



UNIVERSIDAD DE JAÉN
*Facultad de
Humanidades y Ciencias
de la Educación*

INTERVENCIÓN EN CONTEXTO NATURAL EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Alumno: Aurora Cobo Hidalgo

Tutora: María de la Cruz García Linares

Fecha: 21/07/2017

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista se encuentra incluido en el DSM-V en la categoría diagnóstica de Trastornos del Neurodesarrollo. Presenta un origen neurobiológico afectando principalmente a tres áreas del desarrollo cognitiva, lingüística y social. Las dificultades que conlleva este trastorno limitan a la persona con TEA dificultando que se desenvuelvan de manera adaptativa. Por tanto las personas con TEA requieren intervención para fomentar un correcto desarrollo de sus habilidades. En ese sentido la intervención en contexto natural se ha propuesto como parte indispensable del tratamiento, independientemente del enfoque teórico en el que este se base, resultando su inclusión de gran utilidad, puesto que diversos estudios sitúan los contextos naturales como la clave del éxito ya que favorecen la transmisión de aprendizajes y su generalización. En el presente estudio se ha analizado cómo influye el tratamiento en contexto natural, concretamente en el contexto escolar con su grupo de iguales y basado en el juego, sobre la aceptación, el rechazo o la indiferencia hacia el niño con TEA, manifestados por parte de su grupo de iguales y si esta intervención mejoraba las habilidades de juego. Tras el análisis de los datos obtenidos se ha encontrado que la intervención en contexto natural incrementa la aceptación y disminuye el rechazo por parte de su grupo de iguales, así como mejora las habilidades de juego en niños con TEA.

Abstract

Autism Spectrum Disorder is included in the DSM-V in the diagnostic category of Neurodevelopmental Disorders. It present a neurobiological origin affecting three areas of cognitive, linguistic and social development. The difficulties caused by this disorder limit the person whit ASD, making it difficult to develop in an adaptive way. Therefore people with ASD will require intervention to promote the correct development of their abilities. In this sense, the intervention in the natural context has been proposed as an indispensable part of the treatment, independently of the theoretical approach on which it is based, and its inclusion is very useful, since several studies place the natural contexts as the key to which favor the transmission of learning and its generalization. The present study has analyzed how the treatment influences the natural context, specifically in the school context with its group of peers and based on the game, on the acceptance, rejection or indifference to the child with ASD, manifested by Its peer group and whether this Intervention improved the game abilities. After the analysis of the data obtained it has been found that the intervention in natural context increases the acceptance and decreases the rejection on the part of its peer group, as well as improves play abilities in children with ASD.

Índice

Introducción y conceptualización.....	3
1.1. Evolución del concepto de Autismo.....	3
1.2 Teorías explicativas del Autismo.....	6
1.3 Prevalencia e Incidencia.....	10
1.4. Diferentes tipos de enfoques en intervención.....	10
2. Justificación teórica del trabajo.....	13
3. Estudio empírico.....	16
3.1 Objetivos e hipótesis del estudio.....	16
3.2 Participantes.	17
3.3 Diseño y procedimiento de investigación.....	18
3.4 Metodología e instrumentos de evaluación.....	20
3.5 Resultados.....	22
3.6 Conclusiones y discusión.....	26
4. Referencias.....	30

1. Introducción y conceptualización

1.1. Evolución del concepto de Autismo

Los inicios del autismo se sitúan a finales del siglo XIX, etapa en la que se comenzó a considerarse el trastorno en términos científicos. Concretamente fue Henry Maudsley (1867) el que describió comportamientos extravagantes en niños que presentaban psicosis. Sin embargo, a principios del siglo XX sería cuando Eugen Bleuler comenzó a utilizar el término autismo para denominar el déficit en las relaciones interpersonales y la relación con el mundo externo en general, que caracterizaba la esquizofrenia (Bleuler, 1911).

A mediados de este periodo se detectaron los primeros casos documentados de autismo, situándose como uno de los más relevantes el caso del niño salvaje de Aveyron (Bettelheim, 1959; Houston y Frith, 2000). Estas circunstancias propiciaron que en 1943 Leo Kanner describiera 11 casos de niños con este tipo de sintomatología, que él denominó autismo infantil precoz, utilizando por primera vez este término de forma independiente a la esquizofrenia. Esto marcó una diferencia respecto a la conceptualización propuesta por Bleuler, ya que a partir de entonces se fundamenta en que los síntomas aparecen al inicio de la vida (Kanner, 1943). A pesar de todo el autismo continúa relacionándose con la esquizofrenia siendo considerado como un tipo de esquizofrenia infantil (Kanner, 1949). Un año más tarde Hans Asperger (1944, 1991) presentó una serie de casos (Asperger, 1944) en línea con los expuestos por Kanner que posteriormente fueron denominados por Lorna Wing como Síndrome de Asperger.

Desde su incorporación a los sistemas clasificatorios oficiales como categoría diagnóstica independiente (APA, 1980; *World Health Organization*, 1992), el autismo ha generado controversia sobre su diferenciación con otros Trastornos Generalizados del Desarrollo. En ese sentido la Organización Mundial de la Salud introduciría el término Trastornos del Espectro Autista, descartando el de psicosis en 1992 (*World Health Organization*, 1992). Igualmente lo haría la Asociación Americana de Psiquiatría en la tercera edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM) con la denominación de autismo infantil (DSM-III; APA, 1980). Tras esta primera inclusión su terminología y caracterización ha evolucionado dependiendo de las investigaciones realizadas, produciéndose las primeras modificaciones en 1987, en su versión revisada dando más importancia a los déficit en la

comunicación (DSM-III-TR; APA, 1987) y en 1994 con la diferenciación con el Síndrome de Asperger (DSM-IV; APA, 1994). Sin embargo esta diferenciación se disolvería en el 2013, ya que se comenzó a hablar del termino Trastornos del Espectro Autista (en adelante TEA) (DSM-5; APA, 2013) cerrándose esta denominación con la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (en adelante DSM-5). Por tanto, se han eliminado el autismo y el Síndrome de Asperger como categorías independientes incluyéndolos en una única categoría denominada como Trastornos del Espectro Autista, desde una perspectiva de continuo o dimensión de los trastornos. Dado que este es el término más actual propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría, será el que se utilizará durante el desarrollo de este trabajo.

Los criterios que según el DSM-5 (APA, 2013) tienen que cumplirse para presentar el TEA son:

A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, actuales o pasados.

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional.

- Aproximación social poco frecuente y dificultades de mantener el intercambio en una conversación.
- Intercambio reducido de intereses, emociones o afecto.
- Fracaso en el inicio o respuesta ante la interacción social.

2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social.

- Desajuste entre comunicación verbal y no verbal.
- Anomalías en el contacto ocular, lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos.
- Ausencia total de expresiones faciales y comunicación no verbal.

3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones.

- Dificultades en ajustar la conducta en contextos sociales variados.
- Dificultades en compartir juego imaginativo o en hacer amigos.
- Ausencia de interés por sus iguales.

B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados:

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos.

2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado.
3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco.
4. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

Se ha de especificar la severidad actual, teniendo en cuenta que la gravedad se basa en el deterioro de la comunicación social y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos. En la tabla 1 se especifican los distintos niveles de severidad.

Tabla 1: Niveles de severidad del TEA

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Grado 3 Requiere un apoyo muy sustancial	Deficiencias graves en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones graves en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad manifiesta para cambiar el foco de acción.
Grado 2 Requiere un apoyo sustancial	Deficiencias graves en habilidades de comunicación Social verbal y no verbal; los problemas sociales son patentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros.	El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas o repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran ansiedad y/o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Grado 1 Requiere apoyo	Sin ayuda, deficiencias en la comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y planificación dificultan la autonomía.

C. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano, aunque:

1. Pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño.
2. Pueden verse enmascarados en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas (reconocer emociones, mirar, etc.).

D. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual (DI) y el TEA con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de TEA y DI, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

A estos síntomas, se asocian otros déficits que se pueden presentar en distinto grado de severidad en los niños con TEA, como son: problemas de conducta, que conllevan comportamientos repetitivos, disruptivos y desafiantes; déficits en psicomotricidad fina y gruesa y problemas para reconocer, comprender y regular tanto sus propias emociones como las emociones de los demás.

Este conjunto de dificultades impide que se desenvuelvan de manera adaptativa, lo que produce niveles elevados de frustración, que pueden conllevar explosiones de rabia, volviendo a experimentar estas experiencias de forma intensa u obsesiva de forma recurrente lo que limita su funcionamiento puesto que generan comportamientos desadaptativos en relación con el contexto. De modo que, para evitar que esto se produzca, así como para dar la oportunidad al niño con TEA de adquirir habilidades adaptativas, el aprendizaje sin error es determinante, por ello las primeras experiencias han de ser cuidadosamente preparadas y planificadas.

1.2 Teorías explicativas del Autismo

La primeras teorías explicativas datan de la década de 1960, entonces se consideraba que el autismo tenía como origen causas ambientales, debido a la corriente psicoanalítica predominante. En línea con estas explicaciones se encontraba la propuesta de Bruno Bettelheim

(1967), que denominó a las madres de niños con autismo como “madres nevera”, considerando que el trastorno se debía a una relación poco afectiva con la madre. Sin embargo, más tarde, gracias a los trabajos de Michael Rutter, se produciría un cambio de perspectiva en la que se establecería como origen del trastorno causas genéticas (Folstein y Rutter, 1977; Rutter y Schopler, 1978).

Actualmente, existen diferentes corrientes teóricas que intentan explicar las posibles causas de este trastorno. Entre las más relevantes y que mayor apoyo empírico muestran se encuentran las teorías psicológicas, teorías neuropsicológicas y las teorías neurobiológicas y genéticas.

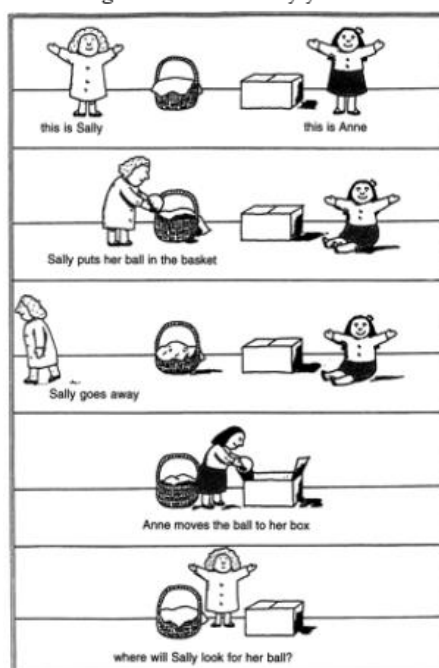
Las teorías psicológicas incluyen la teoría de la mente y la teoría de la coherencia central.

La teoría de la mente (Premack y Woodruff, 1978), propone que las personas con TEA muestran dificultades para atribuir estados mentales a sí mismos y a los demás, comprendiendo que estos pueden ser verdaderos o falsos y que mediante ellos pueden inferir las consecuencias del comportamiento tanto propio como en otras personas. La primera investigación que detectó este déficit fue la realizada por el grupo de Baron-Cohen, Leslie y Frith (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985), en la que utilizaron el test de Sally y Anne (figura 1) mediante el que evaluaron la capacidad de los niños para predecir cuál será el comportamiento de una persona guiada por una creencia errónea.

Este test consiste en la presentación al niño de la historia de Sally y Anne. En esta historia Sally y Anne están juntas en una habitación, cuando Sally deja una canica en una cesta y se marcha de la escena, tras lo que Anne esconde la canica en la caja que hay al lado de la cesta. Después Sally vuelve a la habitación, no habiendo visto el cambio que ha hecho Anne.

Una vez explicada la historia se realizan las siguientes preguntas: ¿dónde estaba la canica?, ¿dónde está ahora la canica? Y ¿dónde va a buscar Sally su canica?. Las dos primeras preguntas se realizan para verificar la comprensión de la historia y la tercera para evaluar si el

Figura 1. Test de Sally y Anne.



niño es capaz de diferenciar entre su propia creencia y la creencia de Sally para resolver la tarea. Los resultados mostraron que el 80% de los niños con autismo realizaban la tarea de forma incorrecta, es decir presentan dificultades para inferenciar el nivel de conocimiento de Sally. En coherencia con estos resultados se encuentran los obtenidos en la realización de tareas de falsa creencia de primer orden, puesto que se observaron dificultades en su resolución (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1986; Leekam y Perner, 1991; Perner, Frith, Leslie y Leekam, 1989; Reed y Peterson, 1990; Swettenham, 1996; Swettenham, Baron-Cohen, Gomez y Walsh, 1996).

Así mismo, mediante el estudio elaborado por Scott y Baron-Cohen (1996), se comprobó como este déficit influía en la capacidad de imaginación y mentalización (Leslie, 1987). Esto conlleva que en los niños con TEA se observe menor cantidad de juego simbólico o que, en los casos de mayor afectación, este tipo de juego no se desarrolle (Baron-Cohen, 1987; Hobson, Lee y Hobson, 2009; Lewis y Boucher, 1988; Ungerer y Sigman, 1981; Wing, Gould, Yeates y Brierley, 1977).

También se encontró como el déficit en teoría de la mente afectaba a la comprensión del lenguaje figurado, sarcasmo, metáforas, bromas e ironía, produciendo en persona con autismo confusión respecto a las intenciones del interlocutor (Happé, 1994) y dificultades para detectar y entender el engaño (Baron-Cohen, 1992; Brent, Rios, Happé y Charman, 2004; Sodian y Frith, 1992; Yirmiya, Solomonica-Levi y Shulman, 1996).

En último lugar, también influye en la comprensión de causas complejas de estados emocionales, puesto que esta habilidad conlleva la capacidad para inferenciar y comprender otros puntos de vista. En ese sentido, se encontró que niños de 4 a 6 años con autismo no son capaces de entender emociones producidas por distintas causas (Baron-Cohen, 1991; Baron-Cohen, Spitz y Cross, 1993).

Otra teoría psicológica desde la que se han explicado los déficits en TEA, es la teoría de la Coherencia Central Débil (Frith, 1989; Happé, 1999), basada en la forma de percibir el contexto que presentan las personas con autismo. Esta forma de percibir tiene tendencia a centrar la atención en el detalle, obteniendo con ello la información del entorno de forma fragmentada. Lo anterior conlleva un procesamiento parcial de la información, que finalmente influye en que su respuesta no se adapte de forma adecuada a las características de la situación. Esto provoca

dificultades importantes en el área socio-emocional, ya que hay muchas claves en el contexto que integradas permiten que nos desenvolvamos de forma adecuada en los contextos sociales y en las relaciones interpersonales.

Las teorías **neuropsicológicas**, sitúan el déficit en las Funciones Ejecutivas, definidas como: *“la habilidad para mantener un conjunto de estrategias de soluciones de problemas, con el fin de alcanzar una futura meta”* (Pennington y Ozonoff, 1996). Las funciones ejecutivas se encuentran en los lóbulos frontales del cerebro, formados por la corteza frontal y prefrontal (Dowsett y Livesey, 2000).

Los daños en la corteza prefrontal determinan problemas en memoria de trabajo, atención selectiva, formación de conceptos, flexibilidad cognitiva, en el procesamiento de señales emocionales que guían nuestra toma de decisiones y en la capacidad de inhibición (Aron, Fletcher, Bullmore, Sahakian y Robbins, 2003).

Además, se encontraron daños en el circuito ventromedial, que afectan a la anticipación de consecuencias y la toma de decisiones (Bechara, Damasio y Damasio, 2000) y en el circuito dorsolateral que conllevan dificultades en planificación y autocontrol (Brophy, Taylor y Hughes, 2002).

Desde las **teorías neurobiológicas**, aunque actualmente no se ha determinado una base neurobiológica definitiva, se han establecido una serie de disfunciones entre las que se encuentran:

1. Niveles bajos de serotonina y anomalías en su síntesis (Chugani, Muzik, Behen, Rothermel, y Chugani, 1999), que influye en el desarrollo de diversas zonas corticales (Chandana, Behen, Juhasz, Muzik, Rothermel, Mangner, Chakraborty, Chugani y Chugani, 2005).
2. Ritmo de crecimiento cerebral inusual (Aylward, Minshew, Field, Sparks y Singh, 2002), estando acelerado hasta los 24 meses (Belmonte, Allen, Beckel-Mitchener, Boulanger, Carper y Webb, 2004; Courchesne, Redcay y Kennedy, 2004), tras lo que se enlentece (Carper, Moses, Tigue y Courchesne, 2002).

3. Presencia de un menor número y tamaño en las células de Purkinje (Fatemi, Halt, Realmuto, Earle, Kist y Thuras, 2002).

El auge de las **teorías genéticas** comenzó en los años 80, gracias a los estudios sobre comorbilidad del autismo y trastornos genéticos (Blomquist, Bohman, Edvinsson, Gillberg, Gustavson, Holmgren y Wahlström, 1985). Actualmente, se han detectado aproximadamente 15 genes relacionados con el trastorno (Abrahams y Geschwind, 2008; Geschwind, 2011; Santangelo y Tsatsanis, 2005), encontrándose como principal factor de riesgo las variaciones estructurales (Jorde, Hasstedt, Ritvo, Mason-Brothers, Freeman, Pingree, McMahon, Petersen, Jenson y Mo, 1991). En estudios realizados con gemelos monocigóticos se encontró entre un 70% y 90% de riesgo de padecer un TEA, respecto al 0% y 10% que se halló para a gemelos dicigóticos (Ronald y Hoekstra, 2011) y en familiares cercanos de personas con TEA se habla del fenotipo amplio, observándose niveles subclínicos de este trastorno (Ruta, Mazzone, Mazzone, Wheelwright y Baron-Cohen, 2012; Spencer, Holt, Chura, Suckling, Calder, Bullmore y Baron-Cohen, 2011).

1.3 Prevalencia e Incidencia

Actualmente, la prevalencia en TEA ha crecido de forma elevada dándose 1 caso por cada 100 nacimientos. Este gran cambio en cuanto al número de casos detectados ha variado mucho en los últimos 40 años, gracias a un mayor conocimiento del trastorno, permitiendo de ese modo una mejor detección (Autismo Europa, 2012). En ese sentido, se estima que la población de personas con TEA en España es de aproximadamente 450.000 personas. Sin embargo, teniendo en consideración el sistema familiar afectado de la persona con TEA las personas afectadas superarían el millón.

En cuanto a la incidencia, un dato relevante es la diferencia de género, puesto que los datos indican que se encuentran 4 niños por cada niña con autismo y 9 niños por cada niña en Síndrome de Asperger (Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2002), lo que pone de manifiesto las dificultades que todavía hoy se producen para detectar este trastorno en mujeres.

1.4. Diferentes tipos de enfoques en intervención

Los primeros trabajos de investigación sobre intervención en personas con TEA, se limitaron al análisis de la eficacia en programas específicos, en los que se intervenía sobre los aspectos

más deficitarios de este trastorno (Rincover y Koegel, 1977). Aunque estas investigaciones eran muy básicas en los aspectos analizados, determinaron la necesidad de elaborar programas de intervención en los que se entrenará la generalización de los aprendizajes adquiridos (Koegel, Russo y Rincover, 1977), puesto que de forma temprana se observó que uno de los aspectos que más problemas mostraba era la transferencia de los aprendizajes a distintos contextos.

En la actualidad, se dispone de muy diferentes enfoques desde los que se han abordado el tratamiento en personas con TEA, con distinta eficacia demostrada. Siguiendo la clasificación propuesta por Roberts y Prior, (2006) se pueden encontrar:

1. Intervenciones psicodinámicas: éstas se basan en la presencia de un daño emocional secundario a la falta de desarrollo de un vínculo estrecho del niño con los progenitores, especialmente la madre. Actualmente, se encuentran en desuso ya que no han demostrado evidencia en estudios rigurosos de investigación (Smith, 1996).

2. Intervenciones biomédicas: este tipo de intervenciones tratan los síntomas nucleares del TEA a través de medicaciones o modificaciones en la dieta, sin embargo ninguno de estos tratamientos ha demostrado su eficacia de forma científica.

3. Intervenciones psicoeducativas: esta intervención se basa en la enseñanza de comportamientos y habilidades, usando técnicas especializadas y estructuradas, entre ellas están:

- Programa Lovaas, en el que se lleva a cabo un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado. Mediante este programa se han conseguido mejoras significativas en habilidades atencionales, seguimiento de instrucciones, imitación y discriminación. Pero se le ha criticado por los problemas en la generalización en un ambiente natural espontáneo, por basar sus resultados en la mejora del cociente intelectual y porque el medio de aprendizaje altamente estructurado no es representativo de las interacciones naturales entre adultos y niños (Myers y Johnson, 2007).
- Análisis aplicado de la conducta (ABA), este tipo de intervención tiene como principio promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas eliminando consecuencias positivas, buscando un mecanismo de ‘extinción’. Algunos de los modelos basados en ABA son: *Pivotal Response Training* (PRT), *Natural Language Paradigm* e *Incidental Teaching*.

4. Intervenciones evolutivas, parten de la enseñanza de habilidades sociales y de comunicación, en ambientes estructurados, así como de desarrollo de habilidades para la vida diaria. Estas proporcionan al niño el apoyo necesario para desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas. Entre este tipo de intervención estaría:

- *Floor Time* y *Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model*: basados en las diferencias individuales y en las relaciones.
- *Responsive Teaching*: que se apoyaría en la educación en responsabilidad.
- *Relationship Development Intervention*: que consiste en la intervención para el desarrollo de relaciones.

5. Intervenciones basadas en terapias, se centran en trabajar dificultades específicas, principalmente en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación o en el desarrollo sensoriomotor, éstas serían:

- Intervenciones centradas en la comunicación, utilizan estrategias visuales e instrucción con pistas visuales, lenguaje de signos, sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), historias sociales, dispositivos generadores de lenguaje, comunicación facilitada y entrenamiento en comunicación funcional.
- Intervenciones sensoriomotoras: entrenamiento en integración auditiva e integración sensorial.

6. Intervenciones combinadas, que incorporan elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo que generalmente resultan más eficaces, entre ellas destacan el modelo SCERTS, el modelo TEACCH, el modelo Denver y el modelo LEAP.

Sin embargo, independientemente del modelo de intervención, desde la Guía del Departamento de Educación y Desarrollo de Servicios de California (1997) se proponen una serie de aspectos para el diseño y desarrollo de programas de intervención en el autismo. Entre las características de un programa eficaz podemos destacar las siguientes:

- Ha de estar fundamentado en métodos y currículos basados en la evidencia, operacionalmente definidos y con criterios de inicio y finalización.

- Supervisados por personal formado que disponga de conocimientos en profundidad sobre el TEA.
- Inclusivo para la familia y en el que se les empodere respecto a aspectos de entrenamiento, toma de decisiones y acceso a los servicios disponibles.
- Llevado a cabo en una variedad de contextos y ambientes (casa, comunidad, etc.).
- Diseñado para permitir al niño la transición a contextos que promuevan un funcionamiento autónomo.

2. Justificación teórica del trabajo

La intervención en contexto natural se incluye como parte indispensable de la intervención, independientemente del enfoque teórico en el que ésta se base, encontrándose habitualmente en las terapias combinadas en TEA. Incluir el contexto natural como parte de la intervención resulta de gran utilidad, puesto que diversos estudios sitúan los contextos naturales como la clave del éxito de toda intervención, ya que favorecen la transmisión de aprendizajes y su generalización (Plaisted, 2001).

Las primeras investigaciones a este respecto se centraron en el análisis de los resultados en cuanto al nivel de integración social conseguida, mediante el entrenamiento en habilidades sociales y conversacionales, contacto ocular, postura corporal, emisión y reconocimiento de lenguaje no verbal, solución de problemas y técnicas para relajarse. Los resultados evidenciaron un incremento significativo de estas habilidades cuando se entrenaban con grupos de iguales, a través de modelado por pares y mediante el uso de juego de roles, favoreciendo la mejora de su integración social en el grupo (Tse, Strulovitch, Tagalakakis, Meng y Fombonne, 2007). Estos estudios ponen de manifiesto la importancia de la intervención en contexto natural puesto que para un niño cuya principal dificultad es la interacción social es muy fácil ser rechazado o ignorado por su grupo de iguales (García, Sureda y Monjas, 2008).

Mediante este tipo de estudios, se ha fomentado el cambio actual respecto a la visión sobre las personas con TEA. Según el cual se han de considerar primeramente las habilidades conservadas y las potencialidades, utilizándolas como base para la intervención (Attwood, 2000; Baron-Cohen, 2002).

Esta nueva perspectiva ha influido en el diseño de las intervenciones, produciendo que cada vez se integre más habitualmente el trabajo en contextos naturales (Bauminger, 2002). De forma que en las intervenciones actuales, se combina la enseñanza explícita de habilidades específicas, con su realización en los contextos naturales. Esta combinación resulta muy beneficiosa puesto que posibilita el abordaje de la enseñanza funcional de habilidades sociales, de comunicación y lenguaje durante las rutinas diarias utilizando reforzadores naturales disponibles en el contexto y el fomento de relaciones sociales recíprocas contextualizadas (Lord y McGee, 2001).

En este sentido, los centros educativos constituyen el contexto natural oportuno para adquirir de forma funcional habilidades socio-emocionales, de comunicación y lenguaje, así como estilos de interacción positivos entre niños neurotípicos y niños con TEA, ya que durante la jornada escolar se producen numerosas interacciones sociales de manera natural (Webb, Miller, Pierce, Strawser y Jones, 2004). Este contexto proporciona el soporte ideal para la transferencia de conocimientos, mediante la realización de actividades de animación sociocultural, grupos de apoyo y de ocio (Carter, Meckes, Pritchard, Swensen, Wittmann y Velde, 2004).

Además cabe destacar que, aunque se ha producido un gran avance respecto a la inclusión de los niños con TEA, aún existen prejuicios y estereotipos (Aguado, Alcedo y Flórez, 2009), así como desconocimiento en cuanto a la forma más adecuada de interacción, que producen actitudes de rechazo e indiferencia por parte de los compañeros (Ochs, Kremer-Sadlik, Solomon, Gainer y Sirota 2001). Diversas investigaciones han expuesto como en el aula ordinaria los niños con TEA son menos aceptados y más rechazados presentando mayores tasas de aislamiento social que sus iguales neurotípicos (Baydik y Bakkaloglu, 2009; Estell, Jones, Pearl, Van Acker, Farmer y Rodkin., 2008; Frederikson, 2010; Frederikson, Simmonds, Evans y Soulsby, 2007; Kemp y Carter, 2002; Nowicki, 2003; Pijl, 2007; Sabeh y Monjas, 2002), participando con menor frecuencia en grupos (Frostad y Pijl, 2007) tanto de juego como académicos (Frederickson y Furnham, 2004).

Concretamente, se ha señalado un patrón de conducta caracterizado por bajas tasas de sociabilidad, conductas prosociales limitadas, estilos de comportamiento agresivos, conductas desadaptativas, inmadurez y conductas de evitación social, como factor de riesgo para que se produzca un mayor grado de rechazo por parte del grupo de iguales (Bierman, 2004). Teniendo en cuenta que muchas de estas características se encuentran presentes en los niños con TEA, este colectivo se posicionaría como un grupo de riesgo.

Considerando estos aspectos, se puede concluir que el trabajo con iguales es imprescindible para el entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas (Barry, Klinger, Lee, Palardy, Gilmore y Bodin, 2003). La evidencia demuestra cómo las intervenciones en las que se capacitan a los iguales y al entorno escolar de un alumno con TEA, tienen mayor impacto en el desarrollo de las habilidades sociales en comparación con intervenciones individualizadas del alumno con un profesional especializado (Kasari, Rotheram-Fuller, Locke y Gulsrud, 2012).

Una de las técnicas más extendidas es la de la tutorización entre pares, a través de la cual se han observado resultados positivos tanto para el niño con TEA como para el niño tutor, aumentando ambos la cantidad y calidad de las iniciaciones e interacciones sociales con otros niños (Zercher, Hunt, Schuler y Webster., 2001; Kamps, Royer, Dugan, Kravits, González-Lopez, García, Carnazzo, Morrison y Kane, 2002). Por tanto, se ha demostrado que la evolución del niño con TEA se ve favorecida haciendo extensivo el tratamiento al contexto escolar y contando con niños neurotípicos como apoyo (Barry, et al., 2003; Laushey y Heflin, 2000).

En ese sentido mediante un estudio de intervención en contexto natural en niños con TEA de alto funcionamiento se mejoraron aspectos como la frecuencia y duración de núcleos comunes de actividades, de juego y la complejidad del lenguaje (Zercher, et al., 2001). Además, se produjo la mejora en la percepción subjetiva positiva de la persona con TEA, respecto al ajuste de los apoyos sociales de los que disponía para cubrir sus necesidades (Renty y Roeyers, 2006). Esto favorece la formación de un sentimiento de pertenencia al grupo y la mejora en su calidad de vida. Por tanto esta intervención cumplió un doble objetivo, por un lado mejoró la inclusión del alumno con TEA y sus habilidades y, por otro, sensibilizó al alumnado en la diversidad funcional.

Teniendo en cuenta que en este entorno, el momento en el que mayores interacciones con los iguales se producen y que, por tanto, se dan más oportunidades de aprendizajes, es el tiempo de recreo, la intervención tendría que centrarse inicialmente en los aprendizajes que se pueden adquirir en ese espacio de tiempo. Puesto que, aunque los niños con TEA tienen el deseo de hacer amigos y la necesidad de pertenencia a la red social de clase (Kassari, et al., 2012), no son capaces de aprovechar las oportunidades que se producen durante ese momento, debido a sus dificultades para relacionarse con los demás niños y su falta de habilidades de juego.

Así pues, una experiencia social que debería de ser enriquecedora y facilitadora en la adquisición de habilidades relacionales, en muchos casos para los niños con TEA es vivida como negativa, dificultando con ello la adquisición de los aprendizajes que se producen en este entorno (Monjas, Martín-Antón, García-Bacete y Sanchiz, 2014).

Además, la mayor parte de las interacciones que se producen entre iguales en esta etapa tienen lugar a través del juego, de modo que éste proporciona oportunidades de interactuar de forma positiva y guiada influyendo en el desarrollo de la afectividad, la imaginación, el mentalismo, la comprensión social, el lenguaje y el ocio.

En ese sentido, proporcionar al niño con TEA un entorno de juego estructurado que facilite su desenvolvimiento durante el tiempo de recreo junto al resto de sus compañeros, no solo le proporcionará la oportunidad de adquisición del aprendizaje del juego per se, sino que además se beneficiará de las habilidades que de manera transversal se adquieren a través de este, como son: habilidades de ayuda, cooperación, autorregulación, desarrollando estas habilidades de manera funcional con las personas con las que se han de poner en práctica posteriormente y en un entorno positivo.

3. Estudio empírico

3.1 Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo general del este trabajo es analizar el efecto de una intervención en el contexto natural sobre la aceptación, el rechazo y la indiferencia hacia el niño con TEA, manifestados por parte de su grupo de iguales. Como objetivos específicos, se quiere determinar si la intervención en contexto natural produce una mejora de las dimensiones relacionadas con las aptitudes necesarias para el juego y si el incremento de estas puntuaciones obtenidas tras la intervención se relaciona con una mayor aceptación y un menor rechazo de los niños con TEA por parte de sus iguales. A continuación planteamos una serie de hipótesis a partir de los resultados encontrados en la revisión de la literatura previa.

Hipótesis 1: Se espera que tras la intervención en contexto natural se produzca un mayor número de aceptaciones del niño con TEA por su grupo de iguales, respecto al número de aceptaciones recibidas por el grupo control.

Hipótesis 2: Se espera que tras la intervención se obtenga un menor número de rechazos para el niño con TEA por su grupo de iguales, respecto al número de rechazos recibidos por el grupo control.

Hipótesis 3: Se espera que se produzca una mejora en las puntuaciones de las dimensiones relacionadas con el juego en los niños con TEA que recibieron tratamiento, respecto al grupo control.

Hipótesis 4: Se espera que se produzca una relación positiva en el grupo de tratamiento tras la intervención entre las dimensiones relacionadas con el juego y el número de aceptaciones recibidas por sus iguales.

Hipótesis 5: Se espera que se produzca una relación negativa en el grupo de tratamiento tras la intervención entre las dimensiones relacionadas con el juego y la disminución en el número de rechazos por sus iguales.

3.2 Participantes

En el presente estudio hubo un total de 28 participantes (20 niños y 8 niñas) con edades comprendidas entre los 6 y 11 años ($M= 7,64$; $DT=1,64$) con diagnóstico de TEA grado 1. La situación escolar que presentaban los participantes en general respecto a su grupo clase, era de rechazo y/o exclusión, haciéndose evidentes sus dificultades diarias para integrarse con su grupo de igual neurotípicos y por tanto con una alta probabilidad de aparición de problemas de acoso escolar.

Todos los participantes recibían intervención psicopedagógica individual y grupal, consistente en la realización de terapias para entrenar habilidades socio-emocionales, flexibilidad cognitiva y comportamental, percepción y comprensión adecuada de situaciones sociales y organización, planificación y autorregulación cognitiva y conductual.

El tiempo durante el que habían recibido este tipo de intervención oscilaba entre los 2 y 6 años. Los participantes se distribuyeron en dos grupos, el primero compuesto por 14 niños (10 niños y 4 niñas) recibieron intervención psicopedagógica individual y grupal y el segundo compuesto por 14 niños (10 niños y 4 niñas) continuaron con la intervención psicopedagógica individual y grupal y además se realizó intervención en contexto natural con su grupo de iguales. La intervención en contexto natural consistió en la realización de sesiones estructuradas de juego durante el periodo de recreo con su grupo-clase de referencia.

3.3 Diseño y procedimiento de investigación

El diseño del presente estudio es un diseño cuasi-experimental con grupo control no aleatorizado, puesto que se ha dividido el grupo total de niños con diagnóstico de TEA en dos de forma no aleatoria. Al grupo 1 se le ha aplicado un tratamiento basado en el juego con sus pares en el contexto natural del recreo, para evaluar su efecto en las habilidades de los niños con TEA y en su inclusión en su grupo de iguales. Al grupo 2 no se le administró este tipo de tratamiento.

El procedimiento de investigación se compuso de cinco fases que se describen a continuación.

Fase 1: Selección de participantes.

En primer lugar se seleccionaron los niños que participaron en el programa de intervención, para ello se contó con la colaboración de la Asociación Asperger-TEA Jaén. Se informó a las familias asociadas que contaban con miembros en su familia con diagnóstico de TEA entre los 6 y 11 años y se les facilitó la solicitud de participación. Tras la recepción de las solicitudes, se llevó a cabo una entrevista con las familias interesadas y se seleccionaron aquellos casos en los que se observó que producían situaciones de exclusión o se encontraban en riesgo de producirse.

Fase 2: Información y solicitud de consentimiento informado a padres, madres y personal del centro.

Tras la selección de los niños se contactó con el colegio a través de la familia solicitando una reunión para informar de las necesidades del niño, el procedimiento de evaluación e intervención y la metodología de realización del programa. A dicha reunión asisten el/la director/a del colegio, el/la tutor/a del niño, el/la coordinador/a del programa de intervención en el colegio, el/la orientador/a, el psicólogo de referencia del niño, los monitores de juego y la

familia del niño y se lleva a cabo la firma del convenio (ver anexo 1) con el colegio y del consentimiento (ver anexo 2) de la familia, además se establecen el periodo de intervención, el horario, número de sesiones, duración, disponibilidad de espacios y materiales, funciones de los monitores, número y periodicidad de las reuniones de coordinación (ver anexo 3).

Fase 3: Evaluación pre-intervención.

La realización de la evaluación se llevó a cabo en los propios centros docentes. El sociograma se realizó en el aula de cada niño durante el horario de clase. En este momento se explicaron las normas para su realización a todos los niños del grupo-clase. Además, se evaluaron las habilidades del niño para el juego mediante el “Cuestionario de evaluación de la sesión de juego” (Garaigordobil, 2010). Dicha evaluación fue realizada por los dos monitores, que no conocían al niño ni a su grupo de clase y por tanto podían aportar un punto de vista objetivo sobre las habilidades mostradas por el niño durante el juego. Tuvo lugar durante el primer recreo al que asistieron ambos monitores, en el cual se propusieron juegos en los que participaron los niños del grupo-clase del niño con TEA.

Fase 4: Intervención en contexto natural.

La intervención tuvo lugar durante el tiempo de recreo de los niños. El número de sesiones de intervención varió en función de la disponibilidad del centro, estando entre 45 y 48 sesiones que tuvieron lugar durante 6 meses, 2 veces semanalmente. La dinámica a seguir durante las sesiones fue la siguiente:

- Se delimitó en el patio un espacio en el cuál se desarrollaron los juegos.
- Antes de salir al recreo el profesor avisó a los niños de que dos monitores de juego iban a realizar diferentes juegos durante el recreo animándolos a participar e indicándoles donde debían ir en caso de que quisieran participar.
- En el recreo los niños que se interesaran por el juego habían de ir a la zona destinada para ello. En esa zona había dos monitores de juego.
- Se dejaron 10 minutos para que los niños tomaran el desayuno, aprovechando para explicarles el juego.
- Una vez transcurrido este tiempo, el monitor encargado de dirigir el juego daba comienzo.
- En el juego podía participar cualquier niño que se interesara por el mismo, aunque a largo plazo preferentemente se priorizó un grupo estable de niños de manera que cuando finalizó la intervención el niño con TEA dispusiera de un grupo de referencia.

- El juego finalizaba aproximadamente unos cinco minutos antes de que los niños tuvieran que volver a clase.

Los juegos realizados (ver anexo 4) fueron extraídos del programa de juego “Juegos cooperativos y creativos para niños de 6 a 8 años” de Maite Garaigordobil (2010) y del programa de Parques y Patios dinámicos de Gay Lagar (2015), y posteriormente adaptados con estructuración y apoyos visuales para facilitar una mejor comprensión y seguimiento por los niños.

Fase 5: Evaluación post-intervención.

Una vez finalizada la intervención se replicó la evaluación previa, en las mismas condiciones.

Fase 6: Informe de la evolución de los niños a sus progenitores.

Tras las evaluaciones y la intervención se elaboró un informe individual del niño/a en el que se especificaron los resultados obtenidos por habilidades y el nivel de aceptación, rechazo e indiferencia mostrados por su grupo-clase, así como orientaciones para la mejora de las habilidades en las que se observó un menor avance y para el mantenimiento en aquellas en las que se obtuvieron mejoras.

3.4 Metodología e instrumentos de evaluación

En la realización de la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario sociométrico: Compañero de juego (Moreno, 1972).

La técnica sociométrica es un procedimiento que sirve para localizar la estructura informal del grupo y poner de manifiesto las relaciones existentes en el mismo. Esta fue planteada por primera vez en 1930, por Levy Moreno que elaboró un cuestionario en el que cada miembro del grupo indicaba las personas a las que elegía o rechazaba proporcionando así una radiografía de los lazos socioafectivos existentes dentro del grupo. El sociograma es su representación gráfica y en el podemos observar que una cadena de simpatías constituye una red de comunicación.

En la presente investigación se utilizó la adaptación realizada por Garaigordobil (2010) (ver anexo 5), en la que se solicita a cada miembro del grupo que indique:

1. Los compañeros de su grupo que elegiría como compañeros de juego.
2. Los miembros del grupo que rechazaría como compañeros de juego.

El análisis de las respuestas a estas preguntas permite observar las relaciones socioafectivas dentro del grupo, la imagen que los miembros del grupo tienen de sus compañeros. En concreto, se puede identificar:

- El número de personas en el grupo que son consideradas como compañeros de juego, que en esta etapa se encuentra asociado al concepto de amistad, reciprocidad y prosocialidad.
- Los niños que están en situación de rechazo social en el grupo, es decir son explícitamente rechazados ya que nadie los elige como compañeros de juego.
- Los niños que son aislados socialmente, indicando que no son elegidos ni rechazados como compañeros de juego y que por tanto son indiferentes al resto.

El cuestionario se administra de forma colectiva. El número de elecciones está abierto de forma que los niños pueden indicar el número de compañeros que prefieran, para cualquiera de las tres dimensiones. En primer lugar, se realiza una explicación a los niños de en qué consiste la tarea, tras lo que se les deja realizándola dando un máximo de 15 minutos. Una vez la hayan terminado la entregan de forma progresiva al examinador. La información obtenida permite identificar a los niños rechazados socialmente, a los aceptados y a los aislados puesto que sus compañeros no los tienen en cuenta para incluirlos en rechazo o aceptación.

Cuestionario de evaluación de la sesión de juego (Garaigordobil, 2010) (ver anexo 6).

Dadas las dificultades para disponer de instrumentos tipificados específicos para la evaluación de las habilidades de juego, se utilizó el Cuestionario de evaluación de la sesión de juego propuesto en el programa de juego “Juegos cooperativos y creativos para niños de 6 a 8 años” por Garaigordobil (2010).

Este cuestionario se compone de ocho dimensiones que son: grado de placer, participación, clima de grupo, comunicación, interacciones, acatamiento de reglas y creatividad. Tres de estas ocho dimensiones se subdividen en otras, que son: clima de grupo en organizado y pacífico; interacciones en amistosas, asociación flexible, conductas de ayuda, conductas de cooperación; creatividad en fluidez, flexibilidad, originalidad, fantasía, conectividad y elaboración, a las que se les asigna una puntuación entre 1 y 10 en función del grado de afectación en habilidades de juego del niño.

Para establecer las puntuaciones, los dos monitores se reúnen cuando finaliza la sesión y contrastan sus observaciones complementándolas e integrando la información registrada desde ambos puntos de vista. El primero como monitor que dirige el grupo y el segundo como monitor de apoyo.

3.5 Resultados

En cuanto a los análisis, se realizó en primer lugar una comparación de medias entre las puntuaciones pre-post del sociograma, así como en las dimensiones del cuestionario de juego para analizar si se habían producido cambios en las puntuaciones del grupo tratamiento tras aplicar la intervención, para ello se utilizó la T de Student para muestras relacionadas.

Tras su realización se observa como en el sociograma se producen diferencias significativas entre las medias pre-post, produciéndose un aumento en la aceptación y una disminución en el rechazo, siendo ambas significativas. Sin embargo, aunque se dio una disminución de la indiferencia ésta no resultó significativa en el análisis (tabla 2). Para evaluar el tamaño del efecto de los resultados obtenidos, se calculó la d de Cohen, tras lo que se halló un tamaño del efecto medio para la dimensión aceptación y rechazo y muy bajo para indiferencia (tabla 2).

Tabla 2: Diferencias en puntuaciones medias pre-post del sociograma en el grupo tratamiento

Dimensiones		Media(DT)	t	p	d
Aceptación	Pre	1,64(1,64)	-3,65**	,003	-1,25
	Post	4,71(3,04)			
Rechazo	Pre	5,43(4,87)	5,05***	,000	0,85
	Post	2,07(2,67)			
Indiferente	Pre	13,79 (6,33)	,95	,357	0,33
	Post	11,86(5,21)			

En los resultados pre-post en el cuestionario de juego se observan diferencias significativas en las puntuaciones. Habiéndose producido un incremento de las puntuaciones para el grupo tratamiento en todas las dimensiones evaluadas siendo este significativo, exceptuando en la dimensión originalidad (tabla 3).

Tras las realización de estos análisis, al igual que en el sociograma se analizó el tamaño del efecto de los resultados obtenido mediante la d de Cohen. Para las dimensiones de juego se

obtuvo un tamaño del efecto medio-alto en todas sus dimensiones, exceptuando la de conductas de ayuda y fantasía en las que fue bajo (tabla 3).

Tabla 3: Diferencias en puntuaciones medias pre-post en las dimensiones de juego en el grupo tratamiento

Dimensiones		Media (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1. Grado de placer	Pre	6,43(2,27)			
	Post	7,93(1,26)	-3,65**	,003	-0,81
2. Participación	Pre	6,00(2,03)			
	Post	7,86(1,29)	-5,05***	,000	-1,09
3. Acatamiento de reglas	Pre	5,43 (1,69)			
	Post	7,79 (1,62)	-8,153***	,000	-1,42
4. Clima del grupo	Pre	5,79 (1,12)			
	Post	7,50 (1,65)	-3,22**	,007	-1,21
5. Organizado	Pre	4,64 (1,49)			
	Post	6,18 (1,70)	-5,37***	,000	-1,02
6. Pacífico	Pre	5,79 (1,57)			
	Post	7,50 (2,10)	-8,15***	,000	-0,92
7. Comunicación-escucha	Pre	5,07 (1,14)			
	Post	7,43 (1,50)	-6,00***	,000	-1,77
8. Interacciones	Pre	5,21 (1,36)			
	Post	7,00 (1,46)	-6,10***	,000	-1,26
9. Amistosas	Pre	5,14 (1,56)			
	Post	6,64 (1,82)	-6,00***	,000	-0,88
10. Asociación Flexible	Pre	3,64 (1,55)			
	Post	5,71 (2,01)	-7,66***	,000	-1,15
11. Conductas de ayuda	Pre	4,86 (1,70)			
	Post	6,14 (1,65)	-5,33***	,000	-0,40
12. Conductas de cooperación	Pre	4,14 (1,79)			
	Post	5,71 (1,89)	-5,39***	,000	-0,76
13. Creatividad	Pre	3,64 (1,59)			
	Post	4,93 (2,23)	-2,65**	,020	-0,85
14. Fluidez	Pre	3,36 (1,59)			
	Post	5,43 (1,91)	-6,79***	,000	-0,66
15. Flexibilidad	Pre	3,21 (1,36)			
	Post	5,00 (1,17)	-5,62***	,000	-1,17
16. Originalidad	Pre	3,21 (1,31)			
	Post	3,64 (1,49)	-1,71	,111	-1,41
17. Fantasía	Pre	3,36 (1,94)			
	Post	3,79 (1,80)	7,35***	,000	-0,30
18. Conectividad	Pre	3,71 (1,32)			
	Post	6,14 (1,02)	-6,76***	,000	-2,06
19. Elaboración	Pre	3,93 (1,68)			
	Post	5,57 (1,78)	-3,84**	,002	-0,94

De acuerdo con las hipótesis planteadas debemos analizar si se producen diferencias en aceptación, rechazo e indiferencia tras el tratamiento comparando el grupo experimental con el grupo control (hipótesis 1 y 2) así como en las habilidades de juego (hipótesis 3) para ello se emplea la *t* de Student para muestras independientes.

Se encontraron diferencias significativas entre las medidas post entre el grupo tratamiento y el grupo control, en las puntuaciones del sociograma en las dimensiones aceptación y rechazo

(tabla 4) y en el cuestionario de juego en todas sus dimensiones (tabla 5) salvo para originalidad y fantasía en las que no se aprecian diferencias significativas entre los grupos.

Para evaluar el tamaño del efecto de los resultados encontrados entre el grupo control y el tratamiento se llevó a cabo la *d* de Cohen, al igual que en los resultados anteriores. Tras su realización se pudo concluir que para el sociograma en la dimensión aceptación y rechazo el tamaño del efecto fue medio y para indiferencia este fue bajo (tabla 4).

Tabla 4: Diferencias en puntuaciones post entre el grupo control y grupo tratamiento para el sociograma

Dimensiones		Media(DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Aceptación	Control	1,93 (1,90)	-3,99**	,002	-1,25
	Tratamiento	4,71 (3,04)			
Rechazo	Control	4,86 (5,24)	2,61*	,021	0,85
	Tratamiento	1,57 (2,10)			
Indiferente	Control	16,86 (6,15)	1,47	,163	0,33
	Tratamiento	13,86(5,21)			

Para las dimensiones de juego el tamaño del efecto resulto medio para todas las dimensiones, salvo para originalidad y fantasía en las cuales se obtuvo un nivel bajo (tabla 5).

Tabla 5: Diferencias en puntuaciones post entre el grupo control y grupo tratamiento para las dimensiones de juego

Dimensiones		Media (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1. Grado de placer	Control	6,43 (2,27)	-3,22**	,007	-0,81
	Tratamiento	7,93 (1,26)			
2. Participación	Control	6,00 (2,03)	-5,37***	,000	-1,09
	Tratamiento	7,86 (1,29)			
3. Acatamiento de reglas	Control	5,43 (1,69)	-8,15***	,000	-1,42
	Tratamiento	7,79 (1,62)			
4. Clima del grupo	Control	5,79 (1,12)	-6,00***	,000	-1,21
	Tratamiento	7,50 (1,65)			
5. Organizado	Control	4,64 (1,49)	-6,10***	,000	-1,63
	Tratamiento	6,71 (,99)			
6.Pacifico	Control	5,79 (1,57)	-6,00***	,000	-1,06
	Tratamiento	7,50 (2,10)			
7. Comunicación-escucha	Control	5,07 (1,14)	-7,66***	,000	-1,77
	Tratamiento	7,43 (1,50)			
8. Interacciones	Control	5,21 (1,36)	-5,33***	,000	-1,26
	Tratamiento	7,00 (1,46)			
9.Amistosas	Control	5,14 (1,56)	-4,58***	,001	-0,88
	Tratamiento	6,64 (1,82)			
10. Asociación Flexible	Control	3,64 (1,55)	-6,79***	,000	-1,15
	Tratamiento	5,71 (2,01)			
11. Conductas de ayuda	Control	4,86 (1,70)	-5,26***	,000	-0,76
	Tratamiento	6,14 (1,65)			
12. Conductas de cooperación	Control	4,14 (1,79)	-5,39***	,000	-0,92
	Tratamiento	5,71 (1,89)			
13. Creatividad	Control	3,64 (1,59)	-2,65*	,020	-0,66
	Tratamiento				

	Tratamiento	4,93 (2,23)			
14. Fluidez	Control	3,36 (1,59)	-6,792***	,000	-1,17
	Tratamiento	5,43 (1,91)			
15. Flexibilidad	Control	3,21 (1,36)	-5,623***	,000	-1,41
	Tratamiento	5,00 (1,17)			
16. Originalidad	Control	3,21 (1,31)	-1,710	,111	-0,30
	Tratamiento	3,64 (1,49)			
17. Fantasía	Control	3,36 (1,94)	-1,710	,111	-0,22
	Tratamiento	3,79 (1,80)			
18. Conectividad	Control	3,71 (1,32)	-6,769***	,000	-2,06
	Tratamiento	6,14 (1,02)			
19. Elaboración	Control	3,93 (1,68)	-3,846**	,002	-0,94
	Tratamiento	5,57 (1,78)			

Para evaluar si se produce relación entre las dimensiones del sociograma y las dimensiones de juego (hipótesis 4 y 5), se analizó el grado de asociación entre ambas variables mediante Correlación de Pearson bilateral. Una vez realizados los análisis se encontró que existe una correlación positiva significativa entre el nivel de aceptación y las dimensiones de acatamiento de reglas, clima del grupo, pacífico, comunicación-escucha, conductas de ayuda y conductas de cooperación (tabla 7). Lo que indica que ambas variables se encuentran relacionadas de forma que cuando se produce un incremento en alguna de ellas afecta al incremento de la otra. También se hallaron correlaciones significativas en este caso negativas entre indiferencia y originalidad y flexibilidad (tabla 7), lo que muestra que ambas variables se influyen de manera que cuando se produce un incremento en una de ellas la otra disminuye.

Tabla 7: Relación entre las puntuaciones post en el grupo tratamiento en dimensiones de juego y sociograma

Dimensión	Aceptación	Rechazo	Indiferencia
1. Grado de placer	,074	,07	-,04
2.Participación	,47	,00	-,41
3. Acatamiento de reglas	,75**	-,15	-,39
4. Clima del grupo	,66**	-,14	-,39
5.Organizado	,17	-,05	-,14
6.Pacífico	,72**	-,19	-,32
7.Comunicación-escucha	,73**	-,22	-,37
8. Interacciones	,10	-,03	,05
9.Amistosas	,00	,16	,01
10. Asociación Flexible	,17	,13	-,25
11. Conductas de ayuda	,76**	-,23	-,36
12. Conductas de cooperación	,67**	-,22	-,34
13.Creatividad	,20	,04	-,14
14. Fluidez	,16	,08	-,16
15.Flexibilidad	,30	,51	-,58*

16.Originalidad	,29	,19	-,55*
17.Fantasia	-,08	-,01	-,07
18.Conectividad	,03	-,11	-,03
19.Elaboración	,01	,07	-,04

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

3.6 Conclusiones y discusión

En el presente estudio se ha analizado cómo influye el tratamiento en contexto natural, concretamente en el contexto escolar con el grupo de iguales y basado en el juego, sobre la aceptación, el rechazo y la indiferencia hacia el niño con TEA, manifestados por parte de su grupo-clase y si esta intervención mejoraba las dimensiones de juego evaluadas.

Tras su finalización se pudo afirmar que se ha producido un incremento del número de aceptaciones, así como una disminución del número de rechazos e indiferencias del grupo para el niño con TEA en las medidas del grupo tratamiento antes y después de la aplicación del mismo y respecto a las puntuaciones obtenidas en el grupo control, siendo estas diferencias significativas tanto en aceptación como en rechazo, por tanto se aceptan las hipótesis uno y dos propuestas.

Los resultados descritos indicarían, que aquellos compañeros cuya opinión sobre el niño con TEA ya se encontraba formada, independientemente de si esta era positiva o negativa, se vieron influenciados por la intervención realizada, mejorando su percepción hacia el niño con TEA. Esto es positivo, puesto que se observa cómo se producen mejoras en la relación entre el grupo-clase y el niño con TEA, lo que facilita tanto su inclusión como el bienestar subjetivo del niño. Sin embargo, los niños que no mostraban ningún interés inicial por el niño con TEA han continuado en su mayoría en la misma línea.

Estos resultados son muy interesantes para la intervención, ya que evidencian la necesidad de una mayor estimulación en la implicación de los niños neurotípicos con sus compañeros con TEA. De modo, que en futuras intervenciones se habrá de poner más énfasis en los aspectos que están determinando que los compañeros del grupo-clase del niño con TEA sean indiferentes

ante éste, siendo especialmente relevante intervenir para disminuir el nivel de indiferencia que se ha observado.

En coherencia con estos resultados, se encuentran investigaciones previas en alumnado con necesidades educativas especiales como son los niños con TEA, puesto que se pudo concluir como el patrón general de comportamiento que presentan debido a sus dificultades, influye en la percepción y la opinión que los niños de su grupo-clase se forman de ellos, favoreciendo un estatus de rechazo y exclusión (García-Bacete, Sureda, Monjas, 2010; Gest, Ruli-son, Davidson, Welsh y Domitrovich, 2008).

Respecto a la medición tras la intervención de las habilidades de juego en el grupo tratamiento y el grupo control se encontraron diferencias significativas en la mejora de las habilidades en grupo tratamiento respecto al grupo control para todas las dimensiones exceptuando originalidad y fantasía. Por tanto se aceptaría la hipótesis tres plateada, salvo para estas dos dimensiones. En ese sentido sería interesante que en futuros estudios se introdujeran espacios de tiempo de juego creativo, así como de tiempo libre en el que los niños pudieran elegir de forma espontánea a que desean jugar.

El análisis realizado sobre la relación entre habilidades de juego y grado de aceptación, rechazo e indiferencia, arroja correlaciones significativas entre la aceptación y el acatamiento de reglas, el clima del grupo, ambiente pacífico, la comunicación-escucha, las conductas de ayuda y las conductas de cooperación. Por lo que se aceptaría la hipótesis cuatro según la que se esperaba que tras la intervención mejoren las puntuaciones de las dimensiones en el grupo tratamiento relacionándose esto con el incremento en el número de aceptaciones de los iguales, pero no se comprueba la hipótesis cinco, en la que se proponía que tras la intervención mejoraran las puntuaciones de las dimensiones en el grupo tratamiento relacionándose esto con la disminución en el número de rechazos de los iguales. Aunque se ha producido una reducción del rechazo y una mejora en las habilidades de juego no se han encontrado correlaciones significativas entre estas variables.

Además, se ha encontrado que correlacionan significativamente las variables indiferencia respecto a flexibilidad y originalidad. Esto podría explicar el que no se haya observado cambios significativos en cuando a indiferencia puesto que igualmente no se ha producido una mejora significativa en las dimensiones de flexibilidad y originalidad. Esto es relevante para el diseño

de programas de este tipo puesto que en las modificaciones realizadas habría que integrar una fase en que se estimulará esta dimensión del juego.

Respecto a estas relaciones Frostad y Pijl (2007) plantean que se produciría una relación causa casusa-efecto circular puesto que si el niño presenta déficits en habilidades sociales, le resultará más difícil relacionarse con los demás niños y esta carencia en las relaciones conlleva un desarrollo inadecuado de la competencia social. El presente estudio no nos permite concluir claramente si se produce esta relación, de modo que sería una línea de investigación futura en que sería importante continuar en futuras investigaciones.

En conclusión la intervención realizada ha mostrado resultados positivos para los niños con TEA, mejorando sus habilidades de juego, así como incrementando la aceptación y disminuyendo el rechazo por parte de su grupo de iguales. Por tanto a través del presente estudio se ha comprobado la efectividad de la intervención en contexto natural algo que se ha propuesto en la literatura sobre intervención en TEA desde hace bastante tiempo. A través de esta se han mejorado habilidades de juego básicas para el desarrollo de interacciones positivas y relaciones de amistad con sus compañeros, puesto que en esta etapa del desarrollo las relaciones sociales y de amistad se construyen en base al juego con el grupo de iguales (Estell, et all., 2008; Flynt y Morton, 2004; Frederikson y Furnham, 2004; Meadan y Monda-Amaya, 2008; Monjas, 2008).

Además, puesto que la intervención ha tenido lugar con el grupo de iguales se corrobora lo expuesto en estudios anteriores, según los cuales este tipo de intervención favorece la inclusión de los niños con TEA ya que el disponer de una red social de apoyos es un factor protector que reduce la vulnerabilidad a ser rechazados (Bierman, 2004; Bollmer, et all., 2005; Gallagher, Dadisman, Farmer, Huss y Hutchins, 2007; Margalit, 2004; Von Grünigen, Perren, Nägele y Alsaker, 2010).

Otro aspecto a tener en cuenta es la intervención basada en el juego, puesto que en este estudio la intervención se realizó en el recreo mediante juegos estructurados. Existe una amplia bibliografía sobre las dificultades de juego en niños con TEA y su intervención (Baron-Cohen, S., 1987; Ungerer, J., y Sigman, M., 1981; Schendel, D., DiGuseppi, C., Croen, L., Fallin, M. D., Philip L., Reed, P.L. et all., 2012; Wolfberg, P.J.; Bottema-Beutel, K.; DeWitt, M., 2012), habiéndose concluido que mediante el juego se favorece el desarrollo de un clima positivo y motivante para el niño lo que favorece que se produzca un aprendizaje significativo. Sin

embargo, no se dispone de estudios en los que se hayan analizado sus efectos en contextos naturales cuando la intervención se ha realizado en estos. De modo que este estudio es novedoso dado que la intervención se ha realizado en el entorno en el que posteriormente se tendrán que poner en práctica las habilidades de juego adquiridas. En referencia a esta cuestión se ha analizado la generalización en habilidades sociales adquiridas mediante grupos de ocio obteniéndose mejoras significativas en contextos naturales (Broderick, Caswell, Gregory, Marzolini y Wilson, 2002). Por tanto la adquisición de habilidades de juego en conjunto con el aprendizaje de la mecánica de diferentes juegos podría favorecer que estos se produzcan en más contextos compartidos por el niño con TEA y sus compañeros, como pueden ser contextos comunitarios (parque, barrio...).

Además, esta forma de intervenir en el recreo potencia y ayuda a fortalecer las relaciones interpersonales dentro del aula, puesto que el resto de alumnos gracias a esta intervención comprenden a su compañero con TEA, sabiendo comunicarse y relacionarse con él y prestándole los apoyos necesarios cada vez de forma más espontánea en diversas situaciones y contextos.

Finalmente en cuanto a las limitaciones que presenta este estudio se encuentran el reducido tamaño de la muestra y la pertenencia de los participantes a un nivel socio-económico y a un entorno similares, habría que replicar el estudio con niños con diagnóstico de TEA, pertenecientes a otros grupos socio-económicos y culturales diferentes, así como ampliar la muestra.

Otra de las limitaciones se encuentra en la falta de instrumentos de evaluación específicos en TEA, lo que limita la posibilidad de realizar evaluaciones con validez científica consistente. Por tanto en líneas futuras de investigación sería conveniente ampliar los instrumentos de evaluación específicos en TEA.

Además, habría que extender el estudio para realizar un seguimiento longitudinal que corrobore si las mejoras producidas se han mantenido y han sido estables a lo largo del tiempo, así como para verificar si se han transferido a otros contextos habituales del niño.

Así, mismo habría que realizar un control exhaustivo de las posibles variables extrañas que pueden afectar al desarrollo del niño, ya que desde el punto de vista holístico del niño con el

sistema que lo rodea pueden darse diferentes circunstancias en el centro educativo, casa o cualquier contexto habitual del niño que podrían influenciar la dirección de los resultados.

Para concluir citando a Temple Grandin, diría que “*no existe una única intervención que pueda abordar todos los aspectos que se relacionan con las personas con TEA. Las personas siempre están buscando “la varita mágica” que lo cambiará todo. Pero esta varita no existe.*”

4. Referencias

- Abrahams, B. S., y, D. H. (2008). Advances in autism genetics: On the threshold of a new neurobiology. *Nature reviews genetics*, 9, 341–355.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 ed., text revised)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.)*. Washington, DC: APA.
- Autismo Europa (2012). *European Days of Autism 2012: Autism and the challenges of ageing*.
- Aylward, E. H., Minshew, N. J., Field, K., Sparks, B. F., y Singh, N. (2002). Effects of age on brain volume and head circumference in autism. *Neurology*, 59(2), 175-183.
- Aron, A. R., Fletcher, P. C., Bullmore, E. T., Sahakian, B. J., y Robbins, T. W. (2003). Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans. *Nature Neuroscience*, 6, 115-116.
- Asperger, H. (1944, 1991). Autistic psychopathology in childhood (U. Frith, Trans., Annot.). In U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome* (pp. 37–92). New York: Cambridge University Press. (Original work published 1944).
- Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome. *Autism*, 4, 85-100.

- Bauman, M. L., y Kemper, T. L. (2005). Neuroanatomic observations of the brain in autism: A review and future directions. *International Journal of Development Neuroscience*, 23(2-3), 183-187.
- Barry, T. D., Klinger, L., Lee, J. M., Palardy, N., Gilmore, T. y Bodin, S. D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for High-Functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 685-701.
- Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 139-148.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., y Frith, U. (1985). "Does the autistic child have a theory a theory of mind?" *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., y Frith, U. (1986). Mechanical, behavioural and Intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 4, 113-125.
- Baron-Cohen, S., y Cross, P. (1992). Reading the eyes: Evidence for the role of perception in the development of a theory of mind. *Mind and Language*, 6, 173-186.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., y Jolliffe, T. (1997). Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition*, 4, 311-331.
- Baron-Cohen, S. (2002). Is Asperger syndrome necessarily viewed as a disability? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17, 186-191.
- Barry, T.D., Klinger, L., Lee, J.M., Palardy, N., Gilmore, T., y Bodin, S.D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for High-Functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 685-701.
- Baydik, B. y Bakkaloglu, H. (2009). Predictors of sociometric status for low socioeconomic status elementary mainstreamed students with and without special needs. *Kuram Ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 9(2), 435-445.
- Bauminger, N. (2002). The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 283-298.

- Bechara, A., Damasio, H., y Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.
- Belmonte, M. K., Allen, G., Beckel-Mitchener, A., Boulanger, L. M., Carper, R. A., y Webb, S. J. (2004). Autism and abnormal development in brain connectivity. *The Journal of Neuroscience*, 24(42), 9228-9231.
- Bettelheim, B. (1959). Feral children in autistic children. *American Journal of Sociology*, 64, 455-467.
- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of Self*. New York: The Free Press.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Blomquist, H. K., Bohman, M., Edvinsson, S. O., Gillberg, C., Gustavson, K. H., Holmgren, y G., Wahlström, J. (1985). Frequency of the fragile X syndrome in infantile autism. A Swedish multicenter study. *Clinical Genetics*, 27(2), 113-117.
- Blomquist, H. K., Bohman, M., Edvinsson, S. O., Gillberg, C., Gustavson, K. H., Holmgren, G., Wahlström, J. (1985). Frequency of the fragile X syndrome in infantile autism. A Swedish multicenter study. *Clinical Genetics*, 27(2), 113-117.
- Bierman, K. L. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Bollmer, J., Milich, R., Harris, M. y Maras, M. (2005). A friend is need: the role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(6), 701-12.
- Brent, E., Rios, P., Happé, F., y Charman, T. (2004). Performance of children with autism spectrum disorder on advanced theory of mind task. *Autism*, 8(3), 283-299.
- Broderick, C., Caswell, R., Gregory, S., Marzolini, S., y Wilson, O. (2002). «Can I join the club?»: A social integration scheme for adolescents with Asperger syndrome. *Autism*, 6, 427-431.
- Carper, R. A., Moses, P., Tigue, Z. D., y Courchesne, E. (2002). Cerebral lobes in autism: Early hyperplasia and abnormal age effects. *NeuroImage*, 16, 1038-1051.

- Carter, C., Meckes, L., Pritchard, L., Swensen, S., Wittman, P.P. y Velde B. (2004). The Friendship Club: an after-school program for children. *Fam Community Health*, 27(2), 143-50.
- Courchesne, E., Redcay, E., y Kennedy, D. P. (2004). The autistic brain: birth through adulthood. *Current Opinion in Neurobiology*, 17, 489-96.
- Chandana, S. R., Behen, M. E., Juhasz, C., Muzik, O., Rothermel, R. D., Mangner, T. J., Chakraborty, P. K., Chugani, H. T., y Chugani, D. C. (2005). Significance of abnormalities in developmental trajectory and asymmetry of cortical serotonin synthesis in autism. *The International Journal of Developmental Neuroscience*, 23, 171-182.
- Chugani, D. C., Muzik, O., Behen, M. E., Rothermel, R. D., Lee, J., y Chugani, H. T. (1999). Developmental changes in brain serotonin synthesis capacity in autistic and nonautistic children. *Annals of Neurology*, 45, 287–295.
- Collaborative work group on asd-california departments of education and developmental services (1997). Best practices for designing and delivering effective programs for individuals with ASD. *Recommendation for the collaborative working group of ASD*.
- Dowsett, S. M. y Livesey, D. J. (2000). Development of inhibitory control in preschool children: Effects of —executive skills training. *Developmental Psychobiology*, 36, 161-174.
- Estell, D. B., Jones, M. H., Pearl, R., Van Acker, R., Farmer, T. W. y Rodkin, P. C. (2008). Peer groups, popularity, and social preference trajectories of social functioning among students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 5-14.
- Fatemi, S. H., Halt, A. R., Realmuto, G., Earle, J., Kist, D. A., Thuras, P., (2002). Purkinje cell size is reduced in cerebellum of patients with autism. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 22, 171-175.
- Flynt, S. W. y Morton, R. C. (2004). Bullying and children with disabilities. *Journal of Instructional Psychology*, 31(4), 330-333.
- Folstein, S., y Rutter, M. (1977). Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297-321.

- Frederickson, N. (2010). Bullying or befriending? Children's responses to classmates with special needs. *British Journal of Special Education*, 37(1), 4-12.
- Frederickson, N. y Furnham, A. F. (2004). Peer-assessed behavioural characteristics and sociometric rejection: Differences between pupils who have moderate learning difficulties and their mainstreaming peers. *British Journal of Educational Psychology*, 74, 391-410.
- Frederikson, N., Simmonds, E., Evans, L. y Soulsby, C. (2007). Assessing the social and affective outcomes of inclusion. *British Journal of Special Education*, 34(2), 105-115.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford, UK: Blackwell.
- Frost, L., Bondy, A., Bondy, R., Vilaltella Verdes, S. y Gómez Boyle, A. (2002). *El Manual de sistema de comunicación por intercambio de imágenes*. Newark (DE): Pyramid Educational Products.
- Frostad, P. y Pijl, S. J. (2007). Does being friendly help in making friends? The relation between the social position and social skills of pupils with special needs in mainstream.
- Gallagher, K. C., Dadisman, K. Farmer, Th. W., Huss, L. y Hutchins, B. C. (2007). Social dynamics of early childhood classrooms: Considerations and implications for teachers, En O. Saracho y B. Spodek (Eds.), *Contemporary Perspectives in Early Childhood Education: Vol. 7. Social Learning in Early Childhood Education* (pp. 17-48). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Garaigordobil, M. (2010). Programa de juegos cooperativos y creativos para niños de 6 a 8 años. Ed. Piramide. Madrid.
- García Bacete, F. J. Sureda, I. y Monjas, M. I. (2010). El rechazo entre iguales en la educación primaria: una panorámica general. *Anales de Psicología*, 26(1), 123-136.
- García, F.J., Sureda, I., y Monjas, I. (2008). Distribución sociométrica en las aulas de chicos y chicas a lo largo de la escolaridad. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 23(1), 63-74.
- Geschwind, D. H. (2011). Genetics of autism spectrum disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 15, 409-416.
- Gest, S. D., Rulison, K. L., Davidson, A. J., Welsh, J. A. y Domitrovich, C. E. (2008). A reputation for success (or failure): The association of peer academic reputations with

- academic self-concept, effort, and performance across the upper elementary grades. *Developmental Psychology*, 44(3), 625-636.
- Happé, F. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story character's thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 129-154.
- Happé, F. (1999). Autism: Cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, 3(6), 216-222.
- Hobson, R. P., Lee, A., y Hobson, J. A. (2009). Qualities of symbolic play among children with autism: A social-developmental perspective. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 12-22.
- Houston, R., y Frith, U. (2000). *Autism in History: The Case of Hugh Blair of Borgue*. Oxford: Blackwell.
- Jorde, L. B., Hasstedt, S. J., Ritvo, E. R., Mason-Brothers, A., Freeman, B. J., Pingree, C., McMahon, W. M., Petersen, B., Jenson, W. R., y Mo, A. (1991). Complex segregation analysis of autism. *American Journal of Human Genetics*, 49, 932-938.
- Kamps, D. M., Royer, J., Dugan, E., Kravits, T., González-Lopez, A., García, J., Carnazzo, K., Morrison, L. y Kane, L. G. (2002). Peer training to facilitate social interaction for elementary students with autism and their peers. *Exceptional Children*, 68, 173-187.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 416-426.
- Kasari C., Rotheram-Fuller E., Locke J. y Gulsrud A. (2012). Making the connection: randomized controlled trial of social skills at school for children with autism spectrum disorders. *J. Child Psychol Psychiatry* 53(4): 431-439.
- Kemp, C. y Carter, M. (2002). The social skills and social status of mainstreamed students with intellectual disabilities. *Educational Psychology*, 22(4), 391-411.
- Koegel, R. L., Russo, D. C. y Rincover, A. (1977). Assessing and training the generalized use of behavior modification with autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 197-205.

- Lagar, G. (2015). Patios y parques dinámicos. Ed.Trabe. Oviedo.
- Laushey, K. M. y Heflin, L. J. (2000). Enhancing social skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peers as tutors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 183-193.
- Lewis, V., y Boucher, J. (1988). Spontaneous, instructed and elicited play in relatively able autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 6, 325-339.
- Lord, C. y McGee, J. (Eds.) (2001). *Educating Children with Autism*, Washington, DC: National Academy Press.
- Leekam, S., y Perner, J. (1991). Does the autistic child have a metarepresentational deficit? *Cognition*, 40, 203-218.
- Kamps, D. M., Royer, J., Dugan, E., Kravits, T., González-Lopez, A., García, J., Carnazzo, K., Morrison, L. y Kane, L. G. (2002). Peer training to facilitate social interaction for elementary students with autism and their peers. *Exceptional Children*, 68, 173-187.
- Laurent, A. C., y Rubin, E. (2004). Challenges in emotional regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Topics in Language Disorders*, 24(4), 286-297.
- Margalit, M. (2004). Second-generation research on resilience: Social-emotional aspects of children with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice*, 19(1), 45-48.
- Maudsley, H. (1867). Insanity of early life, In H. Maudsley (Ed.), *The Psychology and Pathology of the Mind* (pp. 259-293). Nueva York, Appleton.
- Meadan, H. y Monda-Amaya, L. E., (2008). Collaboration to promote social competence for students with mild disabilities in the general classroom: A structure for providing social support. *Intervention in School and Clinic*, 43, 158-167.
- Monjas, M. I. (2008). *Cómo promover la convivencia: Programa de asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE. (1ª ed., 3ª imp.).
- Monjas, M. I., Martin-Anton, L. J., Garcia-Bacete, F. J. y Sanchiz, M. L.. (2014). Rechazo y victimización al alumnado con necesidad de apoyo educativo en primero de primaria. *Anales de Psicología*, 30(2) 499-511.
- Moreno, J. L. (1972). Fundamentos de la sociometría. Ed. Paidos. Argentina

- Mulder, E. J., Anderson, G. M., Kema, I. P., de Bildt, A., van Lang, N. D. J., y den Boer, J. A. (2004). Platelet serotonin levels in pervasive developmental disorders and mental retardation: Diagnostic group differences, within group distribution, and behavioral correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 491-499.
- Myers, S. M. y Johnson, C. P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1162-82.
- Nowicki, E. A. (2003). A meta-analysis of the social competence of children with learning disabilities compared to classmates of low and average to high achievement. *Learning Disability Quarterly*, 26(3), 171-088.
- Ochs, E., Kremer-Sadlik, T., Solomon, O. y Gainer Sirota, K. (2001). Inclusion as Social Practice: Views of Children with Autism. *Social Development*, 10 (3), 399-419..
- Perner, J., Frith, U., Leslie, A. M., y Leekam, S. (1989). Exploration of the autistic child's theory of mind: Knowledge, belief, and communication. *Child Development*, 60, 689-700.
- Pennington, B. F., y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 51-87.
- Pijl, S. J. (2007). Introduction: the social position of pupils with special needs in regular education. *European Journal of Special Needs Education*, 22(1), 1-5.
- Plaisted, K. C., (2001). Reduced generalization in Autism: an alternative to weak central coherence. En J. A. Burack, T. Charman, N. Yirmiya y P. R. Zelazo (dirs.), *The development of autism: perspectives from theory and research* (pp. 131-148). Mahwah: Erlbaum.
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Reed, T., y Peterson, C. (1990). A comparative study of autistic subjects' performance at two levels of visual and cognitive perspective taking. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 555-568.

- Renty J.O., Roeyers H. (2006). Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder: The predictive value of disability and support characteristics. *Autism*, 10 (5), 511-24.
- Rincover, A. y Koegel, R. L. (1977). Classroom treatment of autistic children: II. Individualized instruction in a group. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 113-126.
- Roberts, J. y Prior, M. (2006). A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders. Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Ronald, A., y Hoekstra, R. A. (2011). Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 156, 255–274.
- Ruta, L., Mazzone, D., Mazzone, L., Wheelwright, S., y Baron-Cohen, S. (2012). The autism-spectrum quotient-Italian version: A cross-cultural confirmation of the broader autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 625-33.
- Rutter, M., y Schopler, E. (1978). *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum.
- Sabeh, E. y Monjas, M. I. (2002). La aceptación social de niños y niñas con discapacidad. Problemas y posibles soluciones. *Siglo Cero*, 33(2), 15-26.
- Santangelo., S. L., y Tsatsanis, K. (2005). What is known about autism: Genes, brain and behavior. *American Journal of Pharmacogenomics*, 5, 71-92.
- Scott, F., y Baron-Cohen, S. (1996). Imagining real and unreal objects: An investigation of imagination in autism. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 8, 400-411.
- Scott, F., Baron-Cohen, S., Bolton, P., & Brayne, C. (2002). Prevalence of autism spectrum conditions in children aged 5-11 years in Cambridgeshire, UK. *Autism* 6(3), 231-237.
- Smith, T. (1996). Are other treatments effective? In Maurice C, Green G, Luce S, eds. *Behavioral interventions for young children with autism*. Austin, TX: Pro-Ed; 1996. p. 44-59.
- Schendel, D., DiGuseppi, C., Croen, L., Fallin, M. D., Philip L., Reed, P.L. et al.(2012). The Study to Explore Early Development (SEED): A Multisite Epidemiologic Study of

- Autism by the Centers for Autism and Developmental Disabilities Research and Epidemiology (CADDRE). *J Autism Dev Disord*, 42(10), 2121–2140.
- Spencer, M. D., Holt, R. J., Chura, L. R., Suckling, J., Calder, A. J., Bullmore, E. T., y Baron-Cohen, S. (2011). A novel functional brain imaging endophenotype of autism: The neural response to facial expression of emotion. *Translational Psychiatry*, 1, 1-7.
- Swettenham, J. (1996). Can children with autism be taught to understand false belief using computers? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 157-165.
- Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Gomez, J.-C., y Walsh, S. (1996). What's inside a person's head? Conceiving of the mind as a camera helps children with autism develop an alternative theory of mind. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1, 73-88.
- Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L. y Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger syndrome and high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1960-1968.
- Ungerer, J., y Sigman, M. (1981). Symbolic play and language comprehension in autistic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 318-337.
- Von Grunigen, R., Perren, S., Nägele, C. y Alsaker, F. D. (2010). Immigrant children's peer acceptance and victimization in kindergarten: The role of local language competence. *The British Psychological Society*, 88, 679-697.
- Webb, B. J., Miller, S. P., Pierce, T. B., Strawser, S. y Jones, W. P. (2004). Effects of social skill instruction for high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 53-62.
- Wing, L., Gould, J., Yeates, S. R., y Brierley, L. M. (1977). Symbolic play in severely mentally retarded and in autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 167-178.
- Wolfberg, P.J., Bottema-Beutel, K. y DeWitt, M. (2012). Including children with autism in social and imaginary play with typical peers: Integrated Play Groups Model, *American Journal of Play*.5, 1
- World Health Organization (1992). *International classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, (10 ed.) (ICD-10)*. Geneva: WHO.

Zercher, C., Hunt, P., Schuler, A. y Webster, J. (2001). Increasing joint attention, play and language through peer supported play. *Autism*, 5, 374-398.

ANEXOS

ANEXO 1

Convenio con el centro educativo

Don/Doña.....con D.N.I. nº como Director/a del centro
..... de provincia de..... y
Don/Doña....., con D.N.I. nº....., como Responsable programa Escuelas Inclusivas.

EXPONEN

1. Que en virtud del convenio de colaboración suscrito con fecha dede....., entre la Consejería de Educación, Cultura y Deporte de la Junta de Andalucía y la Federación Andaluza de Síndrome de Asperger ambas partes han acordado la realización de las siguientes actividades de colaboración previstas en el convenio.

	Coordinación asesoramiento mutuo e información sobre las características y el perfil psicopedagógico y las estrategias y actividades para potenciar el aprendizaje y participación del alumnado.
	Colaboración para la atención especializada en las actividades ordinarias, complementarias y extraescolares que se desarrollen en el centro y para el seguimiento y evaluación del proceso de inclusión del alumnado.
	Programas de información y sensibilización dirigidos a todos los miembros de la comunidad educativa.
	Colaboración en la elaboración de materiales didácticos recursos tecnológicos y estrategias de enseñanza acordes a la diversidad que favorezcan la inclusión y el proceso de aprendizaje del alumnado.
	Desarrollo de actividades para el intercambio de experiencias entre profesionales de la consejería de Educación Cultura y Deporte y la Federación o Aso

2. Número de alumnos/as escolarizados en este centro que se beneficiará de las actividades descritas: en, con la siguiente distribución por cursos y etapas educativas:

Ed. Primaria	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Ed. Secundaria Obligatoria			1º	2º	3º	4º
FBO	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo	
PTVAL	1º			2º		

3. Se adjunta con el documento el proyecto de intervención que se desarrollará en el Centro, con indicación de los objetivos y metodología que se utilizarán.

Conforme a lo establecido en el citado Convenio,

SOLICITAN

Aprobación de la propuesta por parte de la Dirección General de Participación y Equidad.

Fdo.

Fdo.

Director/a del Centro.....

Responsable programa Escuelas Inclusivas.....

ANEXO 2

Consentimiento informado a padres

CONSENTIMIENTO INFORMADO

USUARIO

D/Dña..... con D.N.I.....
como madre/padre/tutor/a de.....

Manifestó que he entendido la información explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la evaluación e intervención. Firmando abajo consiento que se realice la intervención que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo el plan de tratamiento y consiento en que se realice la intervención por un psicólogo/a colegiado.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre el estado de salud de mi familiar del que soy responsable, que pudiera afectar a la intervención que se va realizar. Asimismo, decido dentro de las opciones de intervención disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

Jaén,.....de.....de 2017

PROFESIONAL

D/Dña..... con D.N.I.....

psicólogo/a colegiado/a, declaro haber facilitado al usuario y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de la intervención, así como haber tomado todas las medidas necesarias para que la aplicación de la intervención sea correcta.

Jaén,.....de.....de 2017

ANEXO 3

Programación de la intervención

Programa Escuelas Inclusivas

Datos iniciales			
Nombre			
Nombre y Apellidos del coordinador/a			
Nombre y Apellidos del director/a			
Nombre y Apellidos del tutor/a			
Teléfono		e-mail	
Datos del niño/a			
Nombre y Apellidos		Edad	
Curso		Teléfono	
Tipo de intervención			
Datos de los profesionales de la Asociación			
Nombre y Apellidos del coordinador/a			
Nombre y Apellidos del monitor/a			
Nombre y Apellidos del monitor/a			
Teléfono		e-mail	
Observaciones			

Programación Intervención

Reunión inicial de coordinación

1. En la primera sesión se acudirá al colegio solicitante de la intervención para presentar a los monitores de juego, realizar la primera reunión de coordinación y la evaluación. A esta reunión deberá acudir: el director/a del colegio, el tutor/a del niño/a, el coordinador del programa de intervención en el colegio, el orientador/a, el psicólogo/a de referencia del niño/a y los monitores de juego. Se establecerá el horario, número de sesiones, duración de las mismas, disponibilidad de espacios y materiales, funciones de los monitores, número y periodicidad de las reuniones de coordinación y se explicará la metodología que se seguirá durante la intervención.

Horarios				Número de sesiones			
Fecha de las sesiones							
Duración de la intervención		Fecha de inicio		Fecha de finalización			
Disponibilidad de espacios							
Disponibilidad de materiales							
Reuniones de coordinación							
Observaciones							

Protocolo sesiones de intervención

2. La dinámica a seguir durante las sesiones será la siguiente:

- Se delimita en el patio un espacio en el cuál se desarrollarán los juegos.
- Antes de salir al recreo el profesor/a avisará a los niños y niñas de que, un monitor/a de juego va a realizar diferentes juegos durante el recreo animándolos a participar e indicándoles donde deben ir en caso de que quieran participar.
- En el recreo los niños/as que se interesen por el juego han de ir a la zona destinada para ello. En esa zona habrá dos monitores de juego, uno de ellos dirigirá el juego y el otro elaborará la observación del mismo.
- Se dejará 10 minutos para que los niños/as puedan tomar el desayuno, aprovechando para explicar el juego.
- Una vez transcurrido este tiempo el monitor encargado de dirigir el juego dará comienzo.
- En el juego puede participar cualquier niño/a que se interese por el mismo, a largo plazo preferentemente habría que priorizar un grupo estable de niños/as de manera que cuando finalice la intervención el niño/a con Síndrome de Asperger- TEA disponga de un grupo de referencia.
- El juego finalizará aproximadamente unos cinco minutos antes de que los niños/as tengan que volver a clase.

EVALUACIÓN INICIAL

Cuestionario de evaluación para el personal del centro

Lee las frases que tienes a continuación y valora en qué medida los miembros de tu grupo realizan los contenidos que indican las frases con respecto al alumno con Síndrome de Asperger-TEA.
(1 indicaría ninguna realización 5 realización completa)

	1	2	3	4	5
1. Participan en las actividades de grupo					
2. Interactúan de forma amistosa					
3. El grupo está cohesionado					
4. Están atentos a las necesidades de los otros					
5. Muestran conducta de ayuda					
6. Respetan las normas sociales					
7. Se escuchan entre ellos					
8. Cooperan contribuyendo a un fin común					
9. Expresan sus emociones adecuadamente					
10. Muestran conductas impositivas					
11. Muestran conductas agresivas					
12. Muestran conductas de timidez					
13. Muestran conductas de apatía o retraimiento					
14. Muestran estados de ansiedad					
15. Tienen ideas originales cuando se hacen juegos					
16. Presentan ideas creativas cuando representan personajes, objetos...					

Lee las frases que tienes a continuación y valora en qué medida el alumno con Síndrome de Asperger-TEA realiza los contenidos que indican las frases con respecto a los miembros de tu grupo.
(1 indicaría ninguna realización 5 realización completa)

	1	2	3	4	5
17. Participan en las actividades de grupo					
18. Interactúan de forma amistosa					
19. El grupo está cohesionado					
20. Están atentos a las necesidades de los otros					
21. Muestran conducta de ayuda					
22. Respetan las normas sociales					
23. Se escuchan entre ellos					
24. Cooperan contribuyendo a un fin común					
25. Expresan sus emociones adecuadamente					
26. Muestran conductas impositivas					
27. Muestran conductas agresivas					
28. Muestran conductas de timidez					
29. Muestran conductas de apatía o retraimiento					
30. Muestran estados de ansiedad					
31. Tienen ideas originales cuando se hacen juegos					
32. Presentan ideas creativas cuando representan personajes, objetos...					

Registro observacional para el personal de la Asociación Asperger-TEA Jaén				
	SI	NO	Nº DE OCAIONES	DURACIÓN
Deambula en solitario por el patio				
Se acerca a otros niños				
Conversa con otros niños				
Conoce juegos tradicionales				
Inicia juegos con otros niños				
Intenta unirse a otros niños que ya estén jugando				
Participa en juegos que el mismo inicia				
Participa en juegos iniciados por otros niños				
Inicia conflictos con otros niños				
Finaliza el conflicto que ha iniciado				
Toma decisiones adecuadas para finalizarlo				
Se involucra en conflictos de otros niños				
Media entre otros niños adecuadamente				
Toma decisiones adecuadas a la hora de involucrarse				
Acepta las normas de patio				
Impone sus propias normas de juegos				
Acepta las normas de juego de otros niños				
Acepta las normas de juego del profesor				
Muestra reacciones emocionales desmesuradas*				
Observaciones:				
SOCIOGRAMA				
Se ha de repartir a los niños y niñas de clase en la que se encuentra el niño/a con el que se realizará la intervención, un cuestionario en el que tendrán que indicar que compañeros elegirían para jugar y que compañeros no elegirían para jugar (Anexo 1).				

EVALUACIÓN CONTINÚA

Instrucciones para la elaboración del DIARIO DE LAS SESIONES

Dentro de la evaluación continua, se realizará un "diario de las sesiones de juego" de cada chico/a con TEA mediante una técnica de registro narrativo, a través de la cual se toman notas relacionadas con la dinámica grupal que se observa durante las actividades, así como anécdotas significativas que se dan en ellas. Estos registros son un informe descriptivo sobre lo que ocurre en cada juego de la sesión con relación a las situaciones de interacción, creatividad y a los contenidos del juego, centrando la observación en el chico/a con TEA y las interacción de este con su entorno y los agentes implicados.

Este tipo de observación tiene como objetivo comprobar hasta qué punto la actividad cumple con los objetivos concretos planteados, tanto en ese juego concreto, como a nivel individual con el chico/a con TEA. Por lo que es conveniente que el observador colabore con el monitor que dirige la sesión de juego en la planificación de la sesión de modo que el observador conozca que conductas son esperables que aparezcan en el cumplimiento de los objetivos concretos de cada actividad.

El principal objetivo del observador, es captar las interacciones observadas entre el chico/a con TEA y sus iguales. Además, tendrá que observar otros aspectos:

- El grado de participación. Se recogerá de modo cuantitativo el número de chicos/as que han participado durante toda la sesión, así como aquellos participantes "esporádicos", considerándose estos aquellos que permanecen menos de 10 minutos en la actividad. Los grados de participación pueden ser: bajo (igual o menor a 5 niños incluido el chico/a con TEA), medio (entre 6 y 10 niños), alto (más de 10 niños).

- El respeto por las reglas o normas de juego. Así como la actitud del chico/a con TEA hacia las normas o los juegos nuevos (Por ejemplo: intenta imponer sus normas, acepta las nuevas normas propuestas, intenta dirigir el juego, así como a los compañeros y/o al monitor, etc.)

- La rigidez o flexibilidad en las elecciones libres de compañeros de juego, ya sea por pareja o en equipo (Por ejemplo: siempre quiere estar con el mismo compañero/a, se niega a jugar o participar junto a otros compañeros, etc.)

- Los conflictos que aparecen y la forma en que se resuelven.

- Comunicación dentro del grupo (Pe. Escuchan con atención al monitor, respetan el turno de palabra, realizan quejas o propuestas de manera adecuada, etc...)

- Las emociones que los miembros del grupo expresan.

- El nivel de creatividad de la persona con TEA y sus compañeros.

Nº SESIÓN					
DESARROLLO DE LA SESIÓN (enumera y describe las actividades realizadas, el tiempo dedicado y los participantes)					
OBJETIVOS SESIÓN-JUEGO					
	SI	NO			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
CUESTIONARIO SESIÓN DE JUEGO					
	1	2	3	4	5
Grado de disfrute					
Participación					
Cumplimiento de reglas					
Clima de juego					
Organización					
Comunicación					
Escucha					
Interacción					
Amistosas					
Conducta de ayuda					
Conductas de cooperación					
Creatividad					
Fluidez					
Flexibilidad					
Originalidad					

CONCLUSIONES / OBSERVACIONES
DIFICULTADES/ INCIDENCIAS

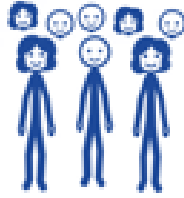
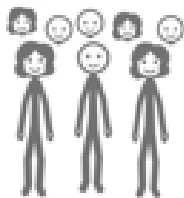
ANEXO 4

Modelo de Juego adaptado

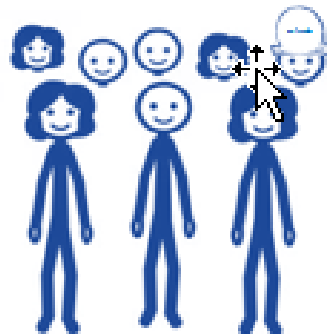
TIBURONES Y MARINEROS



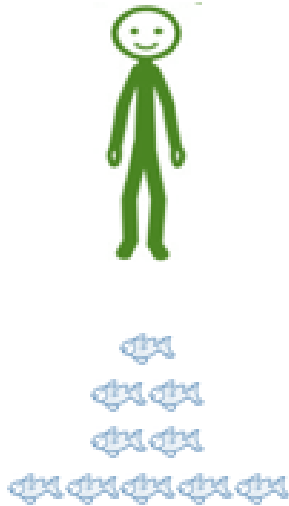
1. Dividir el grupo en dos equipos, uno es los marineros y otro los tiburones



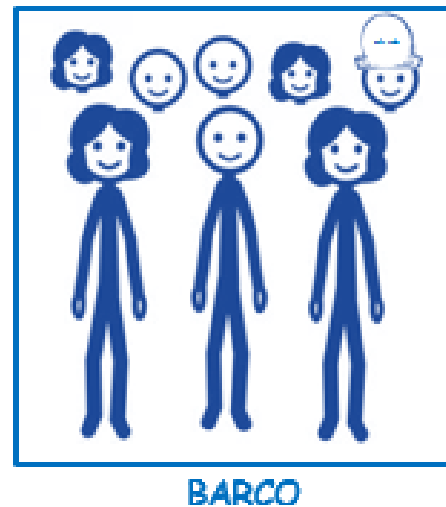
2. El equipo de los marineros elige un capitán



3. El monitor reparte por el suelo 10 peces



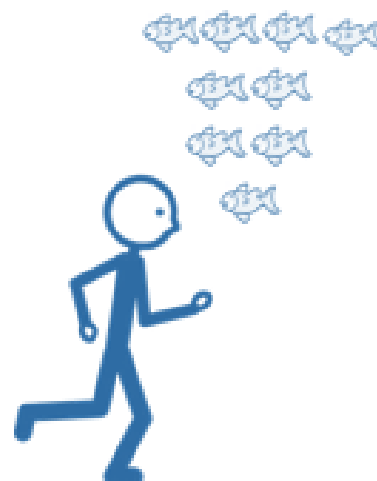
4. Los marineros se ponen dentro del barco



5. El capitán da la orden "A LA PESCA"



6. Los marineros corren a coger los peces



7. El equipo de los tiburones intenta pillar a los marineros



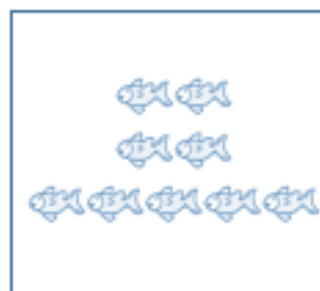
8. Si un tiburón pilla a un marinero, este se convierte en tiburón y es de su equipo



9. Un marinero puede salvarse si antes de que el tiburón lo pille si abraza a otro tripulante



10. El juego termina cuando se han cogido todos los peces



BARCO

ANEXO 5

Sociograma adaptado Garaigordobil (2010)

CS. Cuestionario sociométrico (Moreno, J. L., 1972)
Nombre y apellidos: Edad y curso: Fecha de la evaluación:
Instrucciones responde con sinceridad a las siguientes preguntas. Nadie conocerá tus respuestas. Puedes poner el número de compañeros que quieras en cada pregunta.
1. Indica a todos los compañeros y compañeras de tu clase que elegirías como compañeros de juego, porque te gusta jugar con ellos.
2. Indica a todos los compañeros y compañeras de tu clase que no elegirías como compañeros de juego, porque te gusta jugar con ellos.

ANEXO 6

Cuestionario de evaluación de la sesión de juego (Garaigordobil, 2010)

Cuestionario de evaluación de la sesión de juego (Garaigordobil, 2010)										
Dimensiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Grado de placer										
2. Participación										
3. Acatamiento de reglas										
4. Clima del grupo										
5. Organizado										
6. Pacífico										
7. Comunicación-escucha										
8. Interacciones										
9. Amistosas										
10. Asociación Flexible										
11. Conductas de ayuda										
12. Conductas de cooperación										
13. Creatividad										
14. Fluidez										
15. Flexibilidad										
16. Originalidad										
17. Fantasía										
18. Conectividad										
19. Elaboración										

ANEXO 7

Descripción de las dimensiones evaluadas en el juego, propuestas en el programa de juego “Juegos cooperativos y creativos para niños de 6 a 8 años” de Garaigordobil (2010).

Dimensiones

1. Grado de placer:

Observar que emociones manifiesta el niño al recibir las instrucciones de los juegos y durante su ejecución. Valorar manifestaciones espontáneas de alegría, disfrute y divertimento, risa, sonrisas, expresiones de satisfacción felicidad.

2. Participación:

Observar si participa o se queda fuera del grupo en alguna actividad de la sesión.

3. Acatamiento de reglas:

Valorar si respeta mayoritariamente las normas o reglas de los juegos y la dinámica que implican.

4. Clima del grupo:

Se evalúa en función de la puntuación de organización y pacífico.

5. Organizado:

Cuando atiende concentrado a la explicación de la consigna de juego, se orienta a la actividad coordinándose para su ejecución.

6. Pacífico:

Aunque el clima sea de acción intensa, este tiene un carácter amistoso, no se observan intercambios hostiles, bien sean a nivel corporal, simbólico o verbal, ni la aparición de momentos de confrontación en la sesión.

7. Comunicación-escucha:

Se pone de manifiesto cuando el adulto que dirige la intervención da la consigna o instrucciones de juego, durante la ejecución de las actividades o en la fase de cierre de la sesión. Valorar si escucha de forma activa al adulto y asimismo, la calidad de la escucha con otros niños.

8. Interacciones:

Se evalúa en base a las dimensiones amistosas, asociación flexible, conductas de ayuda y conductas de cooperación.

9. Amistosas:

Se abraza, besa, imita a otros niños, trata de hacerles reír, refuerza verbalmente a otros niños, no es agresivo ni física ni verbalmente.

10. Asociación Flexible:

Se asocia espontáneamente y de forma flexible en las situaciones de agrupamiento o elección libre de pareja o equipo y no se manifiestan rechazos de los miembros del grupo hacia el niño.

11. Conductas de ayuda

Captar si predomina la observación de las necesidades de los otros y consecuentemente se producen conductas de ayuda.

12. Conductas de cooperación:

Observar si el niño da y recibe ayuda para contribuir a un fin común en todos los juegos del programa, valorándolo positivamente si consigue llegar a la meta grupal y no se observan relaciones competitivas con los otros miembros del grupo.

13. Creatividad:

Verbal, dramática, grafico-figurativa y plástico-constructiva de los productos lúdicos elaborados que se observan en todos los juegos del programa.

14. Fluidez:

Numero de ideas.

15. Flexibilidad:

Categorizaciones de esas ideas.

16. Originalidad:

Infrecuencia y novedad de la idea.

17. Fantasía:

Alejamiento de lo real.

18. Conectividad:

Capacidad de unir elementos simples en unidades significativas mayores.

19. Elaboración:

Grado de detalle del producto creativo.