que manifiesta de los presuntos hechos es compatible con los mismos.

Valorar la incidencia del trastorno de la Sra. XXXXX ya diagnosticado previamente, en la expresión del presunto delito bajo los parámetros de la Psicología del Testigo.

El estudio de la Psicología del Testigo intenta dar respuesta a dos elementos esenciales. Por un lado en relación a la capacidad que el evaluado tiene para expresar con exactitud los hechos presuntamente acaecidos, entendiendo este extremo como la capacidad de precisión en el recuerdo y, por otro lado, en relación a las posibles alteraciones de credibilidad del mismo en relación a sus manifestaciones intentando detectar alteraciones intencionadas en su discurso.

En el caso de la Sra. XXXXX concluimos que los elementos relacionados con su exactitud son óptimos, compatibles con lo expresado, y en consonancia con sus diagnósticos. Así, se aprecian elementos relacionados con olvido de algunos elementos debidos al paso del tiempo y a la percepción de algunos elementos en base a su patología como los aspectos de carácter visoespacial, ya que esta función cognitiva se encuentra potencialmente alterada en este tipo de trastorno. En relación a los elementos de Credibilidad y en base a la técnica aplicada, podemos concluir que lo manifestado por la Sra. XXXXX es probablemente creíble en base a los criterios de la Psicología del Testimonio y congruente con sus diagnósticos.

Por todo ello, podemos considerar que el relato de la Sra. XXXXX muestra unos óptimos niveles de Exactitud y de Credibilidad en relación a los presuntos hechos, habiendo sido analizados en base a los diagnósticos que la misma padece. Así, la Sra. XXXXX posee las capacidades cognitivas suficientes, tanto intelectuales como mnémicas, para expresar el relato de los hechos en base a la integración de los parámetros de la Psicología del Testigo y de su psicopatología.

H. Sentencia

En la sentencia se estimó conveniente la absolució del imputado por entenderse que, si bien se comprendían las circunstancias que envolvían al Síndrome de Asperger y la vivencia de la Sra. XXXXXX en base al informe pericial presentado así como a otras pruebas practicadas, no se podría demostrar una intencionalidad lesiva por parte del imputado, entendiendo que en tal caso debía primar la presunción de inocencia.