



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ComunicaTEA:

Programa de intervención para mejorar las habilidades sociales en niños con Trastorno del Espectro Autista: comunicación e interacción social

CommunicaTEA:

Intervention program to improve social skills in children with Autism Spectrum Disorder: communication and social interaction

Autor/es

Vera Gimeno Torrijos

Director/es

Sandra Arnáez Sampedro

Grado en psicología

2023



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	3
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Método	11
Participantes	11
Instrumentos	12
Procedimiento	12
Diseño	13
Sesiones	13
Recursos	15
Recursos humanos	15
Recursos materiales	15
Análisis estadísticos	16
Discusión	16
Limitaciones	18
Conclusiones	19
Referencias	20
Anexo	23
Anexo 1: explicación de las sesiones	23

Resumen

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista implica alteraciones y deficiencias en la comunicación social y en la conducta prosocial de los pacientes a los que se les diagnostica, siendo más importante abordar estas deficiencias en la infancia.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es desarrollar un programa de intervención para mejorar la conducta prosocial de los niños con TEA, y conseguir mejorar su interacción y comunicación social.

Método: La muestra del estudio se compone de 10 niños/as que tengan entre 6 y 11 años de edad con diagnóstico de TEA. El instrumento de evaluación que se utilizará será la Social Responsiveness Scale.

Resultados: Se espera que el programa propuesto mejore la conciencia social, la cognición social, la comunicación social y la motivación social.

Discusión: Es importante atender a las dificultades en la conducta prosocial en el TEA, dado su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: autismo infantil, habilidades sociales, comunicación social, teoría de la mente, relaciones sociales.

Abstract

Introduction: Autism Spectrum Disorder implies alterations and deficiencies in social communication and in the prosocial behavior of patients who are diagnosed, it being more important to address these deficiencies in childhood.

Aim: The aim of this program is to develop an intervention program to improve the prosocial behavior of children with ASD, and to improve their interaction and social communication.

Method: The study sample is made up of 10 children between the ages of 6 and 11 with a diagnosis of ASD. The evaluation instrument to be used will be the Social Responsiveness Scale.

Results: The proposed program is expected to improve social awareness, social cognition, social communication, and social motivation.

Discussion: It is important to address difficulties in prosocial behavior in ASD, given its impact on the quality of life of patients.

Keywords: childhood autism, social skills, social communication, theory of mind, social relationships.

Fundamentación teórica

El Trastorno del Espectro Autista (TEA en adelante), es un trastorno mental incluido en la categoría diagnóstica de trastornos del neurodesarrollo del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). Según el DSM-5, este trastorno incluye dos criterios diagnósticos principales: dificultades en la comunicación y en la interacción social en diferentes hábitos, como deficiencias en la reciprocidad emocional, en el interés compartido, en las conductas sociales no verbales y en la comprensión de las relaciones, así como en el mantenimiento de estas; y, modelos restrictivos y repetitivos del comportamiento, como insistencia en la monotonía, comportamientos estereotipados, intereses restringidos e hiper o hiporreactividad a ciertos estímulos (APA, 2014). Así mismo, en el diagnóstico de TEA es necesario especificar si es 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 conocido, asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento o con catatonia (APA, 2014). Los criterios diagnósticos para el TEA según el DSM-5 se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TEA según el DSM-5.

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, 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.

Especificar la gravedad actual: **La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en 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).

Especificar la gravedad actual: **La gravedad se basa en 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.

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

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento

(Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía

Los signos de este trastorno se empiezan a observar en las primeras etapas del desarrollo, sobre el segundo año de vida del niño. Sin embargo, si las deficiencias en el desarrollo son graves, estas se pueden observar antes de los 12 meses de vida (APA, 2014). Los primeros signos que se pueden observar son comportamientos o intereses enfocados, dificultades sensoriales y sociales, crisis nerviosas, síntomas típicos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la disgrafía (trastornos por los que se confunde el diagnóstico del TEA), falta de regresiones en el habla y dificultades en la coordinación (Smith et al., 2023).

Los primeros en identificar los signos del TEA son los profesores, ya que son los que pasan más tiempo con ellos en el ámbito académico y social. Además, según ciertos testimonios, los padres identifican mejor los signos del TEA en su segundo hijo que en el primero. Esto puede ser debido a la comparación de desarrollos entre hijos (Smith et al., 2023).

La prevalencia del TEA es del 1% de la población. La mayoría de los casos se detectan en el servicio de atención temprana. El aumento de los casos diagnósticos de este trastorno no se sabe si se debe a la especificación de los criterios del DSM-5, la concienciación, el cambio de los métodos de diagnóstico o que realmente han aumentado (APA, 2014).

El área de la comunicación y de la interacción social en el trastorno del espectro autista se ha remarcado como la que más dificulta la calidad de vida de los niños con TEA y es el signo determinante para su diagnóstico (Kroeger et al., 2007). Mejorar la calidad de vida

de las personas con TEA es el objetivo de cualquier programa de intervención, por eso hay que centrarse en esta área en concreto.

El mundo social no se produce de forma espontánea en las personas con autismo. De hecho, las dificultades que presentan en el área social provocan soledad y ansiedad social, al igual que ansiedad y depresión (Baixauli-Fortea et al., 2017). Se estima que el 20%-50% de las personas con autismo sufren depresión y ansiedad, lo que se ha relacionado con la disminución de la calidad de vida de las personas con autismo. La ansiedad está ligada al aumento de síntomas físicos, como el dolor de estómago, y la depresión con una baja satisfacción vital, más dificultades sociales y una baja adaptabilidad a la vida adulta. La calidad de vida de las personas con TEA depende de su salud mental, la cual está relacionada con la interacción social (Oakley et al., 2021).

Los niños con autismo también presentan dificultades al realizar inferencias en los estados de ánimo del resto de personas, lo que se conoce como teoría de la mente. La teoría de la mente se refiere a la capacidad de comprender y atribuir estados mentales, como creencias, deseos e intenciones, a uno mismo y a los demás, permitiendo así la comprensión de las acciones y comportamientos de las personas (Baron-Cohen et al., 1985). En el caso de los niños con autismo, existe una dificultad en el desarrollo de la teoría de la mente, lo que se conoce como "déficit de teoría de la mente". Esta dificultad en la teoría de la mente puede afectar su capacidad para comprender el mundo social y establecer relaciones sociales satisfactorias.

Además del déficit en la teoría de la mente, los niños con autismo también pueden presentar dificultades en la empatía social, que es la capacidad de comprender y compartir las emociones de los demás (Dziobek et al., 2008). La empatía social implica ponerse en el lugar de los demás y comprender sus estados emocionales. Algunos estudios han encontrado que los niños con autismo pueden mostrar dificultades en la empatía emocional y cognitiva, lo

que dificulta su capacidad para responder de manera adecuada a las emociones y necesidades de los demás (Rogers et al., 2007).

Es importante destacar que no todos los niños con autismo presentan los mismos niveles de déficit en la teoría de la mente y la empatía social, ya que existe una variabilidad significativa en el espectro autista. Algunos niños pueden mostrar ciertas habilidades de teoría de la mente y empatía social, aunque de manera limitada, mientras que otros pueden presentar un déficit más pronunciado (Rogers et al., 2007).

Los programas de intervención en habilidades sociales para niños autistas tienen una gran importancia en el desarrollo social de estos niños. Si no llegan a desenvolverse en el mundo social pueden tener consecuencias, como aislamiento social, baja autoestima, dificultades académicas o problemas de comunicación, entre otros. En un estudio realizado por DeRosier y colaboradores (2010) se evaluó la efectividad de una nueva intervención llamada Social Skills Group Intervention-High Functioning Autism (SSGRIN-HFA) para mejorar las habilidades sociales en niños con trastornos del espectro autista. Los participantes fueron un total de cincuenta y cinco niños, siendo asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento SSGRIN-HFA ($n = 27$) o al grupo control que recibió la intervención tradicional SSGRIN ($n = 28$). Al analizar los cambios en el funcionamiento social, se encontró que los niños que participaron en SSGRIN-HFA mostraron un mayor dominio significativo de las habilidades sociales en comparación con los niños del grupo control. Los padres de los participantes en el grupo SSGRIN-HFA informaron una mayor sensación de autoeficacia social, mientras que los padres de los participantes en el grupo control informaron de una disminución.

Un ejemplo de intervención en niños con TEA que ha resultado eficaz es la terapia asistida con animales. Esta consiste en promocionar un vínculo entre animal y paciente con el objetivo de obtener un desarrollo en las habilidades que se pretenden mejorar. En el caso de

los pacientes infantiles con TEA, pocos estudios habían puesto a prueba esta terapia con este tipo de sujetos, pero, según un estudio realizado por Ávila y colaboradores (2020), se ha demostrado que es eficaz para los pacientes con esta patología.

En este estudio, se realizó una intervención temprana focalizada en el uso de perros de terapia para comprobar su impacto en las habilidades de comunicación e interacción social en un grupo de 19 niños con TEA. Los resultados reflejaron que la puntuación de la escala de *Assessment of Communication and Interaction Skills* (ACIS), mejoraron de manera significativa al comparar medidas pre y post, así como los resultados del instrumento *Animal-assisted Therapy Flow Sheets*, que aumentaron en la mayoría de los ítems de frecuencia de las relaciones entre niño-perro-terapeuta tras la intervención de los perros de terapia. Estos resultados demostraron que la intervención asistida con animales mejora la comunicación social en niños con TEA (Ávila et al., 2020).

Otros estudios también han puesto de manifiesto la importancia de trabajar una intervención, de cualquier ámbito, en los niños con TEA. En el estudio realizado por Kasari y colaboradores (2013) se demuestra, con evidencias, que una intervención en el ámbito escolar en niños con TEA favorece una mejora en los resultados educativos y sociales de los niños.

Otro ejemplo es el estudio de Goldingay y colaboradores (2015), en el que tras la aplicación de un programa de intervención para mejorar la participación social de los adolescentes se descubrió que este programa aumentaba la empatía y la cooperación de los participantes, así como su pensamiento flexible.

Esto demuestra que es importante crear programas de intervención en habilidades sociales para niños con TEA y ponerlos a prueba, ya que pueden suponer un avance en este ámbito para estos niños y prevenir consecuencias futuras.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de este proyecto es la intervención en las conductas prosociales en los niños que padecen trastorno del espectro autista para que se consiga una mejora en interacción y en la comunicación social.

Objetivos específicos

- Adquirir consciencia sobre sus dificultades en la comunicación social.
- Ayudar a mejorar las relaciones con otros niños, con o sin TEA.
- Trabajar la empatía social.
- Trabajar la teoría de la mente.
- Aumentar la comunicación e interacción social.
- Promover la creatividad y el pensamiento flexible.
- Trabajar con el entorno.

Método

Participantes

La muestra del estudio estará compuesta por 10 niños/as, con edades comprendidas entre los 6 y los 11 años de edad, y con un diagnóstico de TEA realizado por profesionales de la salud. Así mismo, se trabajará en estrecha colaboración con los familiares y/o allegados de los niños/as con TEA. Los criterios de inclusión en el estudio serán: (1) tener un diagnóstico de TEA, y 2) tener entre 6 y 11 años de edad. El criterio de exclusión será que los participantes no hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.

Instrumentos

Social Responsiveness Scale, 2nd Edition (SRS-2; Constantino y Gruber, 2012). Esta escala determina la presencia y la gravedad del deterioro social en niños que padecen trastorno del espectro autista comprendidos entre los 2 y los 18 años. aproximadamente. Se trata de una escala que consta de 65 ítems y se administra a los padres o cuidadores del niño, con una duración de 15-20 minutos, aproximadamente. El enfoque principal de la escala es evaluar la capacidad del niño para participar en interacciones sociales y comunicativas recíprocas y emocionalmente adecuadas. Además, se valora en cinco áreas de tratamiento, que incluyen la conciencia social, la cognición social, la comunicación social, la motivación social y las preocupaciones relacionadas con el autismo.

Procedimiento

Para el reclutamiento de los participantes, se contactará con el/la Coordinador/a del Área de Salud Mental del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y se le proporcionará un dossier con información detallada acerca del programa de intervención. Tras contar con el V.º B.º del Coordinador/a del Área de Salud Mental procederemos a contactar con las familias interesadas en participar en el programa, para informarles de las características del mismo. Los familiares de los niños que participen en el programa completarán la escala SRS-2 en dos momentos temporales: antes y después de que los niños/as con TEA reciban la intervención. Las sesiones tendrán lugar en una sala dedicada a la psicomotricidad proporcionada por el hospital, una sala espaciosa, sin obstáculos para permitir una movilidad segura y con un espejo unidireccional. El programa se implementará una vez se cuente con la aprobación del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y Comité de Ética de la Investigación de la

Comunidad de Aragón (CEICA). Es necesario que todos los tutores legales de los participantes firmen el consentimiento informado para poder participar en la investigación.

Diseño

La investigación constará de un diseño experimental con medida pre y post tratamiento. La variable independiente será la intervención aplicada. Las variables dependientes serán las puntuaciones de las diferentes subescalas de la escala SRS-2.

Sesiones

El programa se compondrá de 15 sesiones de 45 minutos de duración cada una, que se realizarán dos veces por semana, y tendrán una duración total de 8 semanas. Las sesiones, con sus respectivos objetivos, temas y contenidos a tratar, se muestran en la Tabla 2. La explicación de estas está en el Anexo 1.

Tabla 2. Distribución de las sesiones

SESIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Sesión 1	Dar a conocer el programa a los familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa de intervención en detalle. - Aplicación del cuestionario de evaluación.
Sesión 2	Promover un buen ambiente durante las sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación entre los niños - Escoger fotos de los niños y presentarse unos a otros - Hacer lo mismo con los profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Asamblea
Sesión 3	Promover la creatividad y el pensamiento flexible	<ul style="list-style-type: none"> - Juegos estáticos “¿Para qué puede servir?” - Juegos de formas con plastilina

Sesión 4-5	Trabajar la empatía social	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar las emociones básicas - Identificar las emociones básicas y trabajar con ellas: pictogramas, imágenes reales - Representación de las emociones <ul style="list-style-type: none"> - Autoreconocimiento - Enseñar cómo deben comportarse en determinadas situaciones - Dar estrategias para ayudar a los compañeros con sus emociones
Sesión 6-7	Trabajar la teoría de la mente	<ul style="list-style-type: none"> - Juegos de perspectivas - Juegos de inferencias: la caja - Actividades de teoría de la falsa creencia <ul style="list-style-type: none"> - Juegos de mesa
Sesión 8-9	Ayudar a mejorar las relaciones con otros niños desconocidos	<ul style="list-style-type: none"> - Juegos en equipo - Grabación de un vídeo mientras juegan
Sesión 10	Adquirir consciencia sobre sus dificultades en la comunicación social	<ul style="list-style-type: none"> - Visionado del vídeo - Dar consejos y pautas sobre cómo mejorar algunas actitudes que presentan
Sesión 11-12-13	Aumentar la comunicación e interacción social	<ul style="list-style-type: none"> -Terapia asistida con animales -Hacer música de manera conjunta -Representación de la obra a los familiares
Sesión 14	Trabajar con el entorno y despedida	<ul style="list-style-type: none"> -Enseñar técnicas para tratar con niños con TEA para familiares mediante una presentación -Pasar test de evaluación -Mesa redonda de planteamiento y respuesta de dudas
Sesión 15	Conclusiones individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback individualizado por parte de los profesionales - Hacer saber que estamos a su disposición cuando lo necesiten

Recursos

Recursos humanos

Los recursos humanos van a estar basados en dos psicólogas o psicólogos que estén especializados en intervención con niños con TEA y conozcan correctamente cuáles son las conductas sociales en este tipo de trastorno y las consecuencias que pueden tener. Su función será guiar y ayudar en el desarrollo de las actividades propuestas.

El sueldo de los profesionales va a ser de 1000€ por profesional al mes. El programa cuenta con 8 semanas, siendo la primera destinada a explicar en qué consiste el programa y la segunda para promover un buen ambiente de trabajo. Por lo tanto, los sueldos totales de los profesionales que trabajarán en el programa serán de 2000€ al mes, es decir, 4000€ en total durante el programa.

El gasto total en recursos humanos será, por tanto, de 4000€.

Las personas que van a participar en este programa no van a pagar nada por beneficiarse de él, ya que es ofrecido por una organización sin ánimo de lucro, con el objetivo de comprobar si el presente programa de intervención es de utilidad y si es viable llevarlo a cabo.

Recursos materiales

Dentro de los recursos materiales que se van a necesitar se encuentran un aula espaciosa con una pared llena de espejos, que debe estar disponible el tiempo que dure el programa, juguetes, objetos de construcción y otros objetos varios, así como una alfombra para las asambleas, un ordenador y una pantalla para proyectar las presentaciones PowerPoint.

Análisis estadísticos

El análisis estadístico de los datos se llevará a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS (Versión 27) (IBM, 2020). Se realizarán estadísticos descriptivos y una prueba t de medidas repetidas para evaluar la eficacia del tratamiento. Se calculará el tamaño del efecto mediante el estadístico d de Cohen.

Los resultados del estudio mostrarán diferencias estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas ($p \leq .05$). Los resultados pondrán de manifiesto que después de haber realizado la intervención los participantes mostrarán una mejora significativa en su comunicación e interacción social. Concretamente, se observará un aumento estadísticamente significativo de la conciencia social, la cognición social, la comunicación social y la motivación social.

Discusión

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un programa de intervención para mejorar la comunicación e interacción social de los pacientes con TEA.

Los hallazgos de nuestro estudio ponen de manifiesto que la intervención desarrollada es eficaz para mejorar la competencia social de los/las niños/as con TEA.

Al finalizar la aplicación de este programa de intervención se espera que los participantes hayan mejorado, en la medida de lo posible y de sus capacidades personales, la manera en la que se relacionan con los demás niños, con o sin TEA, sean capaces de entender otros puntos de vista y de comprender las diferentes emociones en ellos y en los demás, así como aprender qué conductas sociales son adecuadas para cada situación a la que se enfrenten.

A su vez, se espera que sean capaces de disfrutar de las relaciones sociales y de verlas como algo divertido en vez de verlas como algo en lo que pueden fracasar. Se pretende que sepan cuáles son sus limitaciones y desarrollen sus habilidades sociales de la mejor manera posible. Esperamos que se despreocupen de si lo están haciendo bien y que las relaciones sociales comiencen a aflorar de ellos de manera espontánea, a medida que se van desarrollando y que va creciendo su círculo de amistades. Queremos que aprendan a comprender las emociones propias y de otros para poder tener mejores relaciones con los que les rodean.

Además, se pretende que cada uno de los usuarios tengan una vida social plena y sean capaces de superar los obstáculos e inconvenientes sociales a los que se van a enfrentar a lo largo de su vida, sin que dejen su motivación social.

Por un lado, los resultados que se obtengan, esperamos que muestren que el programa mejora la conciencia social de los pacientes con TEA, de forma que estos pueden aumentar su capacidad para captar las señales sociales y los aspectos sensoriales del comportamiento social recíproco. Estos resultados se espera que sean congruentes con el estudio de Laugeson y colaboradores (2015) que encontraron que, al aplicar un programa de intervención para mejorar las habilidades sociales en jóvenes adultos con TEA, había una mejora significativa en estas habilidades, destacando la iniciación y el mantenimiento de conversaciones, de las amistades y la resolución de problemas, demostrando así, además, una mejora en la motivación social.

Se espera que el presente programa sea una manera eficaz de mejorar otras características sociales y comunicativas de los niños con TEA y que estas mejoras se reflejen en los resultados que se obtendrán tras medir el programa con SRS-2. Por ello, se pretende obtener buenas puntuaciones en subescalas de la SRS-2, como en la cognición social, que se espera que los resultados sean congruentes con el estudio de Begeer y colaboradores (2015)

en el que pusieron en marcha un programa de intervención centrado en la Teoría de la Mente que mostró efecto positivo en la comprensión de la Teoría de la Mente y la comprensión social conceptual.

En el estudio de Wetherby y Woods (2006) se puso en marcha un proyecto llamado Proyecto de Interacción Social Temprana, el cual fue diseñado como medida de intervención implementada por los padres. Los participantes fueron un grupo de 17 niños de 2 años de edad. Los resultados que se obtuvieron mostraron que hubo una mejoría en la comunicación social comparando medidas pre y post. Se espera que los resultados que se obtengan en la subescala de comunicación social de la SRS-2 sean congruentes con los obtenidos en este estudio.

Limitaciones

Las limitaciones con las que es posible encontrarse a la hora de la interpretación de los resultados futuros de este programa son variadas. Una de ellas es la variabilidad en las necesidades individuales de cada participante. Como indica su nombre, el TEA ofrece un amplio espectro, lo que da lugar a que cada individuo que posee TEA tiene necesidades y habilidades comunicativas únicas y diferentes. Esta variabilidad puede plantear desafíos al momento de diseñar un programa de intervención efectivo para todos los niños, ya que es necesario ajustar las estrategias y enfoques de acuerdo a las necesidades únicas de cada persona (Mulas et al., 2010).

Otra limitación importante es la necesidad de colaboración familiar y apoyo continuo, ya que implica un esfuerzo conjunto que involucra a los padres, cuidadores y demás miembros de la familia. Si el programa dificulta su participación o si estos no están dispuestos a colaborar, el desarrollo del niño durante el programa se puede ver afectado, alterando así los resultados obtenidos.

Por último, una limitación que hay que tener en cuenta es que la escala de medida de los resultados no se adecúe o no mida lo que se pretende medir en este estudio. La SRS-2 se ha demostrado que es una medida eficaz para medir los rasgos y comportamientos asociados al TEA y proporciona una medida global de estos rasgos, pero han sido pocos los programas de intervención que la han empleado como medida de evaluación de un programa.

Conclusiones

Como se ha demostrado en varios estudios, mencionados anteriormente, es necesario implementar una intervención a nivel de habilidades sociales para el tratamiento integral del TEA, ya que es una de las principales características de este trastorno y, si no se soluciona, puede arrastrarse durante todo el ciclo vital, sobre todo en la adultez, que es donde se hace más notable. Debido a ello, es necesario intervenir en la infancia, ya que es la etapa en la que se crean los patrones de habilidades sociales que se utilizan a lo largo de la vida.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a edición). Arlington, Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Ávila, A., Alonso, M., De-Rosende, I., Vizcaíno, M., Larrañeta, L., & Torres, G. (2020). Improving social participation of children with autism spectrum disorder: Pilot testing of an early animal-assisted intervention in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 28(4), 1220-1229. <https://doi.org/10.1111/hsc.12955>
- Baixauli-Fortea, I., Roselló-Miranda, B., Berenguer-Forner, C., Colomer-Diago, C., & Grau-Sevilla, M. D. (2017). Intervenciones para promover la comunicación social en niños con trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 64(1), 39-44. <https://doi.org/10.33588/rn.64S01.2017013>
- Baron-Cohen, S. (1989). Perceptual role-taking and proto-declarative pointing in autism. *British Journal of Developmental Psychology*, 7(2), 113-127. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1989.tb00793.x>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Begeer, S., Howlin, P., Hoddenbach, E., Clauser, C., Lindauer, R., & Clifford, P. (2015). Effects and moderators of a short theory of mind intervention for children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Autism Research*, 8(6), 738-748. <https://doi.org/10.1002/aur.1489>
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). Social responsiveness scale: SRS-2 (p. 106). Torrance, CA: Western psychological services.
- DeRosier, M., Swick, D., Davis, N. et al. (2011). The efficacy of a social skills group intervention for improving social behaviors in children with high functioning autism

spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41, 1033–1043.

<https://doi.org/10.1007/s10803-010-1128-2>

Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T., & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 464-473. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1128-2>

Germone, M., Gabriels, R., Guérin, N., Pan, Z., Banks, T., & O’Haire, M. (2019). Animal-assisted activity improves social behaviors in psychiatrically hospitalized youth with autism. *Autism*, 23(7), 1740-1751. <https://doi.org/10.1177/1362361319827411>

Kroeger, K. A., Schultz, J. R., & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 808-817. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0207-x>

Laugeson, E. A., Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K., & Ellingsen, R. (2015). A randomized controlled trial to improve social skills in young adults with autism spectrum disorder: The UCLA PEERS program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3978-3989. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2504-8>

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de neurología*, 50(3), 77-84. <https://doi.org/10.33588/rn.50S03.2009767>

Oakley, B. F., Tillmann, J., Ahmad, J., Crawley, D., San José Cáceres, A., Holt, R. & Loth, E. (2021). How do core autism traits and associated symptoms relate to quality of life? Findings from the Longitudinal European Autism Project. *Autism*, 25(2), 389-404. <https://doi.org/10.1177/1362361320959959>

Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Who cares?

Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(4), 709-715. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0197-8>

Smith, H., Black, M. H., Thompson, C., Falkmer, M., Falkmer, T., Girdler, S., & Milbourn,

B. (2023). Exploration of caregiver experiences of reported first signs of Autism. *Child: Care, Health and Development*. <https://doi.org/10.1111/cch.13096>

Wetherby, Amy & Woods, Juliann. (2006). Early Social Interaction Project for Children With

Autism Spectrum Disorders Beginning in the Second Year of Life: A Preliminary Study. *Topics in Early Childhood Special Education*. 26, 67-82.

<https://doi.org/10.1177/02711214060260020201>

Anexo

Anexo 1: explicación de las sesiones

Sesión 1. Dar a conocer el programa

El objetivo de la primera sesión es que, tanto los niños como los padres, comprendan el programa y sean conocedores de cómo se va a llevar a cabo. Por otro lado, se presentará a los profesionales de forma breve y explicarán su papel en este programa.

Comenzaremos la sesión expresando a los participantes y a sus familiares en qué consiste el programa mediante una presentación de PowerPoint. Se les comentará el porqué de la realización de este programa, las consecuencias que tendrá para el futuro y las causas por la que hay que intervenir en esta área en niños con TEA.

Posteriormente, los padres de los/las niños/as completarán la escala SRS-2 para evaluar el nivel de conducta social de los/las niños/as que participan en el programa.

Antes de finalizar la sesión se dejará unos minutos para que los padres y los niños puedan comentar sus inquietudes, sus dudas, sus expectativas en el programa, etc.

Sesión 2. ¡Conozcámonos!

En esta sesión, el objetivo que planteamos es que los niños se conozcan entre ellos para promover un buen ambiente de grupo durante las próximas sesiones. Para ello, formaremos un círculo con todos los niños, nos sentaremos y cada uno tendrá que decir su nombre y una cosa que le gusta.

A continuación, pondremos las fotos de todos los participantes y de los profesionales en una mesa y pediremos que escojan una foto, se acerquen a la persona, se saluden sacudiendo la mano en el aire (ver Figura 1) y repitan lo que les gusta a ellos y al otro. Este ejercicio se repetirá las veces que sean necesarias para que todos los niños y profesionales hayan saludado a todos los integrantes de la sala.

Finalmente, volveremos a formar un semicírculo y se presentarán los profesionales de una manera más formal explicando cuál es su función.

Figura 1. Mano saludando



Sesión 3. ¡Volvámonos creativos!

El objetivo de esta sesión es desarrollar la creatividad y la flexibilidad de pensamiento de los niños con TEA. Aunque estas características pertenecen al criterio B del DSM-5 del Trastorno del Espectro Autista, también afectan a la comunicación social. Por ello, nos parece interesante trabajarlas.

Se les presentarán varios objetos, tanto conocidos para ellos como no conocidos, y tendrán que decir su función principal y otras funciones no convencionales que se les podría asignar. Por ejemplo: un cazo sirve para echar la sopa en el plato, pero también puede servir para regar las plantas, para cavar en la tierra o para cazar moscas. Este ejercicio se realizará sentados en el suelo en forma de semicírculo.

Durante el tiempo restante, se sentarán en unas mesas dónde les pondremos plastilina para que construyan de manera libre. Las únicas directrices que proporcionaremos serán que se diviertan y que dejen volar su imaginación. Al acabar la sesión pondremos en un mostrador todas las figuras que hayan realizado.

Sesiones 4 y 5. ¡Empaticemos!

Comenzaremos esta sesión (sesión 4), cuyo objetivo es trabajar la empatía social en los participantes, con una presentación PowerPoint breve sobre las emociones básicas que

sentimos los seres humanos. A continuación, se procederá a realizar una actividad de reconocimiento de las emociones anteriores. Empezaremos con tarjetas de dibujos, tanto en color como en blanco y negro, y terminaremos con tarjetas de personas reales (ver Figura 2). Se les preguntará qué emoción creen que está sintiendo la figura de la imagen y el porqué de ello.

Figura 2. Tarjetas de emociones



Finalizaremos la sesión 4 con un juego de rol, donde los participantes tendrán que representar las emociones que les vayamos diciendo, de manera individual o en pequeños grupos, y el resto tendrá que adivinarlas.

La sesión 5 será informativa. Enseñaremos a los niños a cómo identificar sus propias emociones (emociones básicas enseñadas en la sesión anterior) y qué hacer al respecto, además de darles pautas para identificar y ayudar a otros compañeros cuando tienen determinado estado de ánimo y para enseñarles a comportarse en ese tipo de situaciones. Todo esto se realizará mediante presentaciones PowerPoint y preguntas para recibir un feedback por parte de los participantes.

Sesiones 6 y 7. ¡Mentalicémonos!

El objetivo principal de estas dos sesiones es trabajar la teoría de la mente para que puedan ponerse en la mentalidad de otras personas.

Durante la sesión 6 se realizarán actividades de perspectiva y de inferencia. En cuanto a los juegos de perspectiva, se pondrán varios objetos de diferentes tamaños, ver Figura 3, unos delante o al lado de otros, de manera aleatoria. Posteriormente, se pondrá a cada participante en un lugar de la sala en la que tengan una perspectiva de los objetos diferente a

la de los demás, y les pediremos que nos comenten lo que están viendo. De esta manera, podrán comprender que para una misma situación hay diferentes puntos de vista.

Figura 3. Objetos para juego de perspectiva



Las actividades de inferencia consistirán en posicionar una caja encima de una mesa, en medio de la sala, y hacerles preguntas sobre lo que creen que hay dentro de la caja. Finalmente se descubrirá lo que hay en ella.

En la sesión 7 comenzaremos con actividades de falsa creencia. Los niños se sentarán en el suelo en forma de semicírculo y se les recitarán varias situaciones. Por ejemplo:

“El niño deja su juguete encima de la mesa y sale de la habitación. Su padre entra a la habitación y guarda el juguete en un cajón. Cuando vuelva el niño, ¿dónde buscará su juguete?”

De esta manera los niños darán su opinión y podremos observar cómo piensan para reconducirles hasta la solución correcta.

A continuación, se dejará tiempo libre para jugar a juegos de mesa, ya que implican hacer inferencias sobre los siguientes movimientos de la otra persona. Se les proporcionarán juegos como el ajedrez, el battleship, las damas, el scrabble...

Sesiones 8 y 9. ¡Relacionémonos!

Estas sesiones tienen como objetivo mejorar las relaciones con otros niños, con o sin autismo, mediante el juego simbólico y en equipo. Para ello comenzaremos en la sesión 8 con juegos de imitación con objetos, para que nos imiten y nosotros imitarles a ellos. O realizar juegos de rol en los que tengan que representar a un personaje. Por ejemplo: jugar a las mamás y a los papás.

Durante la sesión 9 se realizarán juegos de equipo. Juegos como construir estructuras con piezas de construcción, el escondite, el pilla-pilla o la búsqueda del tesoro, nos permiten observar cómo se relacionan entre ellos.

Ambas sesiones serán grabadas en vídeo, con el permiso de los padres o tutores legales, para emplearlo en la siguiente sesión.

Sesión 10. ¡Conozcamos nuestras limitaciones!

Durante esta sesión se hará un visionado del vídeo grabado en las sesiones anteriores, donde se puede ver a los niños jugando. Mientras se observa el vídeo, los profesionales irán marcando algunas actitudes que ven en los niños y dando consejos sobre cómo mejorar, con el objetivo de hacerles plenamente conscientes sobre sus dificultades y limitaciones a la hora de comunicarse socialmente.

Es importante que se recalquen con más frecuencia lo bueno que hacen en vez de lo malo, ya que es necesario reforzarlos de manera positiva para que no se desanimen.

Sesiones 11, 12 y 13. ¡Socialicemos!

Existen evidencias de estudios anteriores que han confirmado que la terapia asistida con animales puede mejorar la capacidad de interactuar socialmente de los niños con trastorno del espectro autista, como el estudio de Ávila y colaboradores (2020) o el de Germone y colaboradores (2019).

El objetivo de la sesión 11 es aumentar la comunicación e interacción social de los participantes mediante la presencia de animales.

Para ello pediremos al centro sanitario Espacio Itaca, que realiza terapia asistida con animales, desplazar a los participantes al centro para llevar a cabo la sesión. En el centro disponen de animales como cobayas y perros.

La sesión se realizará en una sala que nos proporcionen en el centro, que sea espaciosa y donde se hallen los animales. Los animales escogidos para la actividad tendrán

que ser animales muy tranquilos y dóciles, para que no suponga estrés a los niños.

Presentaremos los animales a los participantes para que tengan una primera toma de contacto con ellos. Durante los diez primeros minutos de la sesión se pedirá a los participantes que cojan un cepillo y comiencen a acariciar y a cepillar a los animales, ya que esto fomenta la responsabilidad y la empatía por el animal.

A continuación, se realizarán actividades de juego estructurado en las que interactúen participantes y animales de una manera estructurada. Serán juegos como lanzar una pelota, acariciar, juegos de persecución o de buscar golosinas. Se harán juegos sencillos que los participantes puedan comprender con facilidad.

Para finalizar, durante los últimos 15 minutos realizaremos una actividad de relajación, que consistirá en efectuar ejercicios de respiración junto al animal. Para ello, haremos que los participantes se tumben en el suelo con los animales a su lado y les pediremos que sigan las instrucciones que les decimos, para que consigan un estado de relajación óptimo.

El objetivo de las sesiones 12 y 13 es aumentar la comunicación e interacción social mediante la música. Se ha demostrado que la actividad musical puede traer beneficios para los niños con TEA, ya que ayuda a la comunicación a su expresión.

Para llevar a cabo la sesión 12 se repartirán instrumentos de percusión entre los participantes y realizaremos varios juegos rítmicos, como repeticiones de patrones rítmicos que hagan los profesionales o invenciones propias de ritmos para que luego las repita el resto.

Otra de las actividades a realizar será combinar canto con movimiento, es decir, animar a los participantes a tararear melodías o canciones y ejecutar gestos a la vez, ya que ayuda a mejorar la expresión emocional.

Para finalizar esta sesión, animaremos a los participantes a crear melodías y letras que acompañen a esas melodías para que, en la sesión 13, puedan representarlas a los padres.

Durante la sesión 13, emplearemos 20 minutos para ensayar la canción creada en la sesión anterior y, por último, haremos una representación a los familiares.

Sesión 14. ¡Nuestro entorno importa!

El objetivo de esta sesión es trabajar con el entorno, es decir, hacer partícipes a los familiares del desarrollo de la comunicación social de los niños y de este programa.

Se hará una sesión de psicoeducación con los padres, se les explicará las características fundamentales del TEA y cómo les pueden afectar en el futuro. Se les expondrá cómo hemos visto a sus hijos durante las sesiones.

Además, se les comentará los problemas que tienen sus hijos en la comunicación social y se relacionarán con actividades que hemos realizado a lo largo del programa, para justificar el porqué de las sesiones.

Se pasará la escala SRS-2 a los padres de nuevo, para ver si ha habido una mejora en los niños, y se realizará una despedida de la familia.

Para finalizar, se ofrecerá un tiempo de planteamiento de dudas generales para que sean respondidas por los profesionales.

Sesión 15. Conclusiones individuales

Esta sesión consiste en citar a los familiares de manera individual, para poder darles un feedback exclusivo y distendido sobre cómo hemos visto a su hijo durante las sesiones que conforman el programa y si hemos visto alguna mejora, al igual que ellos nos comentarán si han observado o no una mejora en él.

Se ofrecerán consejos sobre algunos temas que les inquieten y se les hará saber que estamos a su disposición para lo que necesiten.