



Trabajo Fin de Grado

Cognición social en autismo (CSA): una propuesta de intervención

Social cognition in autism (CSA): an intervention proposal

Autor/es

Sara Gil Campos

Nia: 799806

Director/es

Silvia Cristina da Costa Dutra

Grado en psicología

Año 2024/2025



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice

Cognición Social en Autismo	5
Método	12
Resultados esperados.....	17
Discusión de los resultados esperados.....	18
Conclusión	21
Referencias	21
Anexos.....	25

Resumen

El trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo causado por una interacción entre la genética y el ambiente, teniendo algunas características comunes como dificultades en la comunicación y deterioros en las habilidades sociales. Diversos metaanálisis confirman que, personas con autismo se desempeñan significativamente menos bien en tareas de reconocimiento de estados mentales que otro tipo de población. Estas alteraciones traen por consecuencia déficits a nivel de comunicación y socialización. En este estudio, se realiza una propuesta de intervención conformada por terapia/actividades con el objetivo de producir efectos positivos, como juego de roles, atención conjunta, resolución de conflictos, análisis del contexto... De esta forma, se crea un modelo de intervención que favorece al desarrollo de habilidades sociales (como la reciprocidad emocional e identificación de pensamientos y conductas en diversos contextos) y, por ende, mejorar los procesos de cognición social. Por otro lado, se incita a la investigación a que continúe estudiando e invirtiendo recursos en intervenciones como la presente y las que se vienen realizando ya que, no se ha logrado todavía determinar qué método de terapia resultaría más efectiva además de la duración que tienen que seguir los programas para tratar estos casos.

Palabras clave: Autismo, Cognición Social, Habilidades Sociales, Programa de Intervención

Abstract

Autism Spectrum Disorder is a neurodevelopmental disorder caused by an interaction between genetics and the environment, having some common characteristics such as communication difficulties and impairments in social skills. Various meta-analyses confirm that people with autism perform significantly less well in mental state recognition tasks than other types of population. These alterations result in deficits in communication and socialization. In this study, an intervention proposal is made consisting of therapy/activities with the objective of producing positive effects, such as role play, joint attention, conflict resolution, context analysis... In this way, an intervention proposal is created that It favors the development of social skills (such as emotional reciprocity and identification of thoughts and behaviors in various contexts) and, therefore, improves social cognition processes. On the other hand, research is encouraged to continue studying and investing resources in interventions such as the present one and those that are being carried out since it has not yet been possible to determine which therapy method would be most effective in addition to the duration they have to take. follow programs to treat these cases.

Key Words: Autism, Intervention program, Social cognition, Social skills

Cognición social en autismo

La quinta edición del DSM (2014) integra varios trastornos del desarrollo que el DSM-IV consideraba por separado. Éstos son: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo sin Especificar (Hodges et al., 2020). Explica el trastorno a través del concepto “espectro” de todas las condiciones autistas. Es decir, el mismo trastorno contempla distintas dimensiones o gravedades en el mismo espectro, por lo tanto, incluye más heterogeneidad entre los sujetos (Rosen et al., 2021). Esta nueva etiqueta diagnóstica se denomina Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA).

El TEA es un trastorno cuya etiología tiene una interacción compleja entre la genética y el ambiente, con estimaciones de heredabilidad entre el 40% y el 80%. Los factores ambientales que podrían contribuir a su aparición han sido el objeto de numerosos estudios (Rylaardam y Gumez-Gamboa, 2019). No hay resultados muy concluyentes, pero algunos que han presentado posibles asociaciones son: el consumo de drogas, infecciones y enfermedades maternas, edad avanzada de los padres etc., siendo mayor la prevalencia en hombres que en mujeres (Hodges et al., 2020).

Asumiendo la heterogeneidad que presentan las personas con TEA, se pueden destacar dos características principales o más comunes (DSM-5, 2014):

- Dificultades en la comunicación (verbal y no verbal) funcional y social; como iniciar conversaciones, responder adecuadamente a una interacción interpersonal, mantener contacto visual, identificar expresiones faciales...
- Patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

Se puede ver afectado también el lenguaje (expresión y comprensión), especialmente la dimensión pragmática (Rackozy, 2017). Dicha dimensión permite determinar el tipo de lenguaje adecuado para los diferentes contextos sociales; se observa un uso inadecuado del tono, acento, discurso pedante o inapropiado... (Vogindroukas et al., 2020). Continuando con el área del lenguaje, los/las pacientes con TEA pueden presentar limitaciones relacionadas a la dimensión semántica (estudia la organización y la expresión de significados) relevantes al pensamiento abstracto, palabras con significados múltiples... (Vogindroukas et al., 2020). Para finalizar con limitaciones relativas al lenguaje cabe destacar, aunque es aplicable a todos los ámbitos en el TEA (social, afectivo...), que cada persona puede presentar o no estos síntomas y tener afectadas o no las distintas dimensiones detalladas. Además, la gravedad varía en gran cantidad, debido a la heterogeneidad de casos (puede haber menores verbales, no verbales o mínimamente verbales) (Vogindroukas et al., 2020).

En relación con los síntomas del TEA, un aspecto clave es que presentan dificultades en reconocer los estados mentales de otras personas (Meinhardt-Injac et al., 2020); es decir, se ve limitada su capacidad para realizar inferencias y comprender que otras personas presentan estados subjetivos (deseos, pensamientos, sentimientos, creencias...) (Rackozy, 2022). El proceso cognitivo con el que se representan y atribuyen los estados mentales, de una persona y de las otras personas, recibe el nombre de Teoría de la Mente (en adelante ToM). Este proceso supone un papel fundamental dentro del entorno social, ya que sin esta competencia el proceso de interacción y comunicación se verá limitado (Rackozy, 2017).

Alrededor de los 9 meses, los/as infantes sin ningún tipo de déficit en la cognición social, comprenden que las personas presentan percepciones diferentes a las suyas y acciones lógicas que van seguidas de un objeto. Dichos conceptos se enmarcan en la psicología de la percepción, pero son formas básicas de ToM. Mecanismos más elaborados, como la meta-representación, se lograrán más adelante. La meta-representación se puede denominar como un mecanismo cognitivo cuya función principal se centra en la capacidad que tienen las personas “normales” de pensar o de imaginar el estado mental de otras personas (Rakoczy, 2022). Además de estas habilidades que se alcanzan a partir de cierta edad, se ha evidenciado la habilidad innata de los seres humanos de realizar correctamente tareas de toma de perspectiva, en las que se requiere recurrir a habilidades visoespaciales, pero todavía no presentan la capacidad de atribuir creencias a los demás (Baron-Cohen et al., 1985).

Autores como Wimmer y Parner (1983) generaron un modelo experimental que afirma que la teoría explícita de la mente se encuentra desarrollada a los cuatro años. En este modelo se utilizan actividades que se denominan “tareas de falsas creencias” y, algunos ejemplos son: la de Sally, Anne y la canica (ver anexo I) o la de la caja de Smarties (Baron-Cohen et al., 1985). El objetivo de éstas se basa en examinar en una persona la habilidad (o la ausencia de ésta) de diferir entre las perspectivas de uno/a mismo/a y los/as demás ante una misma situación (Kulke et al., 2018).

Para el experimento de Sally, Anne y la canica, el/la experimentador/a debe representar la siguiente historia con dos muñecas: Sally que tiene una cesta, y Anne que tiene una caja. Sally coloca una canica en su cesta y, acto seguido sale de la habitación. Anne –cuando Sally está fuera- saca la canica de

la cesta de Sally, que había sido colocada anteriormente y la coloca en su propia caja, (quedando finalmente la canica en la caja de Anne). Cuando Sally regresa a la habitación, se llevan a cabo dos preguntas control: “¿Dónde está realmente la canica?” (examina la atención prestada al experimento y la ubicación actual del objeto) y “¿Dónde estaba anteriormente la canica?” (examina la memoria del/ de la usuario/a respecto a la ubicación anterior del objeto). Los niños/as con TEA son capaces de responder correctamente a ambas preguntas, además, saben que la canica ha sido cambiada de ubicación. Finalmente, se realiza la pregunta experimental: “¿Dónde buscará Sally su canica?” (Baron-Cohen et al., 1985). Si la tarea se ha cumplimentado con éxito, la respuesta a esta pregunta es la correcta: Sally buscará el objeto en el cesto. En este caso, el/la niño/a es capaz de comprender que Sally no es conocedora de la ubicación actual de la canica. El/la infante con autismo, en cambio, dirá erróneamente que Sally buscará la canica en la caja de Anne, porque no logra predecir el comportamiento de Sally (Baron-Cohen et al., 1985) (Anexo II).

Esta prueba se llevó a cabo con 20 personas que presentaban Autismo, 14 que tenían síndrome de Down y 27 en edad preescolar “normales”, siendo de edades superiores los niños/as con autismo. Los resultados obtenidos fueron significativos ya que, todas las personas que realizaron la prueba respondieron correctamente a las dos preguntas control, pero, cuando se les hacía la pregunta de creencias, únicamente 4 personas con TEA (de las 20 que participaban en el estudio) respondieron de forma correcta. Sin embargo, el resto de los/as participantes obtuvieron una alta proporción de acierto, respondiendo de forma acertada 23 de 27 en edad preescolar y 12 de 14 con síndrome de Down (Baron-Cohen et al., 1985).

Por otro lado, como alternativa, la teoría de la simulación postula que los/as niños/as no requieren de un proceso de teorización y conceptualización de los estados mentales, solo necesitan ser conscientes de su propia experiencia y trasladarla o proyectarla a la de las otras personas. La teoría de la simulación afirma que es necesario emplear los pensamientos y sentimientos para realizar una interpretación de lo que la otra persona está pensando. Sin embargo, dentro de esta teoría existen dos interpretaciones de cómo atribuir estos estados mentales (Rackozy, 2017). La primera se basa en la interpretación a través de la introspección, es decir, se pueden observar los pensamientos o sentimientos propios que surgen ante una situación y asumir que otra persona puede experimentar lo mismo (Rackozy, 2017 visto en Goldman, 1993). Sin embargo, la otra versión de esta teoría afirma que no es necesario realizar la introspección, por lo que se descartan los estados mentales propios y, el ejercicio consiste simplemente en simular lo que la otra persona está sintiendo en esa situación desde su propio punto de vista (Gordon, 1986 en Rackozy, 2017).

Un metaanálisis que comparó personas autistas con personas en desarrollo “normal”, con un efecto medio ponderado compuesto de $r = -.40$ y $d=.88$ y un intervalo de confianza del 95% para d de [74-1.03], concluye que las personas con autismo se desempeñan significativamente menos bien que las personas en desarrollo, en tareas que evalúan las habilidades de ToM (Yirmiya et al., 1998). Además, Fletcher-Watson et al., (2014) realizaron una revisión de estudios basados en intervenciones vinculadas a ToM, a partir de ensayos controlados aleatorios y, todas las personas que participaron tenían un diagnóstico confirmado de un trastorno del espectro autista.

Los estudios se agruparon en estas cuatro categorías principales: estudios de reconocimiento de emociones, estudios de atención conjunta y comunicación social, estudios de imitación y estudios de enseñanza de la ToM en sí. En total fueron examinados 22 estudios con $N=695$ donde se obtuvieron los siguientes resultados.

En tres estudios se obtuvieron resultados individuales de baja calidad de efecto positivo en las medidas de comunicación, resultados mixtos en intervenciones sobre medidas de interacción social en 11 estudios, y en 4 estudios evidencias de muy baja calidad, con resultados mixtos sobre medidas de la capacidad de ToM. Las intervenciones que se basaban en el reconocimiento de emociones entre los grupos de edad y trabajando con personas que presentaban una capacidad intelectual dentro del rango promedio, obtuvieron efectos positivos, aplicando fotografías de rostros (aumento medio de 0,75 puntos, cuatro estudios, $N = 105$). Las intervenciones de atención conjunta llevadas a cabo por la persona terapeuta, fomentaban la aparición de comportamientos de atención conjunta en las interacciones infantiles (aumento medio de 0,55 puntos, dos estudios, $N = 88$).

Por lo tanto, respecto a los ensayos de ToM, se ha demostrado la posibilidad de adquirir estas habilidades. Sin embargo, en estos ensayos no hay evidencia clara de un mantenimiento a lo largo del tiempo, ni existe apoyo empírico de inferencias de estas habilidades en otros ámbitos.

Por otro lado, Seida et al., (2009) afirman que, según revisiones centradas en los tratamientos de entrenamiento de habilidades sociales, se observa que no siguen planes de estudios determinados y, que debido a la variedad de resultados y métodos empleados, el apoyo empírico sobre la

eficacia de la ejercitación de habilidades sociales no es concluyente. No obstante, (Reichow y Volkmar, 2010) afirman que, en la actualidad, la evidencia sobre los tratamientos en el entrenamiento de habilidades sociales en personas TEA tiene, por lo general, efecto positivo y, por ende, los programas de entrenamiento de estas habilidades se emplean considerablemente (Begeer et al., 2014).

Una vez revisada la literatura, el objetivo principal de esta propuesta de intervención es la mejora en la cognición social de quienes se pretende que participen en ella. Además, se establecen tres subobjetivos para alcanzar el objetivo inicial: a) Trabajar habilidades emocionales, a partir de la identificación de emociones y antecedentes que puedan manifestarlas, logrando mejorar la capacidad de entender los sentimientos de las otras personas, así como las expresiones emocionales; b) Desarrollar en la empatía desprendiéndose de la perspectiva de sí mismo/a y tomando la situación desde el punto de vista de otra persona; c) Identificar pensamientos o conductas de otras personas ante diversas situaciones.

Por tanto, se plantea como hipótesis para este trabajo tras la intervención, H1. Las personas participantes habrán mejorado la capacidad de interpretar los estados mentales y anticipar conductas ajenas en relación al inicio de la intervención, H2. Habrán fortalecido su reciprocidad emocional en comparación con sus habilidades previas al programa y, H3. Al finalizar las sesiones, ha adquirido herramientas que incrementan sus habilidades sociales y adecúan su comportamiento social.

Método

Participantes

El grupo experimental estará compuesto por 30 niños/as con trastorno autista entrenado y 30 niños/as sin entrenamiento en lista de espera (grupo control). El ejemplo de un posible participante es el caso de un niño al que denominamos Sheldon Cooper (ver en Anexo III).

Procedimiento

Se inicia el proceso de intervención estableciendo los criterios de inclusión y exclusión (ver en Anexo IV). A continuación, se seleccionan a las 60 primeras personas que cumplan con los criterios en orden de inscripción, 30 se asignan aleatoriamente al grupo experimental, quedando el resto en lista de espera y recibiendo el tratamiento a posteriori. Después, se pacta el plazo de inscripción entre la junta de psicólogos/as y se deciden vías de difusión a los posibles usuarios/as de la intervención: se envían correos informativos de la intervención a realizar a los tutores legales de los usuarios, que conforman la asociación Autismo Aragón. Por otro lado, se contacta vía email a la dirección del correo electrónico oficial de otras asociaciones de Autismo de la comunidad autónoma, así como centros de día y colegios que cuentan con aulas de educación especial. El correo contiene información acerca de los criterios de inclusión y exclusión junto a un cuestionario sociodemográfico (ver en Anexo V), plazo de inscripción, objetivos de la intervención y explicación breve de ésta además del contacto de la fundación Autismo Aragón (ver en Anexo VI), para acceder a la inscripción si se desea. Finalmente, una solicitud de diagnóstico TEA corroborado por un/a profesional sanitario/a y la presencia de los síntomas designados.

Cuando finaliza la difusión, se abre la inscripción a los posibles usuarios/as. Al terminar el plazo de inscripción, se revisan los casos de las personas usuarias voluntarias por orden de registro y se seleccionan los futuros/as participantes de la intervención acorde a los criterios nombrados anteriormente.

En este momento, se cita a los 30 primeros/as seleccionados/as en la misma asociación para hacer una entrevista inicial, en la cual se les proporciona información sobre el funcionamiento de las sesiones, así como que las mismas van a ser de carácter individual. Por otro lado, se resuelven todo tipo de dudas que puedan surgir sobre los horarios, funcionamiento etc. Para finalizar, deben firmar una autorización para que quede constancia de que dan permiso para realizar la intervención (ver en Anexo VII).

En este momento, los niños/as están dentro del programa de intervención, por lo que se administra la prueba SCQ a los tutores legales para poder determinar la situación de los/as participantes de los últimos 3 meses y, se les informa de que la intervención comienza en dos semanas. Por otro lado, antes de iniciar la intervención, se suministra al grupo control conformado por 30 personas con diagnóstico TEA y características similares (no participan en la intervención), las pruebas de RMET y Sally Anne y la canica (mismas pruebas que realizarán la personas con la que se va a trabajar la cognición social en la primera sesión). Ambas pruebas van a ser suministradas de nuevo al grupo control una vez que las personas usuarias que participan en la intervención hayan acabado la misma y al grupo experimental.

Para finalizar, una vez realizada la intervención, se llevará a cabo una comparación de resultados con el programa SPSS. Obtendremos la media del

grupo experimental en su primera sesión y la media del grupo control del RMET mediante la T de Student y, observaremos si las medias son semejantes y significativas. Para la prueba de Sally se aplicará el Chi cuadrado. Por otro lado, volveremos a utilizar el SPSS una vez finalizada la intervención para observar las mejoras del grupo experimental en comparación con la primera sesión y, que el grupo control mantenga resultados similares a los iniciales.

Instrumentos

La prueba de Sally Anne y la canica (Wimmer y Parner 1983) y Reading the mind on the eyes test (RMET) (Baron Cohen et all., 2001) permite al/ a la terapeuta medir la efectividad de la intervención, ya que el/la paciente será sometido a ellas en la primera y última sesión, con el objetivo de observar posibles cambios y, serán realizadas por las personas que participen en la intervención. Por otro lado, los/as tutores/as legales en la entrevista inicial realizarán la evaluación SCQ para poder determinar la situación en la que se encuentran las personas TEA (ver Anexo VIII).

Sesiones

El programa constará de 9 sesiones, cada una con una duración de 60 minutos, dos veces por semana durante los meses de julio y agosto, todos los miércoles y viernes en la calle María Montessori, 9, 50018. La intervención comenzará en julio ya que, se considera preciso realizarlo durante los meses de verano con el objetivo de que las personas usuarias que participen en la intervención tengan total disponibilidad. A pesar de que, en la actualidad, diversas revisiones concluyen que no se determina con precisión la relación entre la intensidad y cantidad de sesiones necesarias en una intervención para obtener efectos positivos (Ospina et al., 2008), se establecen como base una

aproximación de 9 sesiones con actividades distribuidas en ellas para trabajar el área a tratar, ya que la intervención solo se centra en el área de la cognición social.

Respecto al contenido de las sesiones, en las dos iniciales (N1 y N2) se suministrarán las pruebas de evaluación, y las sesiones restantes estarán formadas por actividades donde, en cada una de ellas se trabajará en base a unos objetivos propuestos, como se puede observar en el cronograma (ver en Anexo IX).

Recursos

En esta propuesta de intervención se requieren dos tipos de recursos: humanos y materiales. Los recursos humanos se componen de 10 profesionales de la psicología encargados/as de realizar las evaluaciones y sesiones. Los recursos necesarios restantes son los materiales, que se dividen en instalaciones: aulas, mesas, sillas y pizarras y material informático: ordenador, proyector, pantalla de proyección e impresora.

También es necesario disponer de otro tipo de materiales como son: un paquete de tizas de pizarra, varios bolígrafos, folios A4 impresos con contenido necesario para realizar las actividades, cajas de cartón, cartulinas, velcros adhesivos, el DVD de la película “Inside Out”, cartas emocionales, vídeos y cortometrajes, el juego de mesa “cuatro en raya, dos muñecas, una cesta, una caja y una canica”.

Evaluación

En primer lugar, antes de comenzar con el programa de intervención, se observan los resultados obtenidos en las pruebas por el grupo experimental y control y, una vez finalizada la intervención, se revisan las pruebas (iniciales y

finales) de ambos grupos. Este proceso de evaluación permite comparar los resultados entre el grupo experimental y el grupo control. En segundo lugar, se comparan los resultados obtenidos al iniciar y finalizar el programa, pero, esta vez exclusivamente en el grupo experimental para evaluar el posible cambio de este grupo entre el inicio y el final del programa.

Al finalizar el programa, se lleva a cabo una entrevista final para concluir si los tutores legales han observado mejoras en los siguientes ámbitos: Social, académico y familiar.

Resultados esperados

Es de esperar que los resultados de la intervención sean positivos y denoten mejoras significativas. Respecto a la prueba de Sally Anne y la canica y RMET, en el pre-test, se prevé obtener respuestas erróneas tanto del grupo experimental como del grupo control. Por otro lado, en la última sesión, donde se administra el post-test, el grupo experimental en la prueba de Sally Anne y la canica, se espera que sea capaz de identificar dónde buscará Sally la canica y en RMET, pueda identificar mejor las imágenes oculares que se le muestran. Sin embargo, el grupo control, se predice que va a presentar los mismos resultados que en la prueba inicial. Por tanto, cabe esperar que la hipótesis que afirmaba que a través de esta intervención las personas del grupo de tratamiento experimentarían una mejora en su capacidad de interpretar estados mentales y conducta de los demás se cumple, así como los subobjetivos planteados de entrenamiento de habilidades emocionales y empatía, a partir de actividades como “cartas emocionales” “¿Qué son las emociones?”, “juego de roles”.

Con el fin de obtener los resultados estadísticamente, se realiza un análisis mediante el programa “IBM SPSS Statistics 25”, tanto de los resultados pre-test como los de post-test del grupo experimental y del grupo control. A través de una comparación de medias con la T de Student, se pretende obtener una mejoría significativa del grupo experimental en identificación emocional y habilidades de teoría de la mente. Igualmente habría más aciertos en la tarea de Sally en el experimental que en el control, según la prueba de Chi Cuadrado.

Por otro lado, cuando se les suministra a los/as tutores/as legales de las personas que van a participar en la intervención el cuestionario SCQ, se espera obtener en los resultados un déficit en interacción social y comunicación. En actividades que se realizan en la intervención como “situaciones de la vida cotidiana” o “juego de roles”, se espera que muestren mejorías en la flexibilidad y comprensión en interacciones sociales complejas. Durante estas actividades, el/la profesional que los/as dirige cabe esperar que perciba mejoras en los/as usuarios/as al iniciar y finalizar cada sesión. Además, en la entrevista final, se insta a los/as adultos/as responsables a aportar su visión acerca de estos síntomas y su evolución en los/as menores. La hipótesis que mantiene que las personas obtendrán una mejoría en el proceso de interacción social con comunicación adecuada y reciprocidad emocional, se deduce que se cumplirá.

Discusión de los resultados esperados

La interacción social es un proceso fundamental en el ser humano, que deriva conductas sociales a partir de diversos procesos como la cognición y percepción social (Sánchez-Cubillo et al., 2012). La dificultad para

diferenciar los propios estados mentales de los pensamientos, emociones, sentimientos... ajenos, provoca alteraciones a nivel de socialización, comunicación e imaginación (Herreras, 2006 visto en Happé y Firth, 1994). En relación con esto, la comunicación social puede ser un área que esté afectada para algunos miembros de la población autista, por lo que dichas personas pueden presentar deterioros en las habilidades sociales. Para minimizar este deterioro, es necesario el entrenamiento de la cognición social a partir del esquema cognitivo, con el que atribuimos estados mentales a otras personas, denominado Teoría de la Mente.

Por tanto, la presente intervención se basa en el entrenamiento de estas habilidades, a través de las cuales se pretende lograr que los individuos mejoren su capacidad de interpretar los estados subjetivos de personas externas a ellas, fortaleciendo el reconocimiento de las emociones y pensamientos desde otro punto de vista en diversas situaciones. Las intervenciones dirigidas al entrenamiento de habilidades sociales, con el objetivo de tratar alteraciones en la cognición social, en las personas con autismo, como, por ejemplo, mediante juegos de roles, han aumentado en los últimos años (Tseng et al., 2020). Intervenciones como el “programa para la educación y el enriquecimiento de las habilidades relacionales” tiene evidencias de que, a través de la terapia cognitivo- conductual, a partir del entrenamiento de habilidades de resolución de conflictos de la vida diaria, mantenimiento de conversaciones de forma adecuada, además de analizar contextos, puede favorecer al desarrollo de habilidades sociales teniendo efectos positivos en su resultado, fortaleciendo a la reducción de ansiedad y desapareciendo conductas erróneas (Tseng et al., 2020).

De este modo, las personas usuarias de la intervención, a partir de la comprensión e identificación de expresiones faciales (con fotografías de rostros), podrían mejorar la identificación de emociones primarias y estados mentales, propias y ajena. Además, optimizarían su capacidad de anticipar y comprender la conducta ajena. Sin embargo, hay muchas probabilidades de que en la vida diaria no utilicen frecuentemente estas habilidades y no sean capaces de extrapolarlas a otros ámbitos. Por otro lado, los/as pacientes progresarían en las interacciones interpersonales en sociedad (también, colateralmente han reducido los patrones repetitivos y restringidos, característicos del trastorno).

Del mismo modo, mejorarían su nivel de autonomía en las participaciones sociales o conversaciones en el ámbito académico y social, además de incrementar su desarrollo en la reciprocidad y flexibilidad emocional. Sin embargo, los/as usuarios/as del grupo control, posiblemente muestren el mismo déficit en la cognición social, interacciones sociales, identificación de emociones, patrones repetitivos etc.

Por otro lado, como limitaciones de este trabajo, se ha encontrado que, con el fin de lograr una intervención efectiva, se seleccionó un perfil de pacientes con TEA muy preciso, focalizado en el déficit de la cognición social. Sin embargo, como se ha mencionado previamente en varias ocasiones en este estudio, este trastorno destaca por la heterogeneidad de síntomas y de usuarios/as que lo presentan. Se considera una limitación no poder generalizar esta posible intervención a pacientes con TEA cuyos síntomas difieran al prototipo de la actuación.

Así mismo, en la aplicación de esta propuesta de intervención, se podría detectar la falta de aplicación de habilidades sociales de anticipación de

conductas, entendimiento de emociones y estados mentales ajenos, etc.... en la vida cotidiana de los/as pacientes. Esto podría deberse a que los/as pacientes asocian el uso de ese aprendizaje al ámbito experimental. Una forma de solventar este posible problema es estimar el conocimiento, seguimiento y acompañamiento del programa por parte de otros/as profesionales con los que interactúan los/as usuarios/as con frecuencia. Se considera que ejercería un efecto positivo, por ejemplo, que los/as profesores/as de los/as menores fomenten o estimulen la utilización de las competencias adquiridas en el ámbito educativo. A su vez, aumentar la implicación de las familias, en cuanto a la aplicación de las habilidades sociales en el día a día, intensificaría el impacto en los/as pacientes en este aspecto.

Finalmente, este estudio tendría mucha más efectividad si fuera longitudinal, aunque también exigiría más recursos. Un estudio de este carácter permitiría evaluar y confirmar el asentamiento del aprendizaje realizado a partir de la intervención a lo largo del tiempo y su aplicación a otros ámbitos.

Conclusión

A partir del diseño de este programa de intervención, se puede concluir en la necesidad de aumentar la investigación en TEA, para producir intervenciones más efectivas, duraderas y aplicables, con el objetivo de disminuir lo máximo posible los déficits o síntomas incapacitantes, además de las limitaciones que se les presenta en la sociedad y logren una integración completa en ésta.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)
- Baron - Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46.
[https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Bausela Herreras, E. (2006). Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás: Guía práctica para educadores. *Clínica y Salud*, 17(2), 225-227.
- Recuperado el 10 de abril de 2024 de:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742006000200006&script=sci_arttext
- Begeer, S., Gevers, C., Clifford, P., Verhoeve, M., Kat, K., Hoddenbach, E., & Boer, F. (2010). Theory of Mind Training in Children with Autism: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 41(8), 997-1006. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1121-9>
- El test de Anne y Sally - Neurociencia con José Ramón Alonso - Tú eres tu cerebro. Acoso Escolar. Autismo. Depresión. Respiración y Apnea. Cómo salir de una depresión. Conoce el Autismo. Apnea del sueño. Recupera el descanso. Cerebrópolis. Conferencias y cursos gratis.* (2021b, marzo 24). Neurociencia Con el Dr. José Ramón Alonso. <https://jralonso.es/2021/03/24/el-test-de-anne-y-sally/comment-page-1/>
- Fletcher- Watson, S., McConnell, F., Manola, E., & McConachie, H. (2014). Interventions based on the Theory of Mind cognitive model for autism

spectrum disorder (ASD). *Cochrane Library*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd008785.pub2>

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(S1), S55-S65.

<https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>

Jones, N. E. & K. (2022, 9 junio). *Reading the Mind in the Eyes test*. Embrace Autism. <https://embrace-autism.com/reading-the-mind-in-the-eyes-test/>

Kulke, L., Reiβ, M., Krist, H., & Rakoczy, H. (2018). How robust are anticipatory looking measures of Theory of Mind? Replication attempts across the lifespan. *Cognitive Development*, 46, 97-111.

<https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2017.09.001>

Marvin, A. R., Marvin, D. J., Lipkin, P. H., & Law, J. K. (2017). Analysis of Social Communication Questionnaire (SCQ) Screening for Children Less Than Age 4. *Current Developmental Disorders Reports*, 4(4), 137-144. <https://doi.org/10.1007/s40474-017-0122-1>

Oakley, B., Brewer, R., Bird, G., & Catmur, C. (2016). Theory of mind is not theory of emotion: A cautionary note on the Reading the Mind in the Eyes Test. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 818-823.

<https://doi.org/10.1037/abn0000182>

Ospina, M., Seida, J.C., Clark, B., Karkhanesh, M., Hartling, L., Tjosvold, L., Vandermeer, B., & Smith, V., (2008). Behavioural and Developmental Interventions for Autism Spectrum Disorder: A clinical Systemic Review. *PloS One* 3(11), e3755.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003755>

Rakoczy, H. (2017). Theory of mind. *The Cambridge Encyclopedia of childdevelopment*, 505-51. Recuperado el 27 de junio de 2023 de: https://www.psych.uni-goettingen.de/de/development/pdfs/rakoczy_tom_cecd_in_press.pdf

Rakoczy, H. (2022). Foundations of theory of mind and its development in earlychildhood. *Nature Reviews Psychology*, 1(4), 223-235.
<https://doi.org/10.1038/s44159-022-00037-z>

Ralph X. (2021, 19 de febrero). *Pixar´s Presto (Ralph X remix)* [Vídeo].<https://www.youtube.com/watch?v=q1K9EH90CyA>

Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). The Diagnosis of Autism: FromKanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 51(12), 4253-4270.

<https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>

Rutter, M., Bailey, A. y Lord, C. (2019). SCQ. Cuestionario de Comunicación Social (J.Pereña y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

Rylaardam, L., & Guemez-Gamboa, A. (2019). Genetic Causes and Modifiers ofAutism Spectrum Disorder. *Frontiers In Cellular Neuroscience*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00385>

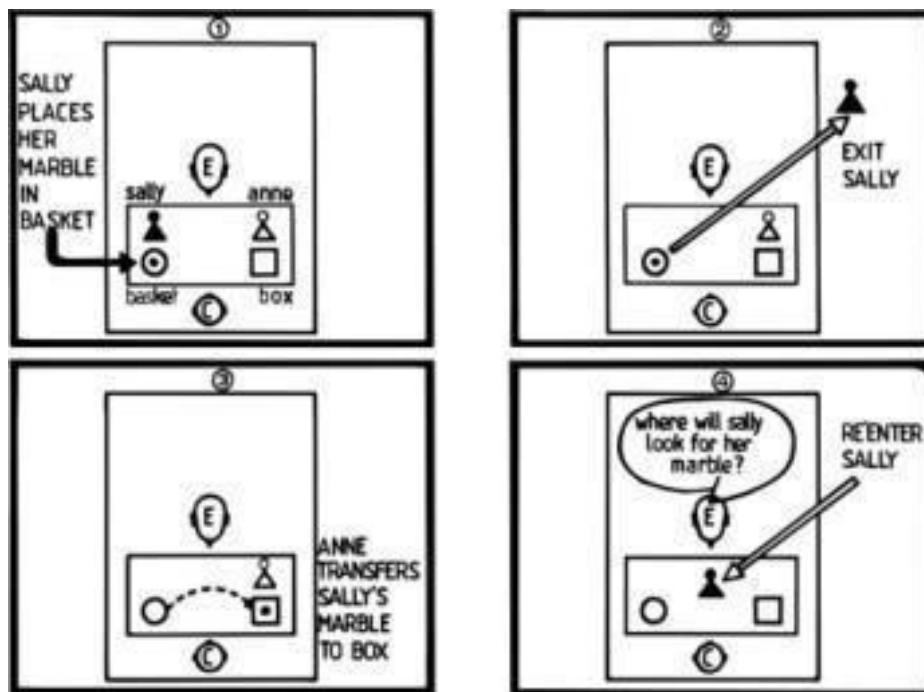
Sánchez-Cubillo, I., Tirapu-Ustároz, J., & Adrover-Roig, D. (2012). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. *Tirapu-Ustároz, J., Ríos-Lago, M., García, Molina, A., & Ardila, A.(Eds.)*,

- Neuropsicología del córtex prefrontal y las funciones ejecutivas, 353-390.* https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Adrover-Roig/publication/257269127_Neuropsicologia_de_la_cognicion_social_y_la_autoconciencia/links/02e7e524c00f0bfa13000000/Neuropsicologia-de-la-cognicion-social-y-la-autoconciencia.pdf
- SOMArmonía Musicoterapia. (2019, 13 febrero). *Prueba de lectura de mente o falsa creencia (Test de Sally Anne) a joven con autismo [Vídeo]*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=DakJjBBFCC8>
- Somos Psicología y Formación. (2013, 10 mayo). *Conflictos – No pierdas la perspectiva [Vídeo]*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=TiNUaHXsjBA>
- Vogindroukas, I., Stankova, M., Chelas, E., & Proedrou, A. (2022). Language and Speech Characteristics in Autism. *Neuropsychiatric Disease And Treatment, Volume 18*, 2367-2377. <https://doi.org/10.2147/ndt.s331987>
- Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin, 124*(3), 283-307. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.283>

Anexos

Anexo I.

Simulación Sally, Anne y la canica (Wimmer y Parner)



Anexo II.

Simulación de cómo respondería una persona con autismo a la tarea de Sally Anne y la canica

<https://www.youtube.com/watch?v=DakJjBBFCC8>

Anexo III.

Tabla de sintomatología del posible participante “Sheldon Cooper”

Conductas Criterios DSM-5

“Siempre me han gustado los trenes” “Cuando los trenes me permitieron demostrar la primera ley de Newton, me sentí como o en la luna, solo y feliz” “Los principios científicos siempre te hacen sonreír”

B-3

Su hermano mayor dice a sus padres sobre Sheldon: “reconocerlo, es adoptado”, a lo que Sheldon contesta: “¿Cómo puedo ser adoptado si tengo una hermana gemela? Piensa mono.”

A-1

Su hermano no se lava las manos y usa manoplas para cogerlas.

Entra al baño del colegio y dice “Qué cosa más asquerosa”.

A-3

Sheldon comenta a una profesora en clase: “tengo un problema con esta autorización, no las has cortado de manera uniforme, la mía tiene dos agujeros y la de él tiene solo uno”

B-2

Siempre va con pajarita a clase y si no la encuentra empieza el caos, Grita:
“¡Dónde está mi pajarita!

B-2

Su madre llora en su primer día de colegio y le pregunta “¿Estás llorando o es por la alergia?” y su madre le responde irónicamente “Será la alergia” a lo que él le contesta “Seguro que es por el amoniaco”.

A-1

En su primer día de clase cuestiona a todos profesores haciendo comentarios como:” Usted tiene un poco de bigote” “infringes el código de higiene” “te sientes intimidado por mi inteligencia” “los músicos toman drogas”.

A-3

Sensibilidad auditiva como reconocer a través del sonido del piano las notas musicales, incomodarle los ruidos que hace su familia al comer, enojarse con el ruido de la nevera.

A-1

“Yo estoy bien sin amigos”

A-3

Durante las horas de clase se encierra en un cuarto del colegio estudiando por sí mismo cuestiones que le interesan sobre física, ya que considera que el sistema educativo actual no es adecuado.

B-3

Sus creencias están por encima de todo, por ejemplo, va a misa y le dice al sacerdote que las probabilidades de que exista Dios son 0 porque cree en la ciencia.

B-3 (Intereses restringidos y fijos).

A-3 (Ajustar comportamientos a los diferentes contextos

Se sienta en la cama, se tapa la nariz y se pone un antifaz y expone:

“Estoy bloqueando la información sensorial, intentando decidir si las partículas virtuales tienen masa fija o bien la conservación de la inercia”

B-3

Hábitos en la alimentación, por lo que si le haces un tipo de comida que no esté prevista para él no comerá.

B-2

Mantiene una charla con la mujer de la biblioteca y le menciona que tiene 30 años, a lo que él le responde que tener 30 años es joven para un hobbit, pero para un humano ya es hora de ser mamá.

A-1

Cuando lo ingresan en el hospital está continuamente llamando a la enfermera para que atienda sus necesidades inmediatamente y, no para de decirle que no hace su trabajo bien.

A-1

Se presenta a clases universitarias para estudiar asignaturas de física.

B-3

Su hermana le pregunta “¿Qué haces en el colegio cuando se meten contigo” y él responde “suelo pensar que soy mucho más listo que quien se mete conmigo, pero eso a ti no te vale”

A-1

Su expresión facial es plana y no presenta un lenguaje corporal

A-2

“Eres mi padre y genéticamente estoy obligado a quererte”

A-1

Le dicen a Sheldon: “aquí está mi hombrecito” y el responde “¿Dónde?” por lo que vuelven a decir “Tú tonto” a lo que el comenta rotundamente “no soy ni un hombre ni un tonto, pero vale”

A-1

Anexo IV.

Tabla criterios inclusión y exclusión

CRITERIOS	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Edad	4 a 10 años	Menor de 4 años y mayor de 10 años
Sintomatología	Trastorno del Espectro Autista con alteraciones en cognición social	Cualquier otro tipo de trastorno que no tenga afectada la cognición social
Género	Todos	Sin exclusión
Ingresos	Medio	Ingresos mínimos
Tiempo	Total, disponibilidad para asistir a las sesiones	No disponibilidad para asistir a todas sesiones
Grupo étnico/ proveniencia	Todos	Sin exclusión

Anexo V.

Cuestionario sociodemográfico

Nombre de los tutores legales:

Nombre del niño:

Edad:

Sexo:

Ingresos familiares mensuales:

Teléfono de contacto:

Síntomas observables del trastorno que causan problemática en el desempeño

deactividades diarias:

-Síntomas graves:

-Síntomas moderados

-Síntomas leves

¿Presenta algún tratamiento actual y de qué tipo?

Anexo VI.

Autismo Aragón



Asociación de Familiares de Personas con Autismo

Página · Organización sin ánimo de lucro
Calle María Montessori n 9 local, Zaragoza, Spain
976 51 40 04
autismoaragon@gmail.com
autismoaragon.com
Todavía sin calificar (4 opiniones) (1)

Anexo VII.

Consentimiento

D./Dña Con DNI..... y Domicilio..... en Código Postal..... autorizo al menor con años a formar parte del proyecto de intervención en la asociación Autismo Aragón.

AFIRMAN

Han sido informados sobre el funcionamiento del centro, así como de las actividades que se llevarán a cabo dentro del programa de intervención.

Se ha consultado la necesidad de recoger datos personales tanto del participante como de la familia y, todos ellos serán confidenciales.

Se comprometen a que el individuo forme parte del proyecto de intervención durante el horario y días establecidos y, en caso de no poder asistir, deberá de ser informado con antelación durante un periodo de entre 24 y 48 horas.

Día ____ de ____ de ____

Fdo. tutores legales:

Nombre tutores

legales:

Fdo. el/la representante del programa:

Nombre el/la representante del programa:

Anexo VIII.

Instrumentos de evaluación

Sally, Anne y la canica (Wimmer y Parner 1983): Esta prueba fue diseñada con el propósito de medir la capacidad que tienen las personas de atribuir estados mentales a otras personas. Dicha evaluación se realiza mediante una escena real con dos muñecas “Sally y Anne”.

Representación de la historia:

Anne que tiene una caja y Sally una cesta. Sally coloca una canica en su cesta y, acto seguido sale de la habitación. Anne –cuando Sally está fuera- saca la canica de la cesta de Sally, que había sido colocada anteriormente y la coloca en su propia caja (quedando finalmente la canica en la caja de Anne). Al niño/a que está viendo la escena se le formulan dos preguntas control: “¿Dónde estaba anteriormente la canica?” y “¿Dónde está actualmente la canica?”

Ambas preguntas tienen como objetivo de determinar si la persona es capaz de identificar donde estaba colocada al principio la canica y donde ha quedado actualmente. A continuación, una vez respondidas las preguntas control con éxito, se formula la pregunta con la que se puede observar si es capaz de realizar este proceso cognitivo: “¿dónde buscará Sally su canica?”

Por lo general, las personas que tienen una edad inferior a 4 años o presentan TEA, no suelen responder correctamente a dicha pregunta, ya que no tienen desarrollado el proceso cognitivo con el que se va a atribuir estados mentales.

Simulación en imagen de la prueba:



Reading the mind on the eyes test (RMET) (Baron Cohen et all., 2001): Esta prueba fue diseñada para ver la capacidad que tiene una persona de reconocer las emociones a partir de la mirada, como su nombre indica, leer la mente a partir de los ojos. Las personas que realizan esta prueba deben llevar a cabo una relación entre las palabras emocionales con la imagen de la zona ocular del rostro que se les muestra. Se presentan un total de 36 fotos con 4 palabras emocionales para cada una de ellas. La persona supervisora de la actividad utiliza un cronómetro para contabilizar el tiempo que tardan en hacer la prueba (por lo general, las personas que presentan TEA tardan más de 3 minutos) y, los ítems son evaluados mediante la contabilización de aciertos y errores. A diferencia de las personas neurotípicas que ejecutan la actividad mediante la intuición, las personas TEA la suelen realizar mediante la sistematización, es decir, organizan la información que tiene presente y empiezan a hacer un proceso de eliminación desde su experiencia de expresiones faciales y, por ende, tardan más tiempo en finalizar la actividad. Las personas con dicho

trastorno responden una media de 21,9 frente a 28 o 30 las personas sin trastorno.

Expresiones faciales que se muestran en la actividad con sus correspondientes emociones:

Práctica

1

celoso

entró en pánico

juguetón

consolador



arrogante

odioso

irritado

aburrido

2

aterrizado

decepcionado

bromas

nervioso



arrogante

enojado

deseo

convencido

4

bromas



insistiendo

5

irritado



divertido

relajado

preocupado

sarcástico

6

espantado

fantaseando

7

apologético

amigable



impaciente

alarmado

difícil

desalentado

8

abatido

aliviado

9

enojado

hostil



tímido

entusiasmado

horrorizado

preocupado

10

precavido

**11**

insistiendo

aterrorizado

divertido



aburrido

espantado

arrepentido

coqueto

12

indiferente

avergonzado

**13**

decisivo

anticipando



escéptico

desalentado

amenazante

tímido

14

irritado



decepcionado

15

contemplativo

nervioso



deprimido

acusando

alentador

divertido

dieciséis

irritado

considerado

17

dudoso

cariñoso



alentador

simpático

juguetón

espantado

18

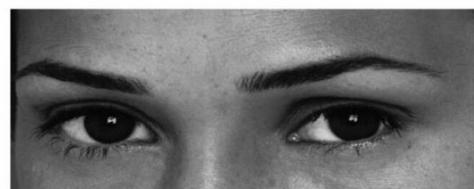
decisivo

divertido

19

arrogante

agradecido



espantado

aburrido

sarcástico

tentativo

20

dominante

amigable

**21**

avergonzado

fantaseando



culpable

horrorizado

confundido

entró en pánico

22

preocupado

agradecido



contento

apologético



insistiendo

suplicante

desafiante

curioso

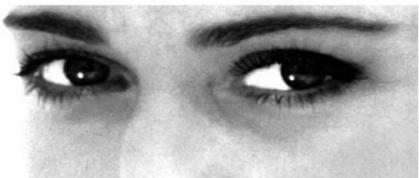
24

pensativo

irritado

entró en pánico

incrédulo

**25**

entusiasmado

hostil

abatido

interesado

26

alarmado



tímidos

27

bromas



precavido

hostil

ansioso

arrogante

tranquilizador

28

interesado



bromas

impaciente

espantado

29

cariñoso

contento

irritado

reflexivo

30

agradecido

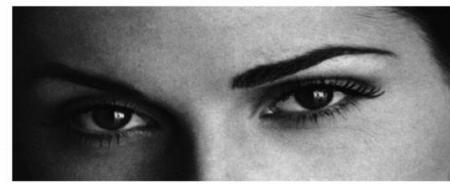


coqueto

31

avergonzado

seguro



hostil

decepcionado

bromas

desalentado

32

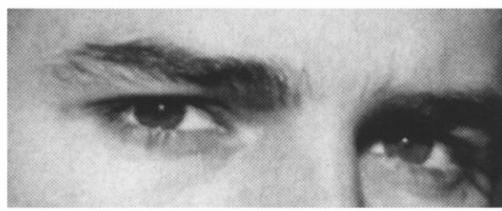
grave



avergonzado

33

avergonzado



culpable

34

desconcertado



alarmado

35

fantaseando

preocupado

espantado

desconcertado

perplejo

nervioso

desconfiado

atarrorizado

insistiendo

contemplativo

36

avergonzado

nervioso



sospechoso

indeciso

SCQ o Cuestionario de comunicación social (Rutter et al., 2019): Este cuestionario tiene como objetivo realizar un diagnóstico diferencial con posibles rasgos de TEA a personas con edad mental mínima de 4 años. Es aplicable de forma individual o grupal a los/as tutores/as legales del niño/a TEA durante 10 o 15 minutos. Consta de 40 ítems con tipo de respuesta dicotómica (SI/NO) agrupados en tres dominios: “interacción social”, “comunicación” y “conducta restringida o estereotipada”. La función principal del cuestionario es la evaluación de la ausencia o presencia del comportamiento, siendo “1 punto” la presencia del comportamiento y “0 puntos” la ausencia de comportamiento. Así mismo, se establece como cifra límite 15 puntos, es decir, las personas que obtengan 15 puntos o más se encuentran dentro del rango con posibilidad de padecer un diagnóstico TEA. Este cuestionario presenta validez y fiabilidad. Específicamente, es una versión reducida y complementaria del ADI-R, ya que tiene como objetivo obtener respuestas más rápidas.

SCQ está formado por dos cuestionarios:

1. “Vida pasada”: Para poder determinar un diagnóstico con mayor precisión.
2. “Conducta de los 3 últimos meses”: Empleado para observar y entender la situación actual del usuario/a y para llevar a cabo una evaluación de los resultados de los tratamientos.

La forma A. “Toda la vida” y la forma B. “Últimos tres meses”, presentan los mismos ítems, sin embargo, lo único que difiere entre ellos es que se debe responder en función del intervalo de tiempo por el que se pregunta.

Un ejemplo del cuestionario es:

SCQ Forma A. Toda la vida	 AUTISMO PUEBLA AAC
--	---

Nombre: _____ Edad: _____

Por favor, responda a este cuestionario con cuidado, pensando bien las respuestas. Conteste a cada pregunta rodeando con un círculo en cada caso si el sujeto evaluado ha manifestado la conducta descrita durante su vida pasada. Algunas de las preguntas se refieren a varios tipos de conductas relacionadas entre sí; en esos casos marque la palabra **SI**, si cualquiera de esas conductas se ha producido aunque sea en el pasado. Si en algún caso no está seguro de si el comportamiento descrito se ha producido o no, responda **SI** o **NO** ateniéndose a lo que usted piensa. Rodee en cada caso la respuesta elegida, **SI** o **NO**.

1. ¿Es capaz de hablar usando frases u oraciones cortas?	SI	NO
2. ¿Puede usted tener una conversación con él o con ella, en la que participen ambos y se vayan turnando o vayan construyendo sobre lo ya dicho?	SI	NO
3. ¿Ha usado alguna vez frases raras o ha dicho la misma cosa una y otra vez y casi exactamente de la misma manera ya fueran frases que ha oido a otras personas o frases que se ha inventado?	SI	NO
4. ¿Ha hecho alguna vez preguntas o afirmaciones socialmente inconvenientes, tales como preguntas indiscretas o comentarios personales en momentos inoportunos?	SI	NO
5. ¿Ha confundido alguna vez los pronombres diciendo, por ejemplo, <<yo>> o <<ella>> en lugar de <<y yo>>?	SI	NO
6. ¿Ha usado alguna vez palabras que ha inventado, ha expresado algunas cosas de una manera rara o indirecta o ha usado formas metafóricas para referirse a las cosas, como por ejemplo, decir <<lluvia caliente>> en lugar de <<humedad>>?	SI	NO
7. ¿Ha dicho en ocasiones la misma cosa una y otra vez y exactamente de la misma manera o ha insistido para que usted diga las mismas cosas una y otra vez?	SI	NO
8. ¿Ha insistido alguna vez en vez de hacer ciertas cosas de una manera o en un orden muy particular o ha habido determinados <<rituales>> que pretendía que usted respetase?	SI	NO
9. ¿Piensa usted que por lo general su expresión facial se ha podido considerar adecuada a la situación del momento?	SI	NO
10. ¿Ha usado alguna vez la mano de usted como una herramienta o como si fuera parte de su propio cuerpo, por ejemplo, apuntando con su dedo o poniendo la mano de usted en el tirador de la puerta para lograr que la abriese?	SI	NO
11. ¿Ha mostrado alguna vez intereses por cosas que le preocuparan mucho y que a otras personas les parecieran extrañas, por ejemplo, semáforos, tuberías de desagüe u horarios de transporte?	SI	NO
12. ¿Ha estado alguna vez más interesado en las piezas de un juguete o de un objeto (por ejemplo, dar vueltas a las ruedas de un coche), que en usar el objeto de acuerdo a su finalidad?	SI	NO
13. ¿Ha mostrado alguna vez un interés especial por algún tema (p.e.: trenes, dinosaurios, etc.), que aun siendo normal a su edad y en su ambiente, parecía fuerza de lo normal por su intensidad?	SI	NO
14. ¿Ha mostrado alguna vez un interés excepcional por la vista, el tacto, el sonido, el sabor o el olor de las cosas?	SI	NO
15. ¿Ha realizado en ocasiones gestos o movimientos extraños con las manos, como agitar o mover sus dedos delante de sus ojos?	SI	NO
16. ¿Ha realizado en ocasiones movimientos complicados de su cuerpo, como dar vueltas, retorcerse o dar saltos repetidos en el sitio?	SI	NO
17. ¿Se ha hecho daño a propósito alguna vez, por ejemplo, mordiéndose un brazo o golpeándose la cabeza?	SI	NO
18. ¿Ha tenido alguna vez objetos que <i>necesitaba</i> llevar consigo, aparte de un muñeco o una manta?	SI	NO
19. ¿Tiene un amigo íntimo o alguna amistad en particular?	SI	NO

SCQ Forma A. Toda la vida	 AUTISMO PUEBLA AAC
--	---

En relación con los siguientes tipos de comportamiento, debe pensar en el periodo de tiempo comprendido entre los 4 y los 5 años. Es posible que le resulte más fácil recordar lo que acontecía en aquel tiempo si se concentra en momentos especiales, como el ingreso en la escuela, las navidades, las vacaciones u otros hechos que sean fáciles de recordar en su familia. Si el niño no ha cumplido todavía los cuatro años, por favor piense en su conducta durante los 12 últimos meses.

20. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿habló con usted alguna vez solo para ser simpático y amable y no para conseguir algo?	SI	NO
21. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿imitaba alguna vez espontáneamente a otras personas o lo que hacían (como pasar la aspiradora, cocinar o arreglar cosas)?	SI	NO
22. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿señalaba alguna vez espontáneamente las cosas que veía solo para mostrárselas a usted y no porque quisiese obtenerlas?	SI	NO
23. Cuando tenía entre 4 y 5 años ¿hacía alguna vez gestos para indicarle lo que quería, parte de señalar el objeto o tirarle a usted de la mano?	SI	NO
24. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿asentía con la cabeza para decir que sí?	SI	NO
25. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿negaba con la cabeza para decir que no?	SI	NO
26. Cuando tenía entre 4 y 5 años, al hablarle o hacer algo con usted ¿solía mirarle directamente a la cara?	SI	NO
27. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿devolvía la sonrisa si alguien le sonreía?	SI	NO
28. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿le mostraba a usted alguna vez cosas que le interesaban a fin de captar su atención?	SI	NO
29. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿se ofrecía alguna vez a compartir cosas con usted, aparte de alimentos?	SI	NO
30. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿quiso alguna vez que usted participara en sus juegos?	SI	NO
31. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿intento alguna vez consolarle si vio que usted estaba triste o se había hecho daño?	SI	NO
32. Cuando tenía entre 4 y 5 años y quería algo o buscaba ayuda, ¿le miraba y hacia gestos con sonidos o palabras para captar su atención?	SI	NO
33. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿mostraba una variedad normal de expresiones faciales?	SI	NO
34. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿tomo parte espontáneamente alguna vez en juegos de grupo o trato de imitar las acciones de los juegos sociales?	SI	NO
35. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿jugaba a disfrazarse, a simular que era otra persona o a juegos de ficción en general?	SI	NO
36. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿mostraba intereses por niños de su edad a los que no conocía?	SI	NO
37. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿respondía positivamente al acercársele otro niño?	SI	NO
38. Cuando tenía entre 4 y 5 años, si usted entraba en un cuarto y empezaba a hablarle sin decir su nombre ¿por lo general levantaba la vista prestandole atención?	SI	NO
39. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿participó alguna vez con otros niños en juegos de ficción, de tal manera que fuese claro que unos y otros comprendían en qué consistía el juego?	SI	NO
40. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿participaba activamente en juegos que requerían colaborar con otros niños en grupo, como jugar al escondite o a la pelota?	SI	NO
Puntuación Total		

Anexo IV.

Cronograma y desglose de actividades

Cronograma

Sesiones	Tema	Objetivos que Trabajar	Actividad	Duración
1	Introducción y evaluación inicial	Presentación y realización de pre-test	“Comencemos”	60 min

2 y 3	Introducción a las emociones	-Conocer qué son las emociones -5 emociones básicas -Emociones positivas y negativas	“¿Qué son las emociones?”	120 min
4	Expresiones faciales	-Percepción social -Pensamientos	“Cartas emocionales”	60 min
5	Situaciones cotidianas	-Identificar e interpretar conductas erróneas -Modificarcconductas	“En el día a día”	60 min
6	Juego de roles	-Toma de perspectiva -Empatía - Interacción	“Actuemos”	60 min
7	Juego cooperativo	-Lectura de los pensamientos -Predecir intenciones -Habilidades sociales	“¿Puedes ganarme?”	60 min
8	Visionado de cortos	-Cooperación -Asertividad -Comunicación -Empatía	“Reflexionemos”	60 min
9	Cierre y evaluación final	Finalización y realización de post-test	“Hasta pronto”	60 min

Sesión 1: Introducción y evaluación inicial

Objetivo: Crear clima adecuado con el/la niño/a y realización de la evaluación inicial.

Dinámica “comencemos”: Esta sesión será la primera toma de contacto con el niño/a, donde el/la psicólogo/a y el/la niño/a se presentan, creando un ambiente favorable para realizar las actividades más adelante. Por otro lado, se suministrarán las pruebas Sally Anne y la canica y RMET.

Sesión 2 y 3: Introducción a las emociones

Objetivo: Comprensión del significado de emociones, así como las 5 emociones básicas. Por otro lado, distinción entre emociones positivas y negativas.

Dinámica “¿Qué son las emociones?”: Esta actividad es introductoria y, podrá comprender qué son las emociones. Se preguntará “¿Qué crees que son las emociones? Una vez formulada la pregunta y contestada, se comentará que hay muchos tipos de emociones, positivas y negativas, pero, primero es necesario saber cuáles son las 5 emociones básicas.

Dinámica “visionado de emociones”: Una vez que el/la niño/a tiene una visión general de lo que son las emociones, se pondrá una pequeña parte de la película Inside Out donde, deberá identificar las emociones de los personajes. Dispondrá de un lápiz y papel, donde tendrá que ir anotándolas y, en una pizarra se podrán dos columnas donde ponga emociones negativas y positivas. De tal forma que, cada vez que acabemos con la visualización del video, se asignarán al grupo al que pertenezcan.

Sesión 4: Expresiones faciales

Objetivo: Identificación de expresiones faciales a través de la percepción social.

Dinámica “cartas emocionales”: En primer lugar, se explicará que todo el mundo tiene emociones o sentimientos, causados por sucesos del exterior. Para ello, realizaremos la siguiente actividad: En una cartulina A1, estarán pegadas unas cartas con velcro adhesivo donde se le mostrarán imágenes de caras que presenten diversas expresiones emocionales. Por otro lado, debajo de cada carta habrá otro trozo de velcro donde deberán pegarse unos papeles recortados que tienen escritas emociones.

De esta forma, tendrá que colocar debajo de la carta el papel con la emoción que causa dicha expresión facial.

Cuando estén todas las emociones con sus respectivas expresiones faciales, se le hará al usuario/a una pregunta: “¿Qué le ha podido pasar a la persona para que sienta esta emoción?

La pregunta se hará con cada una de las emociones y, en caso de que no sepa contestar, preguntaremos: “¿Qué suceso te produce a ti esa emoción?”, explicando que esa otra persona puede sentir lo mismo en esa situación.

Por otro lado, se llevará a cabo una clasificación de cuales son agradables y desagradables.

Sesión 5: Situaciones cotidianas

Objetivo: Trabajar conductas socialmente aceptables y lectura de pensamiento.

Dinámica “el día a día”: A la persona se le van a presentar unos textos cortos donde van a estar escritas historias de varios personajes que presentan interacciones sociales. En algunas historias, habrá un personaje que realice

conductas socialmente inaceptables y en otras, la interacción entre ellas será correcta. El niño/a tendrá que identificar en qué textos los personajes realizan conductas erróneas, la reacción que puede tener la persona afectada y que es lo que debería hacer en esas situaciones.

Sesión 6: Juego de roles

Objetivo: Desarrollar habilidades sociales como turnos de palabra, preguntas, comunicación no verbal entre otros y las emociones a través de la empatía y la toma de perspectiva.

“Dinámica actuemos”: En una caja de cartón, meteremos papeles donde estarán escritas situaciones interactivas que tendrán que representar conjuntamente, tanto el niño/a como el psicólogo/a. En las historias siempre habrá dos personajes y, cada uno tendrá que obtener el papel de uno de ellos. De esta manera, el/a usuario/a podrá adoptar varios papeles obteniendo diferentes perspectivas y puntos de vista.

Sesión 7: Juego cooperativo

Objetivo: Predecir intenciones y pensamientos a través del juego cooperativo, por lo que las habilidades sociales se verían reforzadas.

Dinámica ¿Puedes ganarme? La actividad consiste en jugar al juego del conecta cuatro “cuatro en raya”, de tal forma que el niño/a tendrá que realizar una lectura de la mente de la otra persona, intentando predecir sus pensamientos y los movimientos que va a realizar durante la partida.

Sesión 8: Visionado de cortos

Objetivo: Trabajar habilidades sociales mediante la asertividad, comunicación, empatía y autocontrol emocional.

Dinámica “reflexionemos”: Se realizará un visionario de diferentes

cortometrajes, de los cuales tendrán que hacer una reflexión en voz alta y responder a una serie de preguntas específicas para cada uno de ellos.

Cortos: PRESTO y the Bridge Sesión

Sesión 9: Cierre y evaluación final

Objetivo: Finalización del programa y realización del post-test.

Dinámica “hasta pronto”: Se realizará las mismas evaluaciones que se pasaron al principio de la intervención y dará cierre de la intervención.

-Material para algunas sesiones:

Sesión 4. Expresiones faciales

Cartas para el reconocimiento de expresiones faciales:



Sesión 5. Situaciones cotidianas

Diálogo 1:

Lucas y Clara son dos amigos que van a la misma clase y salen juntos todos días al recreo. Un día, Clara le cuenta a Lucas:

(Clara): “Creo que voy a suspender este examen, me ha salido muy mal”.

(Lucas):” Eso te pasa por no haber estudiado conmigo, a mi me ha salido muy bien”.

(Clara):” Es que justo ese día tenía que ir a hacer unos recados con mi madre...”.

(Lucas): "Creo que hay cosas más importantes que hacer recados". Diálogo 2:

Diálogo 2:

Un empresario antes de ir a trabajar entra a la cafetería de su barrio a tomar un café.

(Empresario): "Ponme un café con leche". (Camarero): "Perfecto caballero, ahora se lo sirvo". (Camarero): "Aquí tiene su café con leche"

Empresario): [Da un sorbo al café] "¡Qué malo está este café, está súper amargo! ¡CAMARERO! ¡VEN AQUÍ!"

(Camarero): "¿Qué pasa caballero, tiene algún problema?" (Empresario): "Este café es un asco, no ni lleva azúcar, esto es una vergüenza..." "

(Camarero): "Disculpe, ahora se lo traigo..." (Empresario): "Que no tarde".

Diálogo 3:

Elisa acaba de salir del supermercado, se dirige hacia su casa con dos bolsas de la compra. En la misma acera, se encuentra con un hombre caminando mientras mira al móvil y se choca con ella, por lo que se le caen las bolsas.

(Hombre): ¡Disculpa!, estaba despistado y no me he dado cuenta. (Elisa): "¡No te preocupes!, ahora recojo mis cosas."

(Hombre): "Espera, que te ayudo a recogerlas" (Elisa): "No hace falta, tranquilo".

(Hombre): "Si, de verdad... Ha sido culpa mía. Así acabaremos antes. (Elisa): "¡Muchas gracias, señor!

(Hombre): "De nada..."

Diálogo 4:

Una hija le dice a su madre que le de dinero para irse este verano de vacaciones con sus amigas.

(Hija): “¿Me puedes dar dinero para irme este verano con mis amigas de viaje?”.

(Madre): “Vale... Te daré 100 euros”.

(Hija): “Mamá, 100 euros no me sirven para nada. Quiero que me des más dinero”.

(Madre): “Ya sabes que no te podemos dar más dinero, te tendrás que conformar con eso”.

(Hija): “Pues a mis amigas sus madres les dan más dinero... Para eso no me voy de vacaciones...”.

Diálogo 5:

Un hombre va al aeropuerto, pero se ha dejado el pasaporte en casa por lo que va a hablar con la persona de información sobre si hay alguna solución porque su vuelo sale en menos de una hora y no le da tiempo a ir y volver a casa:

(Hombre): “Hola buenos días, tengo un problema”. (Información): “Dígame señor”.

(Hombre): “Pues verá, mi vuelo sale en menos de una hora, pero se me ha olvidado el pasaporte en casa”.

(Información): “¿Hacia dónde es su vuelo?”. (Hombre): “Mi vuelo es dirección Japón”.

(Información): “Lo siento caballero, pero para viajar a Japón es indispensable

el pasaporte”.

(Hombre): “! Vaya..., no pasa nada, cogeré el siguiente vuelo, perdone y muchas gracias”.

(Información) “Tenga un buen día”.

Sesión 6. Juego de roles

Situación 1: Médico y paciente

Situación 2: Comprador y vendedor

Situación 3: Madre e hijo

Situación 4: Empleado y jefe

Situación 5: Profesor y alumno

Sesión 7. Juego cooperativo

4 en raya:



Sesión 8. Visionado de cortos

Asertividad: PRESTO



<https://www.youtube.com/watch?v=q1K9EH90CyA&t=292>

Preguntas:

¿Cuál es el problema?

¿Qué solución tiene el problema? ¿Cuál de los dos personajes es más cabezota?

¿Cuál de los dos personajes es más amable con el otro
antes? ¿Por qué?

¿Alguno de los dos personajes se está poniendo en el lugar del otro?

¿Cuándo lo hace? ¿Gracias a ese acto ponen una solución?

Autocontrol: Carrot Crazy



<https://www.youtube.com/watch?v=7V7MOk0FZrg>

Preguntas:

¿Qué es lo que quiere hacer el protagonista?

¿Qué emociones crees que sienten?

¿Alguno de los dos se ha dado cuenta de que está el conejo? ¿Por qué?

¿Qué es lo que hubieras hecho tú si fueras el protagonista del vídeo?

¿Cómo hubieras reaccionado para mejorar la situación?

