



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

***INTERVENCIÓN PARA
AUMENTAR EL AFECTO
POSITIVO EN NIÑOS CON
TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA***

Alumno/a: Iván Cruz Milla

Tutor/a: Ana Raquel Ortega Martínez
Encarnación Ramírez Fernández

Dpto: Psicología

Mayo, 2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Concepto.....	5
1.2. Marco teórico.....	11
1.3. Revisión de estudios y programas de intervención	16
1.4. Objetivos e hipótesis.....	19
2. METODOLOGÍA.....	21
2.1. Participantes.....	21
2.2. Instrumentos	21
2.3. Diseño y procedimiento.....	22
3. BENEFICIOS ESPERADOS	32
4. CRONOGRAMA	33
5. RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO	36
5.1. Recursos necesarios.....	36
5.2. Presupuesto	36
6. AGRADECIMIENTOS.....	37
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
8. ANEXOS.....	40
8.1. Anexo I. Inventario Emocional de BarOn ICE.....	40
8.2. Anexo II. “El mundo de las Emociones”.....	42

Resumen

A lo largo del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se presenta un proyecto de intervención destinada a niños en edad escolar que padecen Trastorno del Espectro Autista (TEA). El programa de intervención tiene como objetivo mejorar la afectividad, el reconocimiento y la comprensión de emociones y las habilidades sociales de estos niños para lograr como fin último una buena adaptación a su entorno y mejorar la calidad de vida. La metodología propuesta es de tipo cuasiexperimental con un grupo control y un grupo experimental. La intervención se compone de una sesión de psicoeducación para los padres y cuidadores, un entrenamiento en reconocimiento y comprensión de emociones con un juego interactivo creado para la misma, la respiración profunda y la relajación progresiva adaptada en niños y un entrenamiento en habilidades sociales. Como beneficios esperados los niños con TEA mejorarán su actuación en los distintos contextos sociales en los que se desenvuelven de forma que comprendan las emociones en los demás y las suyas propias de una forma más adaptativa, que, junto al entrenamiento en habilidades sociales, mejorará sus relaciones con sus compañeros y familiares, aumentando el vínculo que les une con ellos. Se produciría un aumento del afecto positivo y una disminución del afecto negativo en los niños con TEA, aumentando así el bienestar y su calidad de vida.

Palabras clave: Programa de intervención, Trastorno del Espectro Autista, Afectividad, Habilidades Sociales, Reconocimiento de emociones, Bienestar.

Abstract

To this End-of-Degree (GFR) is a project of intervention to children of school age who suffer from autism spectrum disorder (ASD). The intervention program aims to improve the affection, the recognition and understanding of emotions and social skills of these children to achieve the ultimate goal of a good adaptation to their environment and improve the quality of life. The proposed methodology is a quasi-experimental design with a control group and an experimental group. The intervention consists of a session of psychoeducation for parents and caregivers, training in recognition and understanding of emotions with an interactive game created for the same, deep breathing and progressive relaxation adapted in children and training in social skills. How to expected benefits children with ASD will improve its performance in the different social contexts in which they operate in such a way that they understand the emotions in others and

own more adaptive, which, together with the training in social skills, improve their relationships with their peers and family, increasing the bond that unites them with them. There would be an increase in the positive affect and a decrease in the negative affect in children with ASDS, thus increasing the well-being and their quality of life.

Key words: Intervention Program, Autism Spectrum Disorder, Affective, Social Skills, recognition of emotions, well-being.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto

El Trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por la presencia de graves consecuencias en la comunicación, en el ámbito social y déficits cognitivos. Su etiología, desconocida, se cree que es multifactorial que se debe a la interacción entre factores genéticos y ambientales (Costa-Caminha & Lampreia, 2012). Según Gloffka-Wilmans (2010) existe evidencia de la implicación de los cromosomas 7 y 15 en el TEA puesto se relacionan con los trastornos del lenguaje y los trastornos del desarrollo respectivamente. Este trastorno necesita de un tratamiento a largo plazo para que con una intervención bien estructurada y continua algunos niños puedan llegar a mejorar sus déficits de forma estable en el tiempo. La epidemiología del TEA en los últimos años ha ido progresivamente en aumento hasta alcanzar el actual 1% de niños afectados por TEA (Gloffka-Wilmans, 2010).

La primera vez que se introdujo el término “autismo” fue en 1912 por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler quien lo describió como un comportamiento atípico de los pacientes que padecían de esquizofrenia. Más tarde, Leo Kanner, un psiquiatra nacido en Austria, identificó este trastorno como un trastorno independiente en 1943 cuyas características aparecen en la tabla 1. Además, Kanner reconoció una de las características más importantes que diferenciaban estos dos trastornos; las personas con TEA carecen de un periodo normal de desarrollo previo a la aparición de los síntomas, algo que no ocurre en la esquizofrenia. A pesar de que después se descubrieron más diferencias esta es la razón por la que el autismo se clasifica como un Trastorno del desarrollo (Adler, Minshawi & Erickson, 2014).

Características del autismo propuestas por Leo Kanner	
Extrema soledad	Deseo obsesivo de invarianza ambiental
Excelente memoria	Buen potencial cognitivo
Aspecto físico normal	Hipersensibilidad estimular
Retraso y alteración del lenguaje. Mutismo o lenguaje sin intención comunicativa	Actividad espontanea reducida

Tabla 1: Características del autismo adaptado de Kanner (1943)

El diagnóstico de TEA implica un déficit en la empatía, en la capacidad para las relaciones sociales y la comunicación en general. En función de la gravedad del síndrome, los afectados de TEA podrían observarse conductualmente como personas socialmente torpes u ofensivos en sus comentarios o, en cambio, si los síntomas son graves, podrían llegar a aislarse del resto del mundo. En cuanto a las características de este trastorno, en base a la triada de Wing y Gould (1979), podemos decir que hay tres grandes grupos de síntomas o déficits, algunos reconocibles desde los primeros meses de vida; comunicativos, sociales y comportamentales:

- **Déficits comunicativos.** Los niños con este trastorno tienen dificultades tanto para la comunicación verbal como no verbal que les afecta a la hora de desarrollar las habilidades necesarias para la producción del discurso y para la comprensión del significado del lenguaje. Algunos signos tempranos de este déficit son:
 - A la edad de un año no manifiesta la conducta de señalar ni es capaz de decir palabras sueltas.
 - Aún después de un año, mantiene una pobre comunicación no verbal.
 - No responde a su nombre.
 - A los 18 meses no ha aprendido ninguna palabra.
 - Dificultad para entender las expresiones corporales y faciales.
 - Los niños mayores presentan dificultad para comenzar una conversación o continuarla.

- No entiende bromas ni ironías, además de resultarle complicado mentir y comprender la mentira.
- Hipersensibilidad sensorial.
- **Déficits sociales.** Éstos repercuten en la relación con los demás en situaciones tales como hacer amistades o contactar con otros niños. Algunos signos son:
 - Rehuir los gestos de afecto como abrazos o besos.
 - Prefieren estar solos.
 - Dificultad para controlar sus emociones, expresándolas en forma de rabietas.
 - Presentan dificultades para entender los pensamientos y emociones de los demás.
 - Dificultad para aceptar las reglas sociales.
 - Dificultad para entender que lo que haga o diga tendrá un efecto en otras personas y viceversa.
 - Dificultad para evaluar la situación, para darse cuenta de las intenciones de los demás y predecir así su conducta.
- **Inflexibilidad mental y comportamental:** Afecta a su imaginación, intereses y comportamientos, lo que dificulta que puedan entender las intenciones y las emociones de los demás y al tener dificultad para generar alternativas, se comportan de manera repetitiva. Algunos signos son:
 - Carecer de juego simbólico.
 - Comportamiento repetitivo.
 - Dificultad para cambiar el foco de atención.
 - Imitación limitada.
 - Dificultad para desenvolverse en las actividades poco estructuradas.
 - Patrones rígidos de comportamiento.
 - Mantener el contacto ocular.
 - Compartir intereses con sus pares.



Figura 1: Triada de Wing adaptado de Wing (1979)

Según el DSM-5, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se engloba dentro de la categoría trastornos del neurodesarrollo, cuyos síntomas son:

A. Déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos cuyas manifestaciones son:

1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional que varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social que varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas. También indica la necesidad de especificar la gravedad actual que se basa en deterioros de la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

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

Siendo necesario especificar la gravedad que se basa en los deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

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

Siendo necesario especificar si:

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.

- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo.

A pesar de que estos déficits son reconocibles a los 18 meses del nacimiento del niño, a veces ocurre que no se diagnostica de forma temprana provocando como consecuencia que aparezcan trastornos de conducta y dificultades en la convivencia con los familiares, compañeros y profesores en el colegio de forma que interfiere con el aprendizaje. Debido a que la presencia de un hijo con TEA afecta todos los entornos sociales (pareja, amigos, colegio...), la convivencia con un niño con TEA puede generar dificultades en las relaciones positivas del bienestar psicológico de sus padres. También, según Martínez (2010) debemos considerar que el papel tan importante de las reacciones de los padres o cuidadores en el desarrollo socioemocional de sus hijos. Esto, junto con que los niños con TEA son extremadamente sensibles a los cambios que tienen sus padres en sus estados emocionales, repercute negativamente en ellos en forma de empeoramientos bruscos en sus conductas porque son capaces de percibir que su madre o su padre atraviesa un momento con demasiado estrés o problemas de pareja (Martínez, 2010). De ahí, la importancia de los padres y cuidadores pues éstos, son las figuras de referencia para promover el desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas de sus hijos para interactuar con el ambiente y hacer posible un buen desarrollo psicológico, pero para ello, es necesario que los padres alcancen un nivel de bienestar subjetivo y psicológico óptimo en el que se sientan satisfechos con su vida afrontando y aprendiendo de los retos que se encuentran en su día a día a la vez que se mantiene un equilibrio entre el afecto positivo y el afecto negativo (Bueno-Hernández, Cárdenas-Gutiérrez, Zamalloa & Silva-Mathews, 2012).

Mientras que la mayor parte de los niños con un desarrollo normal manifiestan una serie de conductas durante el juego social: actos comunicativos, expresiones de afecto positivo e inhibición del afecto negativo, en los niños con autismo esto no ocurre, pues no se expresa el afecto positivo y no se inhibe el afecto negativo, además de estar ausentes o presentes de una forma muy escasa los actos comunicativos. Según Frith

(1989) para los niños con espectro autista es difícil “distinguir entre lo que hay en el interior de su mente y lo que hay en el interior de la mente de los demás”.

1.2. Marco teórico

En la actualidad, se considera que la etiología del autismo es multifactorial. Existen diversas teorías que intentan explicar el autismo y sus causas. Entre las principales que consideran una relación con su desarrollo afectivo- emocional se encuentran:

- Teoría de la coherencia central. Según esta teoría, se explican las características no sociales y el procesamiento de la información de los niños con TEA, en el que aparece un buen rendimiento en algunas competencias y pobre en otras. Uta Frith (2013) y Happé (1999) definieron la coherencia central como “*un estilo de procesar de la información de manera contextualizada*”, es decir que tenga sentido. Los niños con TEA, según esta teoría, presentarían una coherencia central débil, lo que significa que presentan un déficit en el procesamiento global de forma que tendrían una tendencia a procesar los detalles. En cambio, un individuo con desarrollo normotípico, presentaría una coherencia central fuerte en la que el procesamiento de la información funciona independientemente para la atención y la memoria para los detalles.
- Teoría de la ceguera mental: Esta teoría hace referencia a que los niños con diagnóstico del espectro autista padecen un déficit en el desarrollo de una teoría de la mente, aportando una explicación a las dificultades que tienen estos niños con la comunicación y las habilidades sociales. Es por ello que Tirapu-Ustárrroz (2007) afirma que el concepto de ‘*teoría de la mente*’ (ToM) hace referencia a la capacidad para comprender y poder hacer predicciones acerca del comportamiento de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. Por tanto, las personas con diagnóstico de TEA tienen dificultades en la capacidad para pensar sobre los pensamientos, o como los autores lo llaman “*dificultad para mentalizar*”, y por ello presentan numerosos problemas en ciertas habilidades sociales, comunicativas e imaginativas. Los niños con diagnóstico de autismo no desarrollan una teoría de la mente como lo hacen los

demás y esto se traduce en que no podrán interpretar o anticipar lo que van a hacer los demás, por lo que se asombrarán o experimentarán ansiedad ante las reacciones de los demás, al parecerles impredecible esta conducta (Baron-Cohen, 2010).

Baron-Cohen y Leslie se centraron en las pruebas de “la falsa creencia” (prueba de Sally y Ana) y la de “la falsa fotografía” para hablar sobre esta teoría. En la prueba de la falsa creencia, el niño observa como el investigador pasa un objeto de un cajón a otro mientras que otra persona no está mirando. Después se le pregunta al niño que dónde cree que la persona que no estaba observando buscará el objeto. El niño con TEA contestará que en el lugar donde el investigador la ha colocado. El índice de fallo en la prueba para los niños autistas fue de un 80%, mientras que, para los niños sin diagnóstico de autismo, un 15%.

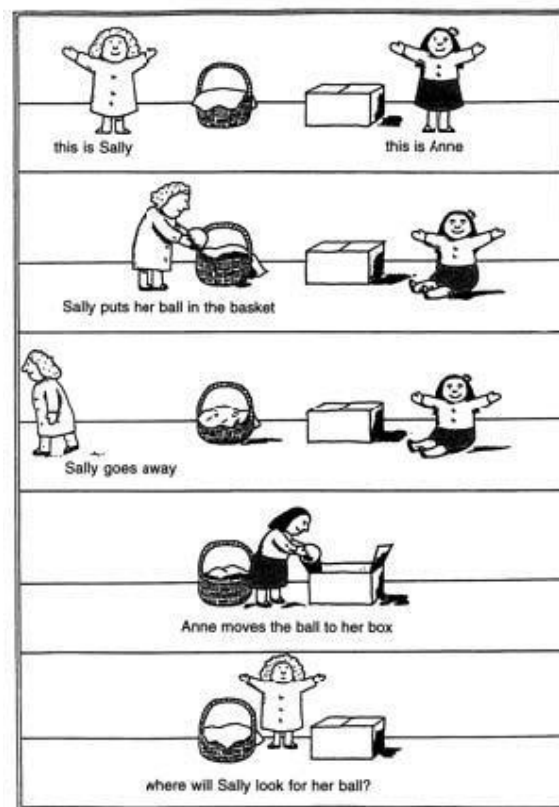


Figura 2: Prueba de la falsa creencia tomada de Baron-Cohen y Leslie (1985)

En la otra prueba, la falsa fotografía, el niño hace una foto a un conjunto de varios objetos; más tarde, el investigador cambia de sitio alguno de los objetos que había en la escena fotografiada. Al preguntarle al niño con diagnóstico de TEA por el lugar que ocupará el objeto en la fotografía, no presentará problemas para

responder de forma correcta. Esto es porque los niños con autismo no presentan empatía según esta teoría. Sin embargo, recientes estudios como el realizado por Patil, Melsbach, Hennig-Fast y Silani (2016) afirman que cuando las personas con diagnóstico de TEA se encuentran en una situación de dilemas morales, muestran una respuesta empática parecida a la que tienen las personas sin el diagnóstico de TEA (Patil, Melsbach, Hennig-Fast & Silani, 2016)

- Teoría del apego: John Bowlby postula en esta teoría que el apego es un vínculo afectivo que une a un niño con sus padres y que aparece como consecuencia de una serie de conductas con el fin de mantener la proximidad entre ellos (Bowlby, 1976). También afirma que existen cuatro sistemas de conductas que se relacionan entre sí:
 - *El sistema de conductas de apego*: Se trata de las manifestaciones que sirven para mantener el contacto con las figuras principales (llanto, risa, contacto, etc.). Son las conductas que son activadas cuando se produce un aumento o disminución de la distancia con las figuras de apego.
 - *El sistema de exploración*: Se relaciona con el anterior puesto que el niño explora tanto la situación como el lugar hasta que se activan sus conductas de apego gracias a una señal de alarma, que provoca que la exploración del entorno disminuya y hace que el niño vuelva corriendo con su madre para abrazarla o se aferre a ella.
 - *El sistema de miedo a los extraños*: Relacionado con los sistemas anteriores, debido a que cuando aparece, aumentan las conductas de apego y disminuyen las conductas de exploración.
 - *Sistema afiliativo*: Describe el interés que demuestran los individuos en conservar la cercanía con otros sujetos y relacionarse con ellos.

Miguel (2006) afirma que los infantes con TEA tienen dificultades para manejar y expresar sus emociones. Para ellos es muy difícil deducir y entender los sentimientos de los demás, así como los suyos propios. En cuanto al lenguaje no verbal (contacto visual, expresiones faciales, posturas y gestos corporales) es

diferente al de un niño sin diagnóstico de TEA que mantiene la mirada más fija y rígida.

Cuando los padres entienden lo que ocurre con sus hijos, se enfrentan a un proceso doloroso, puesto que deben cambiar sus expectativas respecto a su entorno familiar. Durante el primer año de vida se desarrolla un lazo emocional entre el individuo y sus progenitores los cuales le proporcionan la seguridad que necesita para la adquisición de habilidades sociales y psicológicas. La interacción en los primeros años de vida ayuda al niño a sentirse seguro y confiado, para su posterior desarrollo emocional y social. Gracias a esta interacción mediante expresiones, sonidos o gestos se genera una respuesta y empatía en el otro. En el caso de TEA, el apego se ve alterado, puesto que los padres, aunque estén presentes, no logran vincularse con el niño y al no obtener ningún tipo de respuesta se genera impotencia e inseguridad como cuidadores al sentir que son rechazados por su hijo. Esto puede ser debido a que el niño responde durante mucho tiempo con aparente indiferencia al afecto y atención de sus padres.

Es necesario saber que el proceso de vinculación con el niño, aunque sea difícil de establecer, se dará a una edad cronológica más avanzada pero evolutivamente correcta.

- Teoría del esquema social: Según esta teoría, Martine Delfos y Nobert Groot (2016) explican que las personas afectadas por TEA “*tienen un amplio Espectro de Edades Mentales dentro de una Persona (MAS1P)*” (Delfos & Groot, 2016), esto quiere decir que cada persona puede tener un área específica con un nivel de desarrollo más retardado y otras áreas específicas con un desarrollo más acelerado. Esto significa que un adolescente de 11 años (edad cronológica), puede tener 9 años con respecto a su maduración biológica, 4 años con respecto al apego, 3 años en el juego, 1 año en el ‘manejo del tiempo’, 5 años en Matemáticas y 2 años en Lenguaje. Este espectro es lo que hace al trastorno tan complicado para los padres y/o cuidadores.
- Teoría de las neuronas espejo: Esta teoría se centra en la idea de que algunas regiones del cerebro se activan cuando realizamos una acción y también cuando

observamos como una segunda persona realiza una acción. Los últimos estudios señalan que cuando los niños con diagnóstico de autismo miran la cara de otra persona mientras expresa alguna emoción o muestran ellos mismos alguna emoción, manifiestan menos actividad cerebral en una parte del giro frontal inferior (pars opercularis) que los niños sin diagnóstico de autismo. Estas estructuras, forman parte del sistema de espejo, lo que nos lleva a pensar que el autismo es un síndrome de «espejo roto». Sin embargo, en contra de esta teoría podemos decir que algunos niños con diagnóstico de autismo pueden tener una buena capacidad para imitar como, por ejemplo, ecolalia o imitar el acento y entonación de un discurso.

- Teoría del déficit afectivo-social: Hobson (2000) sostiene que la incapacidad de los autistas para establecer relaciones socioemocionales es innata desde el nacimiento y que los déficits cognitivos y sociales en este tipo de población son de naturaleza afectiva. Esto provoca que los niños con diagnóstico de autismo no sean capaces de reconocer que los demás tienen sus propios sentimientos y /o pensamientos. Esta incapacidad para ser conscientes y dar respuesta a los sentimientos de los demás interfiere con el desarrollo del juego simbólico y en la capacidad de inferir el pensamiento de los demás (Hobson, 2000).

Para Hobson (2000), este déficit afectivo, repercute en la empatía de forma que el niño no puede vincularse con los padres ya que es a través de la empatía, que el niño es capaz de percibir y de reconocer las actitudes, deseos, intenciones y emociones de los demás, provocando que carezcan de los componentes de acción y reacción necesarios para desarrollar relaciones personales con los demás y que tengan poca experiencia social. Según este autor los niños que padecen autismo presentan dificultades para reconocer, entender y aprender las claves que permiten la regulación de las relaciones sociales, mientras que los demás niños parecen estar biológicamente preparados. Estas claves se caracterizan por ser complejas, variadas y sutiles. En cambio, los niños con diagnóstico de TEA, solo son capaces de entender claves simples, concretas y permanentes, las cuales son ofrecidas por el mundo físico.

1.3. Revisión de estudios y programas de intervención

En cuanto a los estudios y programas de intervención utilizados en este trastorno, es importante que la identificación y el tratamiento del TEA se realice de forma temprana ya que es fundamental para alcanzar una mejoría de los síntomas. Encontramos intervenciones muy variadas a lo largo del tiempo ya que una primera perspectiva trata los síntomas negativos del trastorno, mientras que otra intenta dotar de estrategias al entorno del niño con TEA basadas en el entrenamiento a padres para mejorar los conocimientos sobre el desarrollo infantil, el TEA y sus signos tempranos (Beaudoin, Sébire & Couture, 2014).

Uno de los primeros trabajos de investigación que se realizó acerca de los síntomas de las personas con diagnóstico de TEA fue el de Yirimiya Kasari, Sigman y Mundy en 1989 en el que estos autores encontraron que los niños con este síndrome expresaban más afectos negativos que positivos. Altos niveles de afecto positivo se caracterizan por tener mucha energía, entusiasmo y concentración mientras que niveles bajos de afecto positivo se caracterizan por la presencia de tristeza y letargo. En cuanto al afecto negativo, es un estado en el que, en niveles altos, se presentan estados como miedo, ira, culpa o disgusto, mientras que en niveles bajos se presentan estados como la calma y la serenidad (Watson, Clark y Tellegen, 1988). De forma que emociones como la culpa, ira o miedo se muestran más en estos niños que otros estados emocionales como el entusiasmo. Sin embargo, en estos estudios no hay un consenso en cuanto a los diseños y sistemas de evaluación empleados, por lo que la comparación entre los resultados de los diferentes programas de intervención es complicada. Además, la ausencia de un grupo control frente a comparaciones pre y post, aumenta la dificultad de valorar los resultados de las intervenciones. En algunos casos, la realización de encuestas de satisfacción no estandarizadas es el método elegido para evaluar la satisfacción de las familias y los participantes en los grupos de entrenamiento (Webb, Miller, Pierce, Strawser y Jones, 2004).

Desde comienzos del siglo XXI, la tendencia en los programas de intervención es la de maximizar las oportunidades para mostrar el afecto positivo y minimizarlas para el afecto negativo, ya que potencia el desarrollo de la autorregulación en niños con TEA. Desde entonces, según Fuentes-Biggi, Ferrari-Arroyo, Boada-Muñoz, Touriño-

Aguilera, Artigas-Pallarés, y colaboradores (2006) las intervenciones se centran en mejorar las habilidades sociales, el contacto ocular, el lenguaje no verbal, la relajación progresiva y entrenamiento en solución de problemas que han aportado beneficios a los niños con TEA utilizando un enfoque cognitivo-conductual mediante actividades que implicaban juegos de roles en grupos de iguales y técnicas de modelado. Un estudio que merece ser nombrado es el realizado por Olivar e Iglesia-Gutiérrez (2011) en el que entrenaron a niños con desarrollo normal en el uso de contingencias y reforzamiento positivo para facilitar la interacción con niños con TEA, de esta forma, los niños con desarrollo normal reforzaban correctamente tanto las conductas sociales como las habilidades de juego y resolvían las situaciones conflictivas que puedan aparecer en contextos sociales (Olivar & Iglesia-Gutiérrez, 2011).

Las intervenciones más recientes que están ganando fuerza son las intervenciones con realidad virtual, en el que a través de una herramienta virtual creada para comprender la imaginación y el juego simbólico que presentan los niños con TEA, se han logrado efectos positivos en el juego simbólico, de forma que se produce un aumento del uso espontáneo de los objetos después de la intervención, es decir; los niños con TEA lograron utilizar objetos comunes que usaban de forma simbólica como si fuese otro objeto (Herrera, Alcantud, Jordan, Blanquer & Labajo, 2008). El gran avance de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ofrece la oportunidad de que éstas sean una herramienta terapéutica útil y novedosa para atraer a los niños de forma que mediante juegos o aplicaciones informáticas consigan mejorar tanto las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, la planificación, la resolución de problemas, la flexibilidad mental, la autorregulación y la capacidad de inhibición como en el juego simbólico y las habilidades sociales (Miguel, 2006). Además, las TIC nos aportan la ventaja de supervisar fácilmente los avances de los niños y de conducirles para realizar las tareas de una forma más sencilla. Suárez, Mata y Peralbo (2015) demuestra en su programa de intervención con TIC en un diseño de caso único que las ayudas de estas herramientas propician el desarrollo de una mayor capacidad de inhibición por parte del participante y que es de gran utilidad para el desarrollo de la Teoría de la Mente y de las funciones ejecutivas.

También se ha intentado comprobar si la intervención en niños con discapacidad intelectual o sin ella resultaba igual de eficaz. Por ello, se han ideado programas que

intervienen sobre niños con TEA con y sin discapacidad intelectual para entrenar la habilidad de reconocimiento de emociones a través de un DVD. Aunque en los dos grupos (tanto con discapacidad intelectual como sin discapacidad intelectual) son efectivos, se demostró una eficacia limitada en la enseñanza de habilidades básicas de reconocimiento de emociones en los niños con autismo con un rango de menor capacidad cognitiva (Williams, Gray & Tonge, 2012).

En esta línea, otros programas de intervención con una efectividad comprobada para mejorar las emociones negativas son las terapias asistidas con animales, como la hipoterapia o la equinoterapia, que hacen hincapié en las variables psicosociales, conductuales y la calidad de vida de los niños con TEA en los que se ha producido una mejoría en las relaciones interpersonales gracias a que este tipo de terapias ayudan a que sea posible la inclusión social a la vez que disminuye la agresividad de forma estadísticamente significativa. El mismo estudio señala que las actividades físico deportivas aportan beneficios como la integración social, la disminución de las estereotipias, promover la autodeterminación de los individuos, mejorar las habilidades cognitivas y sociales. Esto se debe al descenso de los niveles de cortisol, el aumento de la progesterona y de los niveles de oxitocina, que se relacionan con la disposición hormonal que modula las conductas agresivas, entre otras (García-Gómez, López-Risco, Rubio, Guerrero & García-Peña, 2014).

Entre los estudios recientes que señalan un déficit neurocognitivo de los niños con TEA que es posible tratar y mejorar encontramos el estudio de Miyajima, Omiya, Yamashita, Miyata, Yambe, Matsui & Denda (2016) en el que se centran en el deterioro del funcionamiento ejecutivo a través de un programa para mejorar los déficits que presentan en el lóbulo frontal. Como resultados obtuvieron que este tipo de terapia es eficaz porque produce una mejora en las funciones ejecutivas como la memoria de trabajo, la fluidez verbal y la planificación en niños con TEA (Miyajima, y otros, 2016).

Desde otra perspectiva, cada vez aparecen más estudios que plantean la necesidad de dotar a los familiares y al entorno del niño con TEA de estrategias para que se produzca la intervención temprana en este trastorno. Así, Carr (2016) realizó en su estudio una intervención precoz con familias con niños con TEA de escasos recursos para promover su compromiso e iniciar el tratamiento psicológico (Carr & Lord, 2016). Del mismo modo, aparecen evidencias de que los niveles altos de angustia y la presencia

de trastornos mentales en los padres afectan a la crianza y al desarrollo de los niños con TEA, lo que hace preciso tratar el bienestar psicológico de los padres (Da-Paz & Wallander, 2017). Es por ello que estudios como el de Da Paz y Wallander (2017) consiguieron mejoras en la crianza de los hijos, con resultados positivos en los niveles de autoeficacia y en la satisfacción con la vida también se redujo el estrés y se mejoró la salud en general, logrando una reducción de la depresión y la ansiedad con técnicas como la gestión del estrés y técnicas de relajación, el Mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso.

1.4.Objetivos e hipótesis

- General:
 - Realizar un programa de intervención en niños con TEA para fomentar el desarrollo de las emociones y de sus habilidades sociales que proporcionen beneficios en la forma de actuar con la familia, entorno educativo y en distintos contextos sociales.
- Específicos:
 - Mejorar las habilidades sociales a través de la comprensión de las emociones de los demás en los niños con TEA.
 - Aumentar el afecto positivo y disminuir el afecto negativo en niños con TEA.
 - Generalizar en diferentes contextos para que el niño aplique las estrategias y habilidades aprendidas.

Las hipótesis del programa serían las siguientes:

- Al realizar un entrenamiento para mejorar la comprensión y reconocimiento de emociones, los niños presentarían una mejora sustancial en el reconocimiento de emociones.
- Conocer mejor sus emociones y las de los demás, producirá un aumento del afecto positivo y disminución del afecto negativo, haciendo que predominen las emociones positivas.
- El entrenamiento en comprensión y reconocimiento de emociones, junto con el entrenamiento en habilidades sociales eficaz y práctico, mejorará sus relaciones

sociales y las situaciones sociales a las que diariamente tienen que hacer frente y que para ellos supone un gran reto.

2. METODOLOGÍA

2.1.Participantes

La muestra estará constituida por niños y niñas que padecen Trastorno del Espectro Autista con una edad comprendida entre ocho y doce años. El número total de participantes dependerá de la cantidad de afiliados a la asociación, sin embargo, dadas las características de estos niños, será aconsejable trabajar con grupos pequeños y así asegurar unos resultados satisfactorios, todos ellos, afiliados a asociaciones de TEA de la provincia de Jaén.

2.2.Instrumentos

- *Escala de Afectividad positiva y negativa para niños y adolescentes (PANASN)* (Watson y Clark, 1988) adaptado al castellano por Sandín (1997). Esta escala mide las emociones positivas y negativas con 20 ítems tipo Likert donde 1 equivale a nunca y 3 equivale a muchas veces. En cuanto a sus aspectos psicométricos es destacable su nivel de consistencia interna cuyo alfa de Cronbach oscila entre 0.72 y 0.75 (Sandín, 2002). Además, consta de una buena validez convergente y discriminante con medidas de autoinforme sobre depresión y ansiedad.
- *Inventario Emocional de Bar-On (I-CE)* (Bar-On, 2004) adaptado al castellano por Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005) para niños y adolescentes entre 7 y 18 años (ANEXO I). Este inventario es autoadministrado y evalúa cuatro áreas:
 - Área intrapersonal: Que evalúa la capacidad del sujeto para comprender los estados emocionales.
 - Área interpersonal: Para la evaluación de la capacidad de discriminar en las emociones de los demás.
 - Área adaptabilidad: Sería la habilidad de expresar verbalmente las emociones según el contexto sociocultural.
 - Área de estado de ánimo: Es la capacidad para percibirse a uno mismo como realmente quiere sentirse. Está relacionado con la autoeficacia emocional. Es decir, aceptar y vivir de acuerdo con las emociones propias.

La versión una completa consta de 60 ítems de tipo Likert, donde 1 equivale a “muy rara vez” y 4 a “muy a menudo”. El tiempo de administración es aproximadamente de 10 a 30 minutos, según usemos el inventario completo o el abreviado. En cuanto a los aspectos psicométricos de este inventario podemos destacar que consta de una fiabilidad test-retest de entre 0.77 y 0.88 y de una alta validez divergente entre los constructos de inteligencia emocional y depresión. Otro aspecto a destacar es que incluye un índice de inconsistencia que sirve para evitar las respuestas al azar (Ugarriza & Pajares, 2005).

- *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2)* (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 2015) (adaptada al castellano por Luque). Es una escala semiestructurada que evalúa la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales en niños con TEA a través de actividades en contextos estandarizados. Se estructura en cinco módulos según el nivel de comunicación verbal y la edad del sujeto.

2.3.Diseño y procedimiento

En el estudio se usará un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas pretest-postest con un grupo experimental y un grupo control, ambos con el mismo número de sujetos. El grupo control será un grupo de espera, de forma que, si una vez que haya acabado la intervención, los resultados con el grupo experimental han sido satisfactorios, el grupo control pasará a ser experimental para que puedan beneficiarse de las ventajas que otorga la intervención a los participantes. Las variables con las que contaremos en el estudio serán las siguientes:

- Variable independiente: la aplicación del programa (entrenamiento en reconocimiento de emociones, relajación progresiva, respiración profunda y habilidades sociales).
- Variables dependientes: Afectividad positiva y negativa, comprensión y reconocimiento emocional y habilidades sociales.

En cuanto al procedimiento, primero se mantendrá una reunión con la asociación de TEA de Jaén para explicar y valorar la viabilidad del programa. Una vez que la

asociación haya dado su visto bueno, se mantendrá una reunión con los padres y cuidadores de los niños con TEA a los que se les explicará el procedimiento del programa, los objetivos y los beneficios esperados. Así mismo, se les pedirá un consentimiento firmado para poder iniciar la intervención.

Una vez tengamos los consentimientos firmados por los padres y cuidadores, daremos paso a la fase de psicoeducación. Durante esta fase, se citará a los padres, madres y cuidadores que hayan firmado el consentimiento a una charla informativa para que comprendan el funcionamiento mental y emocional de su hijo para entenderle y vincularse con él. Se les explicará la definición de autismo, así como las dificultades asociadas de los niños que padecen TEA en los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales. Además, se incidirá en los aspectos a fortalecer para que el aprendizaje del niño se haga más rápido y de forma más efectiva (por imágenes y generalizando un gran número de ellas a un concepto). Por ejemplo: Para nosotros, un coche es un vehículo que tenga cuatro ruedas, sirva para transportarnos y podamos conducirlo, pero para un niño con autismo, es necesario tener en su mente imágenes de diversos coches, de diferentes colores y marcas para establecer lo que es un coche.

Tras la fase de psicoeducación, antes de cualquier intervención, es necesario que los niños con TEA conozcan a los terapeutas y se ganen su confianza. Además, sería conveniente que, si no saben qué va a pasar en cada momento o si no se respeta su rutina, tengan estrategias para disminuir la ansiedad para evitar que puedan ponerse muy nerviosos. Por esto, en este programa primero se hará una sesión para conocer a los niños y que éstos conozcan al terapeuta para poder establecer una relación de confianza entre ellos y terapeuta, que entiendan que la figura de referencia es la persona que lleva a cabo la intervención y establecer las pautas de funcionamiento y normas en la relación terapéutica. Así podrán saber de forma anticipada qué es lo que van a hacer, con quién van a estar y tendrán más facilidad para interactuar con el terapeuta. Esto les proporcionará confianza y tranquilidad.

Tras la toma de contacto con los niños, se pasará a la fase pretest de la intervención. Durante esta fase se realizará la evaluación de los participantes para obtener una medida de las variables dependientes sobre las que la intervención efectuará unos beneficios en la comprensión y reconocimiento de emociones, las habilidades sociales y la afectividad

de los participantes. Después se dividirán a los participantes en dos grupos aleatoriamente (un grupo control y otro grupo experimental). Los instrumentos que se emplearán para la evaluación de los participantes se administrarán por un psicólogo en la sesión número 3 del programa. La *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2)* será cumplimentada por el psicólogo a partir de la observación y la realización de tareas y la *Escala de Afectividad positiva y negativa para niños y adolescentes (PANASN)* y el *Inventario Emocional de Bar-On (I-CE)*, serán cumplimentados por los niños o sus padres con la finalidad de captar la información de la forma más fiable y objetiva posible.

Tras tomar las medidas necesarias en la fase pretest, se seguirá con las siguientes sesiones con el grupo experimental, mientras que, en el mismo horario, el grupo control, realizará las actividades que hagan normalmente dentro de la asociación. El programa de intervención se realizará en un total de 16 sesiones, las cuales se distribuirán a lo largo de dos sesiones por semana. Por tanto, la duración del programa será de ocho semanas. Las sesiones se estructuran en forma de actividades dinámicas y empleando herramientas virtuales. Estas sesiones tendrán lugar en las distintas salas cedidas por la asociación de TEA y serán dirigidas por el psicólogo encargado del programa de intervención. Hasta la sesión número 9, la intervención será individual, pero después pasará a ser grupal para la asimilación de las primeras fases de la intervención y el entrenamiento en habilidades sociales. El desarrollo de las sesiones será el siguiente:

1º Sesión

En esta sesión que se realizará con los padres o cuidadores de los niños con TEA se les explicará la definición de TEA, así como las dificultades asociadas de los niños que padecen este síndrome en los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales. Además, se incidirá en los aspectos a fortalecer para que el aprendizaje del niño se haga más rápido y de forma más efectiva (por imágenes y generalizando un gran número de ellas a un concepto).

2ª Sesión

Ésta simplemente será una sesión para conocer y tomar contacto con los niños y que los conozcan al terapeuta para poder establecer una relación de confianza entre niños y terapeuta, que los niños entiendan que la figura de referencia es la persona que lleva a cabo la intervención y establecer las pautas de funcionamiento y normas en la relación terapéutica. Así podrán saber de forma anticipada a que vienen, tendrán más facilidad para interactuar con el terapeuta y hacer a los niños conscientes de que se les comprende. Esto les proporcionara confianza y tranquilidad.

3ª Sesión

En esta sesión, se volverá a explicar el procedimiento a los niños y recordarle en qué consiste. Además, se realizará la evaluación pre-tratamiento con las escalas indicadas anteriormente.

4ª Sesión

- En la cuarta sesión se realizará una explicación de los objetivos y beneficios de la respiración profunda. Se describirán e identificarán los signos de hiperventilación y después se enseñará a realizar la respiración profunda que se usará como una conducta incompatible con las rabietas o conductas inadecuadas durante la intervención. Gracias a esta técnica, los niños podrán adquirir el control de su respiración y ser capaces de mantenerlo en situaciones ansiógenas que se puedan presentar en las situaciones con las que los niños aún no están familiarizados. Se usará como una conducta incompatible con las rabietas o conductas inadecuadas durante la intervención. Se utilizarán juguetes y ejercicios para controlar el ritmo respiratorio, dosificar el aire y expulsarlo lentamente. Como ejemplo de ejercicios se usará soplar una vela sin apagar la llama o hacer pompas de jabón.

5ª Sesión

- En esta sesión se explicarán los objetivos y beneficios de la relajación progresiva de Jacobson (1920) y se realizará una descripción e identificación de los signos y síntomas de tensión muscular y posteriormente, practicar esta técnica para que los niños puedan utilizarla como estrategia para disminuir la ansiedad que puedan ocasionar los periodos de incertidumbre durante la intervención y relajarse si fuese necesario. Además, el terapeuta modelará y/o se ayudará de muñecos que sirvan para señalar las zonas que se vayan trabajando. Por último, se utilizarán reforzadores para el correcto aprendizaje de la relajación.

	Grupo muscular	Ejercicio de tensión
Extremidades superiores	1. Mano y antebrazo dominante	Apretar el puño con el brazo estirado
	2. Brazo dominante	Apretar el codo dominante contra el costado
	3. Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño con el brazo estirado
	4. Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el costado
Cabeza y cuello	5. Frente	Arquear las cejas, arrugando la frente
	6. Ojos y nariz	Apretar los párpados arrugando la nariz
	7. Boca	Apretar la mandíbula, los labios y la lengua contra el paladar
	8. Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho
Tronco	9. Espalda y hombros	Mover los hombros hacia atrás, acercando los codos tras la espalda
	10. Pecho	Apretar las palmas de las manos frente al pecho
	11. Estómago	Tensar el estómago como preparad para un golpe
Extremidades inferiores	12. Pierna y pie dominante	Estirar la pierna dominante echando el empeine hacia atrás
	13. Pierna y pie no dominante	Estirar la pierna no dominante echando el empeine hacia atrás

Tabla 2: Respiración profunda de Jacobson (1920)

6ª Sesión

En la sexta sesión, se proyectará la película “Del revés” de modo que introduce a los niños el entorno del juego “El mundo de las emociones”, que se usará posteriormente en las siguientes sesiones.

7ª y 8ª Sesión

- Estas dos sesiones se dedicarán a realizar la tarea “El mundo de las emociones”, el cual aparece en el Anexo II, utilizado como herramienta multimedia de intervención para el desarrollo y la comprensión de las emociones propias y de los demás. Este juego, ha sido creado por el autor de este TFG junto con un compañero del grado en Educación Primaria de forma específica para la intervención con niños con TEA. Este juego, se desarrolla en tres fases:
 1. *Fase educativa.* Donde al niño se le presentará una explicación de lo que son las emociones y su función, posteriormente, se le presentará cada una de las emociones con sus respectivas representaciones físicas. Es decir, cómo se representa en nosotros la alegría o el asco, la postura de las cejas o labios...
 2. *Fase emocional:* Donde se trabajará de forma específica con cada emoción; se le pedirá que cliquee dentro de una variedad de emoticonos, los que representan esa emoción y más tarde, cambiaremos los emoticonos por fotos reales de personas para que seleccione cuál es la que representa esa determinada emoción.
 3. *Fase empática:* Por último, intentaremos representar un contexto, donde tras una situación, el niño deberá anticipar la emoción que predomina en el dibujo que protagoniza la escena y ponerse en el lugar del protagonista. Este procedimiento será realizado con todas las emociones del juego (alegría, ira, asco, miedo y tristeza).

La metodología usada para el juego en el que se basa la intervención se enmarca dentro del método TEACCH (Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados) que se basa en comunicar de forma estructurada y a través de imágenes o pictogramas conceptos o palabras, de manera

que a través de sus capacidades visuespaciales pueden procesar y aprender de una forma motivadora y ser reforzados por ello con la mínima ayuda posible.

9ª Sesión

A partir de aquí, se comenzará el entrenamiento en habilidades sociales, al que se dedicarán 6 de sesiones y se realizarán actividades para desarrollar una adecuada competencia social en las siguientes habilidades básicas:

- Presentarse.
- Iniciar y mantener una conversación.
- Escuchar.
- Formular una pregunta y responder.
- Dar las gracias.
- Pedir ayuda.
- Asertividad.
- Participar en una actividad ya iniciada.
- Pedir disculpas.
- Seguir instrucciones.

Estas habilidades sociales se entrenarán en forma de juegos debido al papel fundamental del juego en la maduración motora, cognitiva, lingüística, afectiva y social. Además de trabajar las habilidades sociales, las actividades nos serán de utilidad para poder intervenir sobre los déficits en planificación, inhibición y control de impulsos. Es importante emplear técnicas de modificación de conducta a la vez que los niños juegan y reforzar correctamente las conductas sociales que sean adaptativas o extinguir las conductas sociales inadecuadas que no nos interesan.

En esta primera sesión del entrenamiento en habilidades sociales, para cada una de las habilidades sociales se enseñarán imágenes o viñetas sobre cómo se hace y se expondrá un video donde una persona o grupo de personas realizan cada una de las acciones y después se pedirá al niño que lo haga, reforzando positivamente si lo hace de forma correcta. Después de entrenar cada competencia social se pedirá que escriba una situación donde tiene que poner en práctica esa habilidad.

10ª Sesión

En esta sesión, que será la segunda sesión del entrenamiento en habilidades sociales, se trabajará de forma grupal para poner en marcha y afianzar todo lo aprendido y se realizará la actividad “¿*Quiénes somos?*” Aquí, cada niño, en parejas, tendrán que rellenar dos fichas.

- Una primera ficha sobre su compañero al cual tendrá que preguntarle sobre aspectos personales, sus gustos o aficiones, etc. Por ejemplo, ¿Tienes hermanos?, ¿Cuáles son tus series favoritas?
- Una segunda ficha sobre todos los compañeros. Se pondrán en común cuales son las respuestas en la ficha anterior y mientras los niños tendrán que ir respondiendo a las preguntas de la segunda ficha, por ejemplo: ¿A quién o a quienes le gusta ir al cine? ¿Quién o quienes tienen más de dos hermanos?

Con esta actividad buscamos que los niños sean capaces de presentarse, iniciar y mantener conversaciones, escuchar y responder y formular preguntas.

11ª Sesión

En esta sesión se realizará la actividad “*Representamos una obra*”. Donde se narrará una historia en la que hay un conflicto social con un final abierto para que los niños puedan pensar sobre ello y sobre cuál es la solución que el protagonista debería elegir para ese conflicto, dejando claro que puede haber varias formas de solucionarlo. Después se debatirá sobre los posibles desenlaces y se elegirá uno. Por último, se pedirá a los participantes que realicen un rol playing donde se representará la historia con el final elegido en consenso por el grupo.

El objetivo de esta actividad es que los niños mantengan una conversación de forma asertiva, escuchando y planteando alternativas a las respuestas de los compañeros.

12ª Sesión

En esta sesión se practicarán los guiones sociales a través de la actividad “*El árbitro de los paseos*”, donde se pretende potenciar el inicio, mantenimiento y finalización de las conversaciones. En esta actividad todos los participantes estarán paseando mientras uno de los participantes hará la función de árbitro, que tiene que dar una palmada para que el más cercano a él tendrá que iniciar una conversación mirándole a los ojos, iniciándola con un saludo y su nombre, preguntarse mutuamente qué tal están, alegrarse por ello y despedirse por el nombre de nuevo. Después esa persona se queda como árbitro y así hasta que pasen todos por el lugar del árbitro al menos dos veces.

Con esta actividad, se practicará la presentación de los niños, iniciar y mantener conversaciones y formular preguntas y siguiendo las instrucciones del juego.

13ª Sesión

Esta sesión se dedicará a jugar en equipo al parchís. Los juegos con reglas marcadas favorecen el juego funcional con objetos de los niños con TEA. Las reglas del juego son sencillas y, además, se harán explícitas y visuales. Se le pondrá una gorra al jugador que le toque en ese momento para que sirva de ayuda para todos. Con esto, se pretende que los niños sean pacientes, respeten los turnos, pidan ayuda y sigan las instrucciones necesarias.

14ª y 15ª Sesión

En estas sesiones nos ayudaremos de la herramienta electrónica “Playcomic”. Es una herramienta utilizada tanto en niños con trastornos de la expresión escrita como TEA en la que los niños pueden crear sus propios comics de forma que desarrollaran tanto sus habilidades sociales de una forma divertida y la expresión no verbal como su imaginación, creatividad e interpretación de ideas, emociones y sentimientos de esta herramienta virtual. La forma de usarla en la intervención sería plantear un problema social donde los niños tendrán que buscar soluciones para potenciar, además de todo lo dicho anteriormente, la resolución de conflictos y todas las habilidades sociales aprendidas durante la intervención.

16ª Sesión

En esta sesión se realizará la evaluación post-tratamiento con las escalas anteriormente indicadas con el fin de conocer el cambio que la intervención ha generado en ellas, se dará por concluida la intervención y se realizará un seguimiento a los 3, 6 y 9 meses.

3. BENEFICIOS ESPERADOS

Una vez realizada la intervención, se plantean diversos beneficios esperados, cumpliéndose los objetivos propuestos en el programa de intervención. Estos beneficios abarcan un mayor reconocimiento y comprensión de emociones, mejora en sus habilidades sociales y un aumento del afecto positivo y una disminución del afecto negativo.

Tras haber entrenado el reconocimiento y comprensión de emociones en los niños con TEA se espera que sean capaces de identificar sus emociones y las de los demás, mejorando su empatía y siendo un poco más conscientes del efecto que tiene mostrar una determinada emoción en un contexto concreto, por lo que su forma de actuar en los distintos contextos sociales en los que se desenvuelven será más adaptativa que antes de iniciar la intervención. Además, mejorará su autocontrol emocional de forma que aumentará su tolerancia ante las frustraciones y su control ante reacciones desadaptativas.

Con el entrenamiento en habilidades sociales se espera que las relaciones entre los niños con TEA y sus compañeros, sus familiares y cuidadores, sean más satisfactorias para ambos y que se produzca un incremento en la motivación de los niños con TEA para interactuar con su entorno debido a que se comunicará de una forma más eficaz y enfrentará con mayor facilidad a las situaciones sociales. Es decir, se espera conseguir que interactuar con otros sea lo más positivo y satisfactorio posible para ellos y para los que le rodean, teniendo menos conflictos con los demás y haciendo que se muestren más las emociones positivas.

Aumentar el afecto positivo y disminuir el afecto negativo es otro beneficio esperado del programa puesto que poseer las habilidades sociales necesarias para interactuar con los demás de una forma eficaz, nos permite disminuir la aparición de emociones negativas como la ira, el miedo o la tristeza. Por el contrario, se espera que se produzca un incremento en la aparición de emociones positivas como el entusiasmo. Estos resultados provocarían un aumento del afecto positivo y una disminución del afecto negativo en los niños con TEA, aumentando así el bienestar y su calidad de vida.

4. CRONOGRAMA

Número de sesión	Actividad	Objetivos	Duración de la sesión (minutos)
-	Contacto con asociación de TEA.	Explicar el programa y valorar su viabilidad.	60
-	Preparación de los recursos necesarios	Revisar y preparar el material.	90
1	Explicación de las dificultades en los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales a los padres de niños con TEA.	Informar y pedir la colaboración de los padres fuera del contexto de la intervención.	90
2	Toma de contacto con los niños y explicación del procedimiento.	Conocer y adaptarse a la presencia del terapeuta.	30
3	Evaluación pre-tratamiento.	Tomar medidas pretratamiento.	90
4	Respiración profunda.	Conocer los objetivos y beneficios de la respiración profunda. Identificar los signos y síntomas de hiperventilación.	90
5	Relajación muscular progresiva.	Identificar los signos y síntomas de tensión muscular.	90

6	Proyección de la película “Del Revés”	Introducir a los niños el entorno del juego “El mundo de las emociones”.	90
7	<i>“El mundo de las Emociones”</i>	Reconocer y comprender las emociones propias y de los demás.	60
8	<i>“El mundo de las Emociones”</i>	Reconocer y comprender las emociones propias y de los demás.	60
9	Explicación sobre los efectos de una buena comunicación social. Explicación de las habilidades sociales y exposición de imágenes, viñetas y videos sobre las habilidades sociales.	Conocer las habilidades sociales y los efectos de una buena comunicación social.	120
10	<i>“¿Quiénes somos?”</i>	Entrenar habilidades sociales; Presentarse, iniciar y mantener una conversación, escuchar y formular preguntas.	60
11	<i>“Representamos una obra”</i>	Entrenar habilidades sociales: Mantener e iniciar una conversación, asertividad, escuchar, pedir ayuda, dar las gracias y participar en una actividad ya iniciada.	60
12	<i>“El árbitro de los paseos”</i>	Entrenar habilidades sociales: Presentarse, iniciar y mantener una conversación, escuchar, participar en una actividad ya iniciada y seguir instrucciones.	60

13	Parchís	Entrenar habilidades sociales: Asertividad, seguir instrucciones, pedir ayuda y dar las gracias.	60
14	<i>“Play comic”</i>	Entrenar todas las habilidades sociales aprendidas	60
15	<i>“Play comic”</i>	Entrenar todas habilidades sociales aprendidas	60
16	Evaluación post-tratamiento.	Evaluar los beneficios de la intervención.	180

5. RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO

5.1. Recursos necesarios

❖ Recursos materiales

En cuanto a los recursos necesarios para la elaboración del programa necesitaríamos los siguientes materiales:

- Material fungible: fotocopias administradas a los participantes, bolígrafos y folios, bolígrafo para pizarra/ tizas.

- Material visual: Presentaciones, diapositivas y videos explicativos, una tableta para el juego “*El mundo de las Emociones*” y al menos seis ordenadores de mesa o portátiles.

- Material técnico: El inventario Emocional de BarOn (ICE), la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2) y la escala de afectividad positiva y negativa (PANAS). Además, será necesario para ejecutar las sesiones una sala con mesa y sillas, una pizarra, un ordenador y un proyector, que serán cedidos por la asociación TEA a la que pertenecen los niños.

❖ Recursos humanos

Para poder ejecutar este programa de intervención será necesario contar con un psicólogo.

5.2. Presupuesto

❖ Presupuesto humano

El precio del coste humano, está establecido según el Colegio Oficial de Psicólogos, donde el coste de una hora de sesiones formativas es de 60€.

❖ Presupuesto material

Respecto al presupuesto material, es necesario tener en cuenta tanto el material fungible como el material técnico. De forma detallada es el siguiente:

- *Inventario Emocional de BarOn ICE: Sin coste.*

- *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2): 360€*

- *Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS)*: Cedido por la Universidad de Jaén.

- *Material fungible (bolígrafos, folios, etc.)*: 20 €

Coste total:

Personales: 1260 euros.

Materiales: 380 euros

Total: 1640 euros aproximadamente.

Financiación:

Para poder cubrir los costes anteriormente descritos, nos ayudaríamos de las distintas financiaciones disponibles. Por un lado, la obtenida por las subvenciones de entidades públicas, como la junta de Andalucía, y, por otro lado, aquellas que proceden de distintas empresas privadas.

6. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a Dña. Encarnación Ramírez Fernández, profesora del área de psicología básica y a Dña. Ana Raquel Ortega, profesora del área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de Jaén, por su paciencia, dedicación, compromiso y disponibilidad para la elaboración del presente estudio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A., Minshawi, N., & Erickson, C. (2014). Evolution of Autism: From Kanner to the DSM-V. En J. Tarbox, *Early Intervention for Autism Spectrum Disorders* (págs. 3-20). New York: Springer.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beaudoin, A. J., Sébire, G., & Couture, M. (2014). Parent Training Interventions for Toddlers with Autism Spectrum Disorder. *Autism Res Treat*.
- Bueno-Hernández, A., Cárdenas-Gutiérrez, M., Zamalloa, M. P., & Silva-Mathews, Z. (2012). Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista. *Enfermería Herediana*, 26-36.
- Carr, T., & Lord, C. (2016). A pilot study promoting participation of families with limited resources in early autism intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 87–96.
- Costa-Caminha, R., & Lampreia, C. (2012). Findings on sensory deficits in autism: implications for understanding the disorder. *Psychology & Neuroscience*, 231 - 237.
- Da-Paz, N., & Wallander, J. L. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 1-14.
- Delfos, M., & Groot, N. (2016). *Autismo desde una perspectiva de desarrollo*. PICOWO.
- Distéfano, M. J. (2015). Tecnología positiva. El uso de la tecnología para mejorar el bienestar. *Psicodebate*, 93-112.
- Flores, E. S. (2014). Comunicándome Sin Barrera: El Proceso Comunicativo de los Niños Autistas. *Revista Paradigma estudiantil*, 94-96.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., . . . Palacios, S. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 425-438.
- García-Gómez, A., López-Risco, M., Rubio, J. C., Guerrero, E., & García-Peña, I. M. (2014). Efectos de un programa de equitación adaptada y terapéutica en un grupo de niños con Trastorno del Espectro Autista. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 107-128.
- Gloffka-Wilmans, G. (2010). El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa. En *Actualizaciones en psicoterapia integrativa* (págs. 89-119).
- Herrera, G., Alcantud, F., Jordan, R., Blanquer, A., & Labajo, G. (2008). Development of symbolic play through the use of virtual reality tools in children with autistic spectrum disorders. *SAGE Publications and the Nacional Autistic Society*, 143–157.
- Hobson, P. (2000). El niño pequeño con autismo. En A. Rivière, & J. Martos, *El niño pequeño con autismo* (págs. 23-36).
- Huertas, J. A. (2012). Los efectos de los afectos en la motivación y la autorregulación. *Prensa Médica Latinoamericana*, 45-55.
- Martínez, Á. C. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 111-121.

- Miguel, A. M. (2006). El mundo de las emociones en los autistas. *Revista Electrónica Teoría de la Educación.*, 169-183.
- Miyajima, M., Omiya, H., Yamashita, K., Miyata, T., Yambe, K., Matsui, M., & Denda, K. (2016). The effects of cognitive remediation therapy using the frontal/executive program for autism spectrum disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 223–235.
- Nolla, M. C., Queral, R., & Miró, J. (2014). Las escalas panas de afecto positivo y negativo: Nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15-21.
- Olivar, J.-S., & Iglesia-Gutiérrez, M. d. (2011). Trastorno de asperger y trastorno del Espectro del Autismo: De la clarificación diagnóstica a la intervención en contextos naturales. *Behavioral Psychology*, 643-658.
- Omar, A., Salessi, S., Urteaga, F., & Vaamonde, J. D. (2014). Validación transcultural de la Escala de Inteligencia Emocional de Schutte. *Divers.: Perspect. Psicol.*, 261-274.
- Patil, I., Melsbach, J., Hennig-Fast, K., & Silani, G. (2016). Divergent roles of autistic and. *Scientific reports*, 1-15.
- Paz, M. J. (2006). Juego de ficción: aplicación de un programa de intervención en autismo. *Psicothema*, 9-17.
- Sandín, Bonifacio; Chorot, Paloma; Lostao, Lourdes; Joiner, Thomas; Santed, Miguel; Valiente, Rosa. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 37-51.
- Suárez, F., Mata, B., & Peralbo, M. (2015). Valoración de un programa de intervención para niños con TEA basado en las TIC. *Revista de estudios e investigación*.
- Tirapu-Ustároz, J. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 479-489.
- Ugarriza, N., & Pajares, L. (2005). La evaluación de la Inteligencia Emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes . *Persona* 8, 11-58.
- Williams, B., Gray, K. M., & Tonge, B. J. (2012). Teaching emotion recognition skills to young children with autism: A randomised controlled trial of an emotion training programme. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1268-1276.

8. ANEXOS

8.1. Anexo I. Inventario Emocional de BarOn ICE

Nombre : _____ Edad : _____ Sexo : _____
Colegio : _____ Estatal () Particular ()
Grado : _____ Fecha : _____

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - COMPLETA

Adaptado por
Nelly Ugarriza Chávez
Liz Pajares del Águila

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES. Elige una, y solo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1. Me gusta divertirme.	1	2	3	4
2. Soy muy bueno (a) para comprender cómo la gente se siente.	1	2	3	4
3. Puedo mantener la calma cuando estoy molesto.	1	2	3	4
4. Soy feliz.	1	2	3	4
5. Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
6. Me es difícil controlar mi cólera.	1	2	3	4
7. Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
8. Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
9. Me siento seguro (a) de mí mismo (a).	1	2	3	4
10. Sé cómo se sienten las personas.	1	2	3	4
11. Sé cómo mantenerme tranquilo (a).	1	2	3	4
12. Intento usar diferentes formas de responder las preguntas difíciles.	1	2	3	4
13. Pienso que las cosas que hago salen bien.	1	2	3	4
14. Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
15. Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
16. Es fácil para mí comprender las cosas nuevas.	1	2	3	4
17. Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
18. Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
19. Espero lo mejor.	1	2	3	4
20. Tener amigos es importante.	1	2	3	4

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
21. Peleo con la gente.	1	2	3	4
22. Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
23. Me agrada sonreír.	1	2	3	4
24. Intento no herir los sentimientos de las personas.	1	2	3	4
25. No me doy por vencido (a) ante un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	4
26. Tengo mal genio.	1	2	3	4
27. Nada me molesta.	1	2	3	4
28. Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
29. Sé que las cosas saldrán bien.	1	2	3	4
30. Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
31. Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
32. Sé cómo divertirme.	1	2	3	4
33. Debo decir siempre la verdad.	1	2	3	4
34. Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
35. Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
36. Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4
37. No me siento muy feliz.	1	2	3	4
38. Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
39. Demoro en molestarme.	1	2	3	4
40. Me siento bien conmigo mismo (a).	1	2	3	4
41. Hago amigos fácilmente.	1	2	3	4
42. Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
43. Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
44. Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
45. Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
46. Cuando estoy molesto (a) con alguien, me siento molesto (a) por mucho tiempo.	1	2	3	4
47. Me siento feliz con la clase de persona que soy.	1	2	3	4
48. Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
49. Para mí es difícil esperar mi turno.	1	2	3	4
50. Me divierte las cosas que hago.	1	2	3	4
51. Me agradan mis amigos.	1	2	3	4
52. No tengo días malos.	1	2	3	4
53. Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
54. Me disgusto fácilmente.	1	2	3	4
55. Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
56. Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4
57. Aun cuando las cosas sean difíciles, no me doy por vencido	1	2	3	4
58. Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
59. Sé cuándo la gente está molesta aun cuando no dicen nada	1	2	3	4
60. Me gusta la forma como me veo.	1	2	3	4

8.2.Anexo II. “El mundo de las Emociones”.



Imagen 2. Portada del juego (Elaboración propia).



Imagen 3. Introducción de las emociones (Elaboración propia)



Imagen 4. Características faciales de la emoción (Elaboración propia).

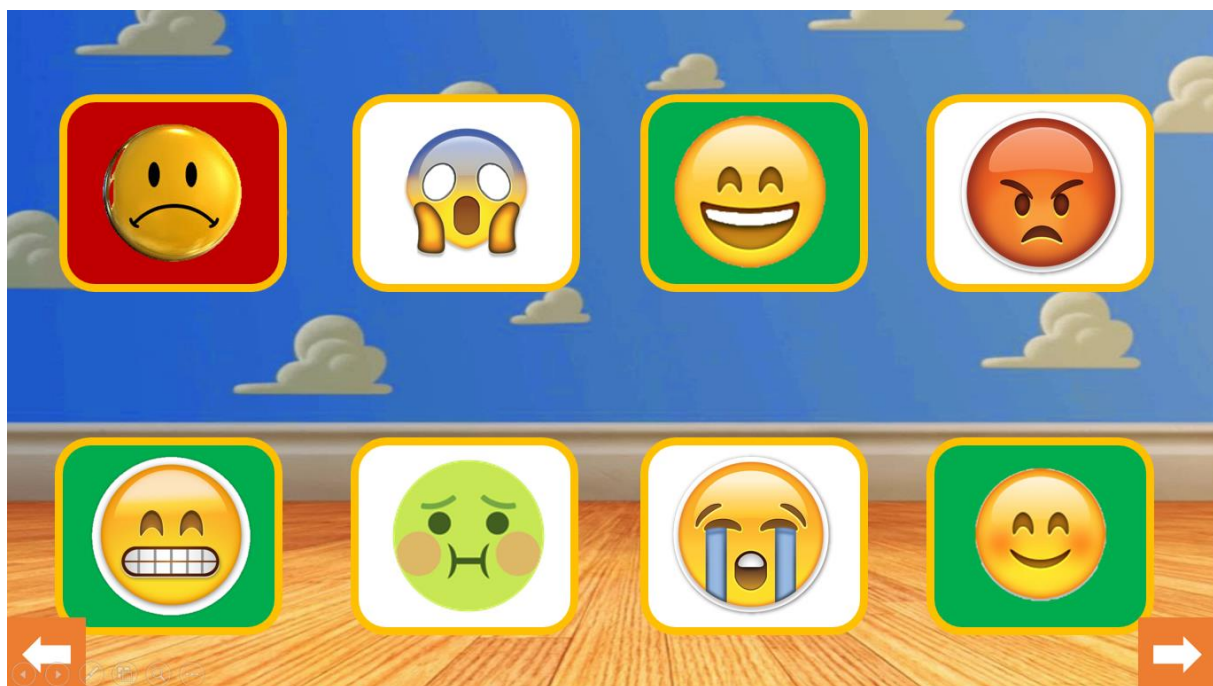


Imagen 5. Selección de la emoción "Alegría" mediante emoticonos (Elaboración propia).

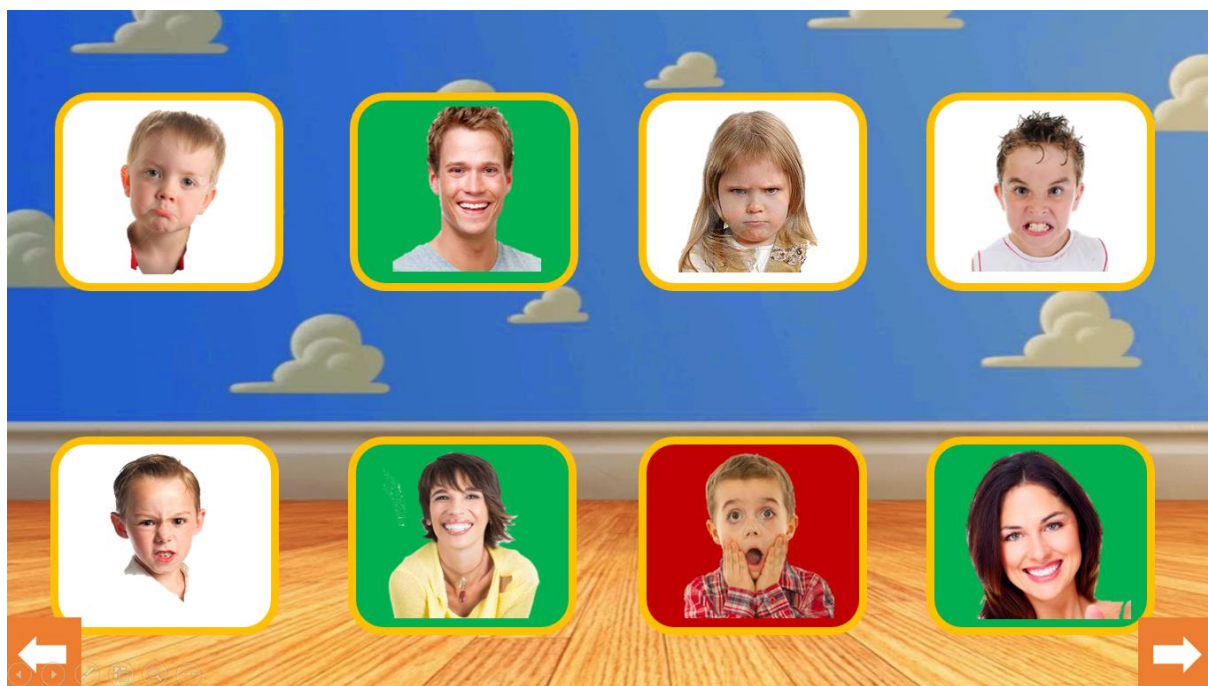


Imagen 6. Elección de la emoción “Alegría” mediante fotos reales (Elaboración propia).

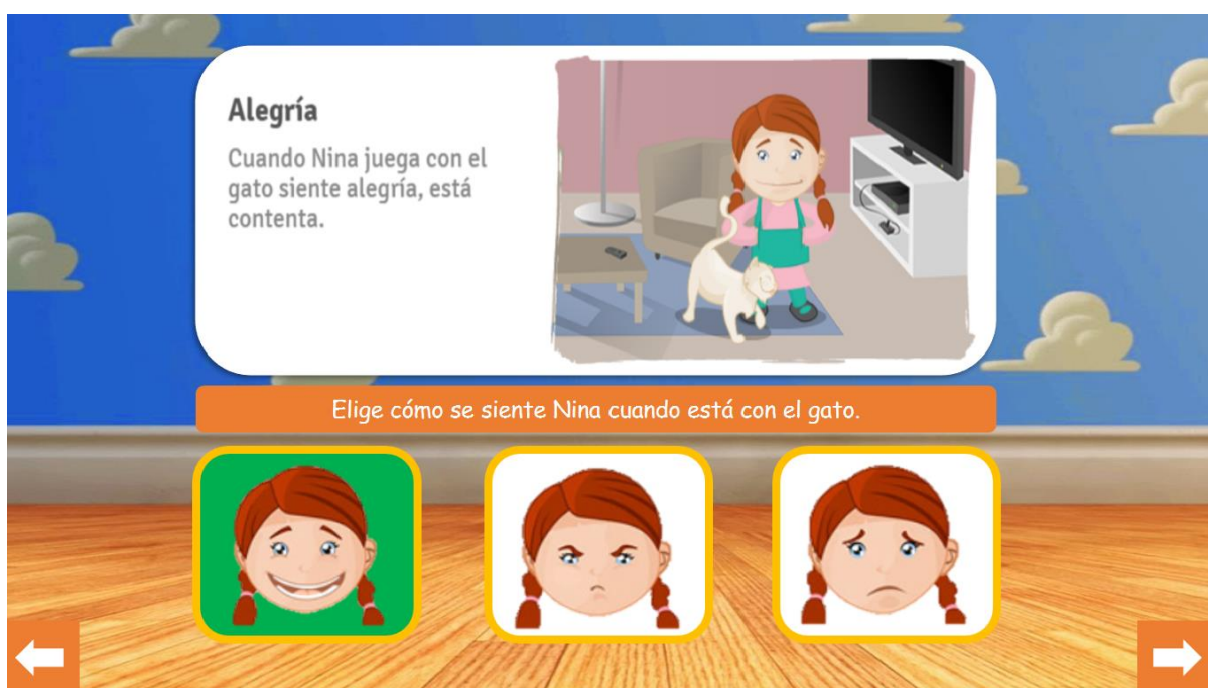


Imagen 7. Elección de la emoción “Alegría” en un contexto (Elaboración propia).