



FACULTADE DE FORMACIÓN  
DO PROFESORADO

Trabajo de  
fin de grado

**El Síndrome de Asperger: una propuesta para la mejora de las habilidades sociales en Educación Infantil**

**O Síndrome de Asperger: unha proposta para a mellora das habilidades sociais en Educación Infantil**

**Asperger's Syndrome: a proposal for the improvement of social skills in Early Childhood Education**

**Autora:** Uxía Mariño Domínguez

**Tutor:** Santiago López Gómez

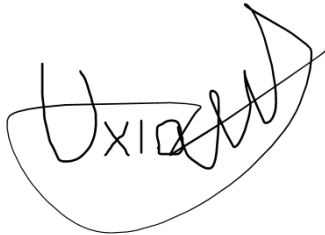
06/2023

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Doble Grado en Maestro/a de Educación Infantil y en Maestro/a de Educación Primaria

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo titulado *El Síndrome de Asperger: una propuesta para la mejora de las habilidades sociales en Educación Infantil* para la materia Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2022-2023 de manera autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en el texto y que aparecen en las referencias bibliográficas del trabajo. Así mismo identifiqué como tales, todas las partes tomadas de las fuentes y da literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

Firmado

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval. The signature is stylized and appears to be the name 'Uxía' followed by a surname.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
1. FUNDAMENTACIÓN Y MARCO TEÓRICO .....	2
1.1. Del Síndrome de Asperger al Trastorno del Espectro Autista .....	2
1.2. Caracterización.....	8
1.3. Etiología y prevalencia.....	16
1.4. Diagnóstico.....	17
1.5. Intervención.....	20
1.5.1. A nivel social.....	21
1.5.2. A nivel comunicativo .....	22
1.5.3. A nivel comportamental .....	23
2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	23
2.1. Presentación del caso .....	23
2.2. Fundamentación.....	24
2.3. Objetivos .....	25
2.4. Metodología.....	26
2.5. Actividades .....	29
2.6. Evaluación.....	37
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS.....	40
ANEXOS .....	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 .....	3
Triada de Lorna Wing .....	3
Figura 2 .....	4
El Síndrome de Asperger (adaptado de Baron-Cohen, 2010).....	4
Figura 3 .....	5
El Trastorno del Espectro Autista en el DSM-5.....	5

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 .....	6
Niveles de gravedad del TEA en el DSM-5 (adaptado de APA, 2014).....	6
Tabla 2 .....	7
Subgrupos del TEA en la CIE-11(adaptado de OMS, 2019).....	7
Tabla 3.....	18
Criterios de diagnóstico (adaptado de APA, 2014 y OMS, 2019) .....	18
Tabla 4.....	28
Temporalización de la propuesta.....	28
Tabla 5.....	37
Lista de control para el alumnado .....	37
Tabla 6.....	38
Lista de control para la propuesta .....	38

## ÍNDICE DE ACTIVIDADES

Actividad 1: Un viaje a Londres .....	29
Actividad 2: El paracaídas .....	30
Actividad 3: ¡Shh más bajito! .....	31
Actividad 4: Conociendo emociones .....	31
Actividad 5: Reconociendo emociones.....	32
Actividad 6: ¿Cómo suena? .....	33
Actividad 7: ¡El Rey Araña ha vuelto! .....	34
Actividad 8: Mi amigo A .....	35
Actividad 9: Collares de emergencia .....	36

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 .....	51
Cartas para la actividad Viajando a Londres .....	51
Anexo 2 .....	51
Ejemplo de diploma que se entregaría al alumnado .....	52
Anexo 3 .....	52
Gráficos tonales .....	52
Anexo 4 .....	53
Selección de obras para Conociendo las emociones .....	53
Anexo 5 .....	53
Panel de las emociones .....	53
Anexo 6 .....	54
Ejemplos de imágenes para reconocer emociones .....	54
Anexo 7 .....	54
Ejemplo de viñetas de cómic .....	54
Anexo 8 .....	55
Ejemplos de tarjetas para onomatopeyas .....	55
Anexo 9 .....	56
Historia Mi amigo A .....	56
Anexo 10 .....	58
Ejemplos de álbum .....	58
Anexo 11 .....	59
Ejemplo de collares de emergencia .....	59
Anexo 12 .....	60

Diario de observación..... 60

## RESUMEN

El Síndrome de Asperger ha generado una gran controversia a lo largo del tiempo. Inicialmente, este se concebía como una entidad clínica diferenciada del entonces denominado Trastorno Autista por presentar una sintomatología más leve. Así, en los manuales de la Asociación Americana de Pediatría (APA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Trastorno de Asperger se diferenciaba del Trastorno Autista por la ausencia de déficits a nivel cognitivo y lingüístico. Actualmente, para facilitar el diagnóstico y la intervención, ambos se incluyen en estos manuales bajo la denominación de Trastorno del Espectro Autista (TEA), que representa un único continuo de alteraciones en los dominios de comunicación social y de conductas e intereses restringidos cuya etiología parece ser genética. Estas dificultades determinan serios problemas para relacionarse con el entorno y afectan a la calidad de vida. Además, la heterogeneidad que define su expresión provoca que establecer unos criterios de diagnóstico no sea fácil. Por ello, su trabajo en el colegio es fundamental para el bienestar e inclusión de quien las padece. Considerando esta realidad, en este trabajo se explicarán las principales pautas que debemos considerar para diseñar una propuesta de intervención psicoeducativa y, en base a estas, se presentará una propuesta para la mejora de las habilidades sociales diseñada a partir de un caso real de un niño de 5 años. En ella, se utiliza una metodología lúdica y se parte de los intereses del alumno para propiciar un contexto natural en el que el sujeto mejore su competencia social.

**Palabras clave:** Síndrome de Asperger; Comunicación social; Intereses restringidos; Inclusión; Intervención psicoeducativa.

## RESUMO

A Síndrome de Asperger xerou unha gran controversia ao longo do tempo. Inicialmente, este concíbíase como unha entidade clínica diferenciada do entón

denominado Trastorno Autista por presentar unha sintomatoloxía máis leve. Así, nos manuais da Asociación Americana de Pediatría (APA) e da Organización Mundial da Saúde (OMS), o Trastorno de Asperger diferenciábase do Trastorno Autista pola ausencia de déficits a nivel cognitivo e lingüístico. Actualmente, para facilitar o diagnóstico e a intervención, ambos se inclúen nestes manuais baixo a denominación de Trastorno do Espectro Autista (TEA) , que representa un único continuo de alteracións nos dominios de comunicación social e de condutas e intereses restrinxidos cuxa etioloxía parece ser xenética. Estas dificultades determinan serios problemas para relacionarse coa contorna e afectan á calidade de vida. Ademais, a heteroxeneidade que define a súa expresión provoca que establecer uns criterios de diagnóstico non sexa fácil. Por iso, o seu traballo no colexio é fundamental para o benestar e inclusión de quen as padece. Considerando esta realidade, neste traballo explicaranse as principais pautas que debemos considerar para deseñar unha proposta de intervención psicoeducativa e, en base a estas, presentarase unha proposta para a mellora das habilidades sociais deseñada a partir dun caso real dun neno de 5 anos. Nela, utilízase unha metodoloxía lúdica e pátense dos intereses do alumno para propiciar un contexto natural no que o suxeito mellore a súa competencia social

**Palabras clave:** Síndrome de Asperger; Comunicación social; Intereses restrinxidos; Inclusión; Intervención psicoeducativa.

## **ABSTRACT**

Asperger Syndrome has generated a great deal of controversy over time. Initially, it was conceived as a clinical entity differentiated from the then called Autistic Disorder because of its milder symptomatology. Thus, in the manuals of the American Association of Pediatrics (APA) and the World Health Organization (WHO), Asperger's Disorder was differentiated from Autistic Disorder by the absence of cognitive and linguistic deficits. Currently, in order to facilitate

diagnosis and intervention, both are included in these manuals under the denomination of The Autism Spectrum Disorder (ASD), which represents a single continuum of alterations in the domains of social communication and restricted behaviors and interests whose etiology appears to be genetic. These difficulties determine serious problems in relating to the environment and affect the quality of life. Moreover, the heterogeneity that defines their expression means that it is not easy to establish diagnostic criteria. For this reason, their work at school is fundamental for the well-being and inclusion of those who suffer from them. Considering this reality, this paper will explain the main guidelines to be considered when designing a psychoeducational intervention proposal and, based on these, a proposal for the improvement of social skills designed from a real case of a 5 year old child will be presented. The proposal uses a playful methodology and is based on the pupil's interests in order to provide a natural context in which the subject can improve his social competence.

**Keywords:** Asperger Syndrome; Social communication; Restricted interests; Inclusion; Psychoeducational intervention.

## **INTRODUCCIÓN**

La definición y clasificación del Síndrome o Trastorno de Asperger ha generado una gran controversia a lo largo del tiempo por la existencia de dos posturas enfrentadas: por un lado, aquellos que consideran que, por sus similitudes con el Trastorno Autista, ambos deberían considerarse el mismo tipo de trastorno; por el otro, los que explican que, por sus latentes diferencias, el Síndrome de Asperger debería considerarse un trastorno independiente (Alonso 2009; Martín-Borreguero,2005). Con el fin de llegar a un consenso, actualmente en los manuales de la Asociación Americana de Pediatría (APA,2014) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) ambos trastornos se recogen bajo la denominación de Trastorno del Espectro Autista (TEA), que representa un único continuo de alteraciones en los dominios de comunicación social y de conductas e intereses restringidos que afectan al bienestar de quien las padece.

Con todo, el Síndrome de Asperger sigue siendo un término comúnmente utilizado y, hoy en día, muchos investigadores continúan defendiendo la existencia de un diagnóstico propio y creen esto posibilitaría una mejor intervención (Edelson, 2022). A raíz de esta realidad, en este trabajo se realizará una revisión teórica de los distintos puntos de vista que coexistieron sobre la clasificación del Trastorno de Asperger a lo largo del tiempo; y, en base a la clasificación actual, se explicará la sintomatología, etiología y criterios diagnósticos del TEA, así como las pautas establecidas para diseñar una adecuada intervención psicoeducativa que permita mejorar la calidad de vida de las personas con este trastorno. En segundo lugar, considerando la alta prevalencia de este trastorno en la infancia y cómo este afecta negativamente a la relación de quien lo padece con su entorno, se presenta una propuesta de intervención para la mejora de las habilidades sociales diseñada en base a las características de un caso real de un niño de 5 años. Todo ello, se complementa con la información expuesta en el resumen, introducción, conclusiones, referencias y anexos en los que pueden encontrarse los materiales creados para la propuesta psicoeducativa.

## **1. FUNDAMENTACIÓN Y MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Del Síndrome de Asperger al Trastorno del Espectro Autista**

El término autismo fue acuñado por Bleuler (1908 cit. en Happé, 1998) esta palabra procede del griego “autos”, que significa “uno mismo”. Sin embargo, Kanner (1943) fue el primero en definir el Autismo como una entidad clínica diferenciada. Este autor analizó distintos casos de niños con intereses obsesivos, que preferían estar solos y apenas demandaban la atención de su familia; estos solían desempeñar actividades bajo una rígida rutina, siempre en el mismo orden y del mismo modo. Posteriormente, en los casos descritos por Asperger (1944) destaca principalmente la presencia de dificultades en las habilidades sociales, problemas de conducta, el uso de un lenguaje poco natural y una buena competencia intelectual. Para este autor estas características indicaban la existencia de un nuevo trastorno que, posteriormente, fue reconocido por Wing (1981) como el Síndrome de Asperger.

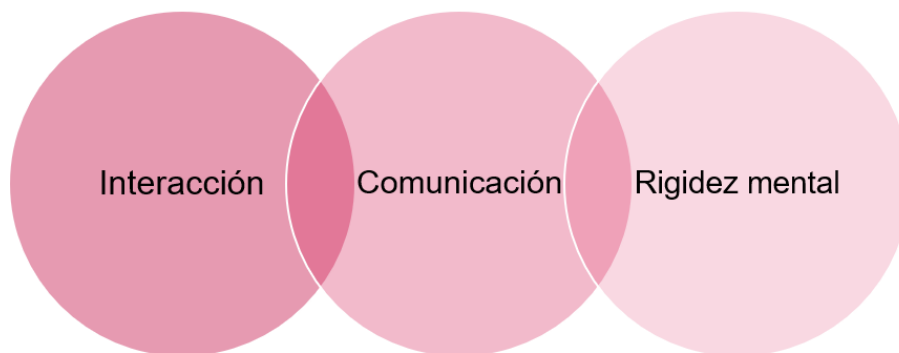
El Síndrome de Asperger ha generado una gran controversia a lo largo del tiempo y, aunque hoy en día este es un término comúnmente utilizado, no siempre ha sido así. Las aportaciones de autores como Kanner (1943), Asperger (1944), Wing (1996) y la publicación del libro *Asperger Syndrome*, en 1991, de Utah Frith, hacen posible que en el año 1994 este trastorno se incluya en los listados de patologías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Artigas-Pallarés y Paula, 2012; Baron-Cohen, 2010; Volkmar et al., 1996).

La definición y clasificación del Síndrome de Asperger ha generado un gran debate, debido a la existencia de dos posturas enfrentadas: por un lado, aquellos que consideran que, por sus similitudes, ambos deberían considerarse el mismo tipo de trastorno o, en todo caso, concebir el Asperger como un subtipo dentro del Autismo; por el otro, los que afirman que, por sus latentes diferencias, el Síndrome de Asperger debería considerarse un trastorno independiente (Alonso, 2009; Martín-Borreguero, 2005). En este sentido, tienen especial relevancia las aportaciones de autoras como Frith (2009), Wing (2005), Baron-Cohen (2010) y los criterios establecidos por la Asociación de Psiquiatría

Americana en sus manuales DSM<sup>1</sup>-IV (1994) y DSM-5 (2014); así como los que establece la Organización Mundial de la Salud en la CIE-<sup>2</sup>10 (2000) y en la CIE-11 (2019).

Considerando ambos extremos, Frith (2009) contempla la posibilidad de considerar el Síndrome de Asperger como una forma más leve de Autismo; así, la diferencia entre ambos sería cualitativa. Desde el punto de vista de Wing (2005) el Síndrome de Asperger también sería considerado un subgrupo del Autismo, por las características que ambos comparten, como son las dificultades en la interacción y comunicación social, así como la existencia de un patrón repetitivo de actividades e intereses. Esta autora afirmaba que eran tres las áreas de afectación que conformaban un hilo conductor de todos los trastornos autistas, siendo i) la interacción social ii) la comunicación e imaginación iii) la rigidez mental y el consiguiente patrón repetitivo de comportamientos; para ella, estas conformaban “la triada de deficiencias” (Wing, 1996, p.92) (véase Figura 1).

**Figura 1**  
*Triada de Lorna Wing*



Sin embargo, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en su manual de diagnóstico DSM-IV (1994), establecía el Síndrome de Asperger y el Autismo como dos trastornos independientes. De esta manera, en el DMS-IV se enfatizan las diferencias que existirían entre el aquel entonces llamado Trastorno Autista

---

<sup>1</sup> DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

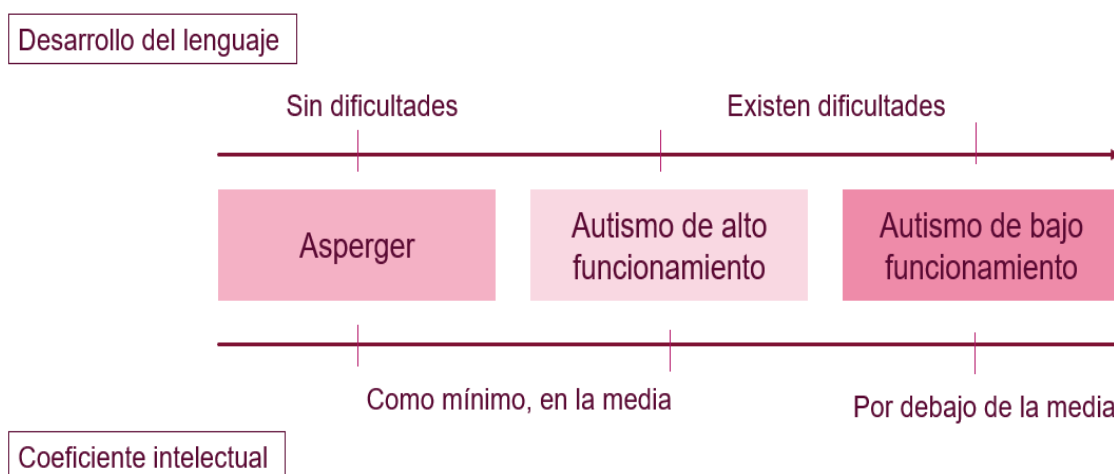
<sup>2</sup> CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

y el Trastorno de Asperger. Así, se explica que la más significativa sería que este último no suele estar asociado a deficiencias intelectuales ni lingüísticas y que las dificultades a nivel motor serían más leves (APA, 1994). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) en la (CIE-10) acepta esta división apoyando la idea de que para el diagnóstico del Trastorno de Asperger debe existir una ausencia de retrasos cognitivos y del lenguaje.

Por su parte, Baron-Cohen (2010) ofrece una visión muy similar. En su caso, este establece una diferenciación entre el Asperger, el Autismo de alto funcionamiento y el Autismo de bajo funcionamiento que compartirían dos características básicas: i) “dificultades en los procesos de comunicación social” e ii) “Intereses obsesivos y acciones repetitivas” (p.19) y se diferenciarían por el coeficiente intelectual y en función de la existencia de dificultades en el desarrollo del lenguaje. Así, en el Síndrome de Asperger no existirían dificultades en el desarrollo del lenguaje y el coeficiente intelectual estaría como mínimo en la media. En el caso del Autismo de alto funcionamiento, aunque el coeficiente intelectual no estaría afectado, existirían dificultades en el desarrollo del lenguaje. Por último, denomina Autismo de bajo funcionamiento a aquel en el que tanto el coeficiente intelectual como el desarrollo del lenguaje se encuentran afectados (véase Figura 2).

## Figura 2

*El Síndrome de Asperger* (adaptado de Baron-Cohen, 2010)



Sin embargo, distintos autores (Attwood, 2002; Klin 2003; Martín-Borreguero 2005; Padrón, 2006) afirman que, aunque las personas con

Síndrome de Asperger no sufran un retraso en el desarrollo del lenguaje, presentan dificultades en sus habilidades lingüísticas, especialmente en el área de la pragmática, que son realmente influyentes en el desarrollo social del individuo.

Con el fin de llegar a un consenso, y partiendo de las últimas investigaciones, actualmente la Asociación de Psiquiatría Americana (2014), en su manual diagnóstico DSM-5, no incluye el Trastorno de Asperger; ya que considera que la sintomatología de ambos trastornos (Autismo y Asperger) representa un único continuo de alteraciones en los dominios de comunicación social y de conductas e intereses restringidos, que varían de leves a graves (véase Figura 3). Así, con este cambio se pretende mejorar el diagnóstico y la intervención en esta patología, y se describe el Trastorno del Espectro Autista (TEA) como un trastorno del neurodesarrollo, que incluye trastornos que previamente recibieron otra denominación como es el Trastorno de Asperger o el Autismo de Kanner, cuyas principales características son: a) el deterioro persistente de la comunicación e interacción social y b) los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (véase Figura 3).

**Figura 3**  
*El Trastorno del Espectro Autista en el DSM-5*



Partiendo de estas consideraciones, es necesario aclarar que el Trastorno del Espectro Autista queda entonces subdividido en tres niveles de gravedad, según el grado de afectación de las áreas anteriormente mencionadas; siendo estas las áreas de afectación que ya contemplaba Wing (1996). Así, el

anteriormente denominado Trastorno de Asperger, actualmente se denomina TEA de “Grado 1: necesito ayuda” (véase Tabla 1), en el cual se determina la existencia de dificultades en las interacciones sociales, cuyos intentos comunicativos para reaccionarse con los demás son fallidos; y la autonomía se ve afectada por los problemas de organización (APA, 2014).

**Tabla 1**

*Niveles de gravedad del TEA en el DSM-5 (adaptado de APA, 2014)*

<b>DSM 5: Grados de gravedad en el Trastorno del Espectro Autista</b>	
Grado 3: Necesita ayuda muy notable	Existen graves problemas en el ámbito de la comunicación y, así mismo, la rigidez mental y los comportamientos repetitivos afectan sustancialmente al bienestar.
Grado 2: Necesita ayuda notable	Existen notables problemas en el ámbito de la comunicación, incluso con ayuda. Además, la rigidez mental y los comportamientos repetitivos deterioran el funcionamiento en diversos contextos.
<b>Grado 1: Necesita ayuda</b>	Sin ayuda, existen dificultades en la comunicación e interacción social. Además, la rigidez mental y los comportamientos repetitivos determinan problemas de organización y autonomía

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2019), en su última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ha asumido también esta nueva categorización. Así, en la CIE-11 se indica que el Trastorno del Espectro Autista se caracteriza por dificultades en la comunicación social y, así mismo, por patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. Partiendo de esta premisa, se indica que estos déficits afectan a la

vida personal, familiar, social y educativa del individuo. De esta forma, de entre los subtipos que se establecen (véase Tabla 2) el Trastorno de Asperger recibe la denominación de “Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional”.

**Tabla 2**

*Subgrupos del TEA en la CIE-11(adaptado de OMS, 2019)*

**CIE-11: Subtipos del Trastorno del Espectro Autista**

Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional
Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional
Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional
Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional
Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional
Otro(a)s trastorno del espectro autista especificado(a)s
Trastorno del espectro autista, sin especificación

Pese a ello, hoy en día, muchos investigadores continúan defendiendo la existencia de un diagnóstico propio para el Asperger y creen que la identificación y aceptación de este subgrupo posibilitaría una mejor intervención y, así mismo, un mejor pronóstico (Edelson, 2022).

En definitiva, como hemos visto, existe una gran dificultad en el hecho de determinar distintos subgrupos dentro del Autismo, por ello, pensando en una mejor intervención, lo mejor es clarificar la existencia del Autismo y, posteriormente, evaluar las capacidades de esas personas (Wing, 1998). Del mismo modo, podemos considerar que, en los últimos años, se ha producido un gran avance en la descripción del Trastorno del Espectro Autista y que este engloba una compleja colección de síntomas difíciles de observar, lo que indica una marcada heterogeneidad sintomática (López y Rivas, 2014). Así, resulta

práctico considerarlo un abanico de trastornos que va desde el autismo en uno de sus extremos hasta el Síndrome de Asperger en el otro (Martos y Llorente, 2017; Szatmari, 2006).

## **1.2. Caracterización**

La sintomatología del Trastorno del Espectro Autista se manifiesta de diversas formas en las distintas etapas de la vida. En la mayoría de los casos, es en la correspondiente a la Educación Infantil donde comienza a hacerse patente el aislamiento del niño/a con su entorno y la falta de respuestas emocionales apropiadas (Frith, 1989; Happé, 1994).

Algunos autores afirman que es entre los doce y los dieciocho meses de vida cuando pueden percibirse los primeros síntomas, entre los cuales destacan el uso limitado de gestos comunicativos, la ausencia de respuesta ante la llamada por su nombre y la escasa interacción con las personas de su alrededor. El hecho de que la sintomatología se haga visible durante el primer año de vida y que este sea precisamente un periodo de grandes cambios en el desarrollo cerebral, respaldan la creencia de que este trastorno tiene un origen genético (Martos y Llorente, 2017). A su vez, estas carencias llevan a Baron-Cohen (2003) a considerar esta patología como un trastorno de la empatía, resaltando la dificultad de estas personas para poder comprender los sentimientos de los demás y actuar en función de estos.

Se han descrito diversas características nucleares que pueden definir este trastorno. De tal manera, se han visibilizado tres características básicas que podrían ser el eje central del mismo; (i) el intenso interés en una temática concreta; (ii) una limitada capacidad para mantener conversaciones y (iii) la ausencia de comprensión social (Attwood, 2009). A ellas, cabe añadir un déficit en la capacidad de juego, si bien no suele observarse ni retraso significativo en el lenguaje ni a nivel del desarrollo cognitivo (Naranjo, 2014). Así mismo, destaca la rigidez mental, la excelente memoria y el alto nivel de independencia que pueden llegar a tener las personas que padecen este trastorno (Alonso, 2009). Por último, es preciso indicar que estas prestan mucha atención a los detalles y,

la rigidez mental comentaba anteriormente, determina que sean personas con grandes dificultades para adaptarse a cambios repentinos (Baron-Cohen, 2010).

A pesar de que las numerosas definiciones que se han descrito sobre este trastorno son muy diversas, la mayor parte de autores coincide en la existencia de determinadas características las cuales se analizan a continuación.

### **A nivel motor y sensorial**

El TEA implica déficits a nivel motor y sensorial, siendo una de las características principales la torpeza provocada por una visible inmadurez en los movimientos, la existencia de una mala coordinación, así como anomalías en la forma de caminar y posturas extrañas (Alonso, 2009). Aunque Attwood (2009) concuerda con la existencia de estas dificultades, cree que no es correcto hablar de torpeza sino más bien de problemas en la planificación de los movimientos y la existencia de un tiempo lento de preparación mental. Así mismo, este autor habla de déficits en el desarrollo de habilidades de motricidad fina que, en ocasiones, determinan una caligrafía defectuosa difícil de comprender; y, así mismo, afectan a su capacidad para dibujar.

En la escuela, suelen detectarse dificultades en el desempeño de deportes e incluso en tareas sencillas como atarse los cordones de los zapatos (Martos y Llorente, 2017). Por su parte, Wing (1998) resalta “la presencia de movimientos estereotipados o estereotipias como aletear con las manos y los brazos, andar de puntillas, balancearse al estar de pie” (p.59) e indica que son más frecuentes ante situaciones de enfado o agitación o cuando algo absorbe su atención. Además, esta autora explica que, desde edades tempranas, existe una gran dificultad para imitar los movimientos de los demás, y que cuando esto consigue hacerse muchas veces se hace de una manera poco eficaz y sin sentido. Así mismo, esta problemática afecta al desarrollo de la conducta social del individuo.

En lo tocante a la sensibilidad sensorial, podríamos hablar de afectación en uno o varios sistemas sensoriales existiendo una hipersensibilidad o hiposensibilidad que produce que determinadas sensaciones ordinarias provoquen un gran malestar. En los casos de hipersensibilidad, una estimulación se percibe como excesivamente intensa. De esta forma, para los individuos con

TEA los lugares con demasiado ruido pueden ser especialmente desagradables. Por el contrario, en los casos de hiposensibilidad la persona demanda una mayor intensidad en la estimulación para poder disfrutarla que, en casos extremos, puede generar que no reaccionen ante el dolor provocado, por ejemplo, por un fuerte golpe (Martos y Llorente, 2017; Padrón, 2006; Wing 1998).

### **Centros de Intereses y actividades repetitivas**

Como se ha indicado, en el DSM-5 uno de los criterios para el diagnóstico del autismo es la existencia de patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (APA, 2014). De tal manera que, diferentes autores e investigaciones (Etchepareborda, 2001; Frith, 2004; Wing, 1996) han puesto de manifiesto que, tanto los intereses restringidos como las actividades repetitivas de las personas con TEA, suelen girar en torno a una temática concreta, cuyo interés se muestra, de manera muy especial, recopilando y memorizando información sobre el tema.

La existencia de los intereses restringidos esta estrictamente relacionada con la inflexibilidad mental y comportamental que caracteriza este trastorno. Estos suelen manifestarse a través de formas muy distintas lo que lleva a pensar que estas podrían estar relacionadas con el grado de gravedad del trastorno (Martos y Llorente, 2017). Algunos de los temas más recurrentes son los medios de transporte, los objetos electrónicos, la ciencia, etc., además también existe un gran interés por las estadísticas, el orden y la simetría; y, del mismo modo, por los números, los aspectos numéricos de los objetos o los cálculos complicados. Sobre ellos, las personas con TEA suelen desarrollar un conocimiento casi enciclopédico, recaudando y memorizando toda la información posible. Normalmente, los intereses obsesivos absorben tanto su atención como su motivación y pueden provocar dificultades en su aprendizaje. Además, como se indicará posteriormente, estos determinan problemas para establecer conversaciones recíprocas con los demás (Klin, 2003).

Por otro lado, las personas con TEA, especialmente aquellos casos de alto funcionamiento, muestran una gran necesidad de controlar su entorno (Baron-Cohen 2003). Por ello, suelen ser propensas a establecer rutinas rígidas en las que, sistemáticamente, desempeñan actividades solitarias que pueden

aportarles diversión durante horas, y suelen estar relacionadas con la estimulación sensorial. Estas funcionan como sustitutas de otras formas de juego más típicas y se considera que podrían actuar como mecanismos de defensa para calmar el estrés asociado a este trastorno (Szatmari, 2006). Por esta razón, las modificaciones o el impedimento de su realización pueden generar un gran malestar (Attwood, 2002; Wing 1996).

### **Lenguaje y comunicación**

Partiendo de las ideas anteriormente expuestas, aunque, como se ha indicado, no existen anomalías importantes en la adquisición del lenguaje, resulta de gran interés analizar los patrones de comunicación de las personas afectados por este trastorno ya que estos interfieren en su interacción con los demás (Klin, 2003). Sobre todo, se observan dificultades a nivel pragmático, así como en la comunicación no verbal y en la comprensión de las normas sociales (Sreedaran y Ashok, 2015).

Tal y cómo expresa Martín-Borreguero (2005) los niños/as con TEA suelen haber adquirido un conocimiento apropiado de las reglas gramaticales, así como un vocabulario extenso relacionado, sobre todo, con sus intereses. Estas habilidades les permiten crear estructuras sintácticas de gran complejidad que, en muchas ocasiones, determinan que el niño/a muestre una capacidad lingüística avanzada respecto a su edad cronológica. Sin embargo, debemos tener en cuenta que ello no indica que exista un discurso social coherente y recíproco con el receptor; de hecho, una de las dificultades más visibles de los individuos con TEA es una incapacidad para modificar el lenguaje atendiendo a las diferentes necesidades de los diversos contextos sociales (Attwood, 2009).

Por otro lado, en lo relativo a las dificultades observadas en el área de la semántica existen problemas notorios para la comprensión de conceptos abstractos y de espacialidad en el tiempo; además, la rigidez mental ya mencionada suele desencadenar un déficit en la capacidad de comprender el sarcasmo o el lenguaje metafórico (Martín-Borreguero 2005).

Centrándonos en otros aspectos del lenguaje, como son la fonología y los patrones de entonación diversos autores (Attwood, 2009; Klin, 2003; Martín-Borreguero, 2005; Wing, 1996) advierten que en muchas ocasiones existen

alteraciones en la prosodia, que puede resultar deficiente; en el tono del habla, así como en la regulación de la velocidad y el volumen de esta: a veces demasiado alta, otras demasiado baja.

Por último, en lo relativo a las habilidades pragmáticas, como se ha indicado, para las personas con TEA el uso correcto del lenguaje para fines sociales constituye un severo problema. Existe una clara dificultad a la hora de comprender las intenciones comunicativas expresadas por el resto de las personas, así como sus necesidades y deseos; configurando así un estilo de conversación egocéntrico similar a un monólogo. Del mismo modo, existe una gran rigidez para establecer cambios en los distintos estilos de comunicación. Además, durante la conversación suelen pasar demasiado tiempo dando explicaciones extremadamente detalladas y pocas veces se hacen referencia a aspectos emocionales de la situación (Klin, 2003; Martín-Borreguero, 2005; Merino, 2014; Wing, 1996).

Para finalizar, en lo relativo a la comunicación no verbal (gestos, expresiones faciales y movimientos que acompañan al habla) existen grandes dificultades tanto en su desempeño como en su comprensión en las demás personas. En edades tempranas, existen grandes dificultades para que los niños/as señalen sus necesidades; e, incluso en la edad adulta, los gestos que acompañan al habla no suelen guardar relación con el significado del mensaje (Wing, 1998).

### **Desarrollo y desempeño de las habilidades sociales**

Centrándonos ahora en las dificultades en las habilidades sociales, inicialmente debemos tener en cuenta que este concepto ha sido objeto de numerosas investigaciones, sobre todo respecto a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (Oliver y Cook, 2011). Por ello, podríamos decir que cuando hablamos de habilidades sociales hacemos referencia a un conjunto de destrezas que implican independencia, y el ser capaz de establecer un comportamiento social adecuado, así como jugar y divertirse con los demás, a través de procedimientos que pueden aprenderse (Robles-Bello et al., 2021). Estas son de vital importancia para desarrollo de los más pequeños/as, ya que

constituyen la base de las relaciones positivas con el resto de las personas (Berrio-Sánchez et al., 2022).

Como se ha indicado con anterioridad, las personas con TEA tienen grandes dificultades para la adquisición y uso de habilidades sociales, lo que incluye dificultades para: (i) mantener el contacto visual, (ii) establecer turnos apropiados en las conversaciones (iii) jugar con los demás, (iv) adaptar su conducta al contexto social, (v) reconocer y usar las normas sociales de manera apropiada y (vi) compartir emociones, sentimientos y experiencias. Esta realidad influye y determina sus problemas para relacionarse con su entorno. Por ello, su trabajo en la escuela es clave para su inclusión social (Amat, 2014; Beaumont y Sofronoff, 2008; Berrio-Sánchez et al., 2022).

Los graves problemas en las habilidades sociales de estas personas provocan, en múltiples ocasiones, problemas graves de salud mental a lo largo de toda la vida (Woodbury-Smith y Volkmar, 2009). Normalmente, las personas con TEA tratan de acercarse a los demás, el problema es que lo hacen de una forma inapropiada y, es por ello, que sus intentos fallidos de formar amistades pueden resultar muy frustrantes y derivar en trastornos del ánimo. Así mismo, cabe destacar que influyen en este aspecto los graves problemas que estas personas presentan para interpretar las emociones y el contexto de la interacción afectiva y actuar en base a ello. Cuando enseñamos habilidades sociales ayudándoles a comprender diferentes reglas podemos observar que pueden memorizarlas y luego usarlas adecuadamente, pero eso no significa que sea capaz de utilizar esas habilidades de forma apropiada y esporádica en sus interacciones. Por ello, perciben el mundo social como foco de miedos y estrés. (Klin, 2003; Szatmari, 2006).

### ***Habilidades especiales***

A pesar de las dificultades comentadas anteriormente, cabe destacar que entorno al 10% las personas con TEA suelen mostrar grandes habilidades en determinadas áreas (Martos y Llorente, 2017), lo que constituye una de las cuestiones más fascinantes de este trastorno (Attwood, 2009; Frith y Happé, 2009).

En muchas ocasiones, en las pruebas psicológicas aplicadas a las personas con trastornos del espectro autista, se detectan habilidades concretas que sobresalen. Como pueden ser: leer con fluidez a una edad muy temprana, memorizar grandes cantidades de información, ser capaces de realizar largos cálculos numéricos, etc. (Wing, 1998). En general, podemos decir que presentan buenas habilidades de memoria y sobresalen en matemáticas y ciencia (Etchepareborda, 2001).

Todo ello, ha hecho que el TEA se relacione con lo que conocemos como Síndrome de Avant que se considera una afección extraña en la cual individuos con distintos trastornos presentan “islas de genialidad” que se contraponen a las dificultades (Treffert, 2010). Entre ellas, se ha destacado “la memoria de calendario”, entendiendo esta como la habilidad para calcular el día de la semana de una fecha concreta; y el “oído absoluto” que sería una habilidad musical excepcional (Martos y Llorente, 2017, p.61).

Sea cual sea la habilidad, siempre está asociada a una gran capacidad memorística (Treffert, 2014). En este sentido, diversos autores comparten la opinión de que la relación de ambos síndromes estaría estrechamente relacionada con la gran capacidad de procesar la información que poseen los individuos con TEA (Frith y Happé, 2009). Por ello, la relación entre Autismo y talento estaría determinada por un estilo cognitivo centrado en el detalle y una buena capacidad de memoria (Happé y Vital, 2009).

### **Comorbilidad**

Hablar de comorbilidad implica asumir que dos trastornos: “(a) son coincidentes, (b) una afección lleva a la otra, (c) existen una relación causal indirecta: otra condición subyacente origina el problema y el trastorno comórbido” (Gillberg y Billstedt, 2000, p.321). Pese a que esta condición ha sido ignorada en la investigación durante un largo periodo de tiempo (Caron y Rutter, 1991), especialmente en el Trastorno del Espectro Autista (De la Iglesia y Olivar, 2012; Ghaziuddin et al., 1995; Matson y Nebel-Schwalm 2007), en la actualidad este es un hecho plenamente constatado (Ghaziuddin et al., 2002; Gilberg y Billstedt, 2000; Lainhart, 1999). De hecho, se considera que “alrededor del 70% de las personas con TEA pueden presentar un trastorno psiquiátrico comórbido” (APA,

2014, p.58). Teniendo en cuenta estas consideraciones, para poder garantizar un apoyo y una intervención adecuados es importante tener en cuenta los trastornos coexistentes (Carlsson et al., 2013), ya que para muchas personas con TEA son estos los que perjudican mayoritariamente su calidad de vida (Happé y Frith, 2020).

En este sentido, una de las modificaciones más trascendentales del DSM-5 es la aceptación de la comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (APA, 2014), que ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones que manifiestan la alta incidencia entre ambos (Fein et al., 2005; Ghaziuddin et al., 1998; Perry 1998).

Del mismo modo, muchos estudios se han centrado en comprobar la comorbilidad entre el TEA y los Trastornos emocionales, especialmente la ansiedad (Kerns y Kendall, 2013) y la depresión (Ghaziuddin et al., 1995; Ghaziuddin et al., 2002; Ghaziuddin y Greden, 1998). Así mismo, muchos autores afirman la estrecha relación entre el TEA y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Bejerot, 2007), la Anorexia nerviosa (Westwood y Tchanturia, 2017), los Trastornos del sueño (APA, 1994), el Síndrome de Tourette (Wing, 1998); la Esquizofrenia (Crespi y Croft, 2012), la Catatonia (Vaquerizo-Serrano et al., 2021) y el Mutismo selectivo (Steffenburg et al., 2018).

Esta realidad provoca que, en muchas ocasiones, los niños/as menores de cuatro años que presentan TEA junto con otras afecciones tengan más posibilidades de recibir una evaluación que aquellos niños/as que sólo tienen TEA, ya que la sintomatología que presentan es menos notoria. De la misma forma, en los niños/as más pequeños el trastorno dominante puede ser difícil de distinguir, por lo tanto, es necesario hacer una exhaustiva revisión evolutiva de estos casos (Carlsson et al., 2013).

Considerando esta realidad, Gillberg (2010) se planteó si un diagnóstico diferenciado era la opción más beneficiosa para los niños/as menores de 5 años que presentan una sintomatología que podría estar relacionada con dos trastornos (como el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). Así, este autor desarrolló el *término Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*

(ESSENCE) para hacer referencia a aquellos niños/as que, siendo menores de 5 años presentaban anomalías en diversos ámbitos del desarrollo. Entre otros aspectos, a través de este término, este autor resalta la necesidad de que el diagnóstico se haga desde un enfoque multidisciplinar y que la detección de la posible presencia de un trastorno no excluya el de otro.

### **1.3. Etiología y prevalencia**

Determinar la etiología de un trastorno es realmente importante para detectar otros problemas asociados, así como para enfocar la intervención (Fett-Conte et al., 2015). En el caso del Trastorno del Espectro Autista este tema ha sido foco de múltiples debates (Smalley, 1998). Durante mucho tiempo, ha existido la creencia errónea de que su aparición estaba determinada por conflictos en el entorno familiar del niño/a. Aun así, en la fase inicial de las investigaciones sobre el origen del autismo ya se consideraba que este tiene una causa biológica y es consecuencia de una disfunción orgánica (Frith, 1989). Hoy en día, el autismo se considera una patología de origen genético y probablemente hereditaria; de todos modos, no se ha conseguido determinar que gen o conjunto de genes podrían permitir un diagnóstico de este trastorno (Baron-Cohen, 2010; Szatmari, 2006).

En lo relativo a la prevalencia, un estudio reciente afirma que aproximadamente 1 de cada 100 personas, alrededor del mundo, son diagnosticadas con autismo (Zeidan et al., 2022). Lo cierto es que desde finales del siglo XX se habla de un incremento (Talentseva, 2023) que estaría condicionado por distintos factores tanto genéticos como ambientales (Baron-Cohen, 2010), como podría ser la variación en los criterios de diagnóstico (Wing y Potter, 2002). De todos modos, existe una gran controversia sobre si este aumento es real o está determinado por falsos positivos debidos a un uso excesivo del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (Charman, 2002).

Por otro lado, aunque se siga hablando de una mayor incidencia en hombres que en mujeres (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Fombonne 2003). Diversos investigadores sostienen que existe un infradiagnóstico del TEA en mujeres, que podría estar determinado por el hecho

de que la mayor parte de estudios sobre este trastorno se han hecho con muestras masculinas (Milner et al., 2019). Además, se ha comprobado que las mujeres con este trastorno muestran un perfil distinto determinado por una mayor habilidad para establecer amistades y, en general, una mayor motivación social (Head et al., 2014; Sedgewick et al., 2016); a su vez, se considera que presentan menos problemas relacionados con un comportamiento repetitivo y estereotipado (Van Wjingaarden-Cremers et al., 2014) y tienen más posibilidades de sufrir trastornos emocionales y de alimentación (Mandy et al., 2012; Huke et al., 2013). Esta realidad no solo determinaría un infradiagnóstico sino también un diagnóstico tardío (Begeer et al., 2013). Por ello, es necesario una mayor investigación en lo relativo a la sintomatología en las mujeres con TEA (Davies, 2023; Ketelaars et al., 2017).

#### **1.4. Diagnóstico**

El diagnóstico se considera un pilar fundamental para poder desarrollar estrategias de intervención personalizadas. En ningún caso, debemos concebirlo como una mera etiqueta, sino como el primer paso para identificar y dar respuesta a unas necesidades concretas. Por ello, su principal objetivo debería ser el acceso a los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida. Asimismo, este deberá permitir a la persona conocer sus dificultades y sus debilidades de una forma equilibrada que contribuya a que pueda construir una buena autoestima y, a su vez, ser consciente de aquellos aspectos donde necesita ayuda; favorecer su desarrollo personal y potenciar al máximo sus habilidades. Partiendo de esta concepción, entendemos que cuanto antes se pueda hacer el diagnóstico, antes se podrán establecer los apoyos necesarios; de ahí, la importancia de una detección temprana que permita planificar con tiempo una intervención y educación de calidad (Arnáiz y Zamora, 2014; Massani, 2018).

La heterogeneidad que define la sintomatología y expresión del Trastorno del Espectro Autista determina que establecer unos criterios de diagnóstico no sea una tarea fácil (Johnson et al., 2007). El DSM- 5 (APA, 2014) y la CIE-11 (OMS, 2019) establecen dos núcleos clave para el diagnóstico de esta patología:

a) la existencia de deficiencias en la comunicación e interacción social y b) la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (véase Tabla 3). Además, en ambos se explica que la sintomatología debe manifestarse en las primeras etapas del desarrollo y causar un deterioro en la vida de la persona.

**Tabla 3**

*Criterios de diagnóstico (adaptado de APA, 2014 y OMS, 2019)*

---

**DSM 5 y CIE-11: Criterios de diagnóstico del TEA**

---

Deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diferentes contextos

---

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades

---

Los síntomas deben de estar presentes en las primeras etapas del desarrollo y constituyen una característica persistente en la persona

---

Los síntomas afectan al bienestar de la persona

---

Desde el punto de vista de algunos autores, los criterios establecidos en estos manuales muestran una visión reduccionista de este trastorno, centrada en sus dificultades, que contribuye a pensar que todas las personas que reciben este diagnóstico actúan de la misma forma (Orrú, 2021). En este sentido, debemos considerar los criterios de diagnóstico como aquellas herramientas que resultan útiles para identificar un trastorno y diferenciarlo de otros; pero, así mismo, es imprescindible tener en cuenta que la complejidad de una persona no se puede reducir a ellos y que es necesario realizar una evaluación psicológica de todas las áreas del desarrollo para poder llegar a un diagnóstico fiable (Arnáiz y Zamora, 2014)

Por ello, hoy en día, se considera indispensable que el diagnóstico del TEA se realice desde una perspectiva multidisciplinar en la que tienen un papel importante los psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos, logopedas, pedagogos, maestros, pediatras... con el fin de que otorgue, desde las distintas áreas de evaluación, una visión individualizada del caso (Baird et al., 2001; Lord et al., 2000; Tomanik et al., 2006;)

El proceso de diagnóstico suele empezar cuando familias, educadores o el personal médico detectan alguna anomalía. Posteriormente, suelen existir dos fases, en la primera, los profesionales de atención primaria recogen información detallada sobre el desarrollo del niño/a a través de estos agentes. Por último, es esencial poder observar su comportamiento en actividades estructuradas de carácter lúdico que permitan a distintos especialistas evaluar sus habilidades sociales, así como comunicativas (Anagnostou et al., 2014; Mercado et al., 2016).

Además, existen pruebas estandarizadas que han demostrado buenos resultados en el proceso de evaluación del TEA, estas son el *Autism Diagnostic Interview* (ADI) que cuenta con una versión posterior el *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI); y el *Autism Diagnostic Observational Schedule* (ADOS). Ambas son entrevistas que se centran en recoger información sobre las tres áreas necesarias para el diagnóstico del autismo: la comunicación, la interacción y la existencia de patrones restrictivos (Foley-Nicpon y Assouline, 2010). Así mismo, algunos médicos aplican la *Checklist for Autism in Toddler* (CHAT) que puede servir para detectar conductas anómalas en niños/as de entre uno y dos años y medio (Baron-Cogen, 2010) y que fue ampliada adquiriendo la denominación de *Modified CHAT* o *M-CHAT* (Robins et al., 2001).

Como se indicó al inicio de este apartado, han sido muchas las investigaciones que respaldan la importancia de una detección e intervención tempranas en los Trastornos del Espectro Autista, gracias a la cuales los niños/as han mostrado mejoras de gran relevancia en las áreas de la interacción y la comunicación (Charman y Baird 2002; Elder et al., 2017; Fernell et al. 2013; Fuller y Kaiser, 2019; Koegel et al., 2013). A partir del año y medio de vida, algunos autores apoyan la existencia de marcadores que podrían corresponderse con los primeros síntomas del trastorno, siendo estos: i) el uso limitado de gestos comunicativos, ii) el escaso contacto visual, iii) los escasos intentos de interacción, iv) la ausencia de respuesta ante la llamada y v) la incapacidad para participar en determinados juegos (Martos y Llorente, 2017). De todos modos, se recomienda esperar a los 4 años para un diagnóstico más fiable (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

## **1.5. Intervención**

Como se ha indicado, la sintomatología del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se expresa de forma heterogénea y, por ello, establecer un plan de intervención no es una tarea fácil, especialmente en los casos más leves. Pese a ello, parece haber un acuerdo general en la necesidad de que exista tratamiento clínico y psicoeducativo que se adecúe a las características propias del individuo y en el que se impliquen todas las personas de su entorno (Martos et al., 2017; Sánchez-Raya et al., 2015).

Para una intervención de calidad, previamente será necesario hacer una evaluación y detectar los puntos fuertes y las dificultades sobre los que se sostendrá. En este sentido, será imprescindible recoger información del máximo número de personas posibles. Del mismo modo, conocer sus intereses es esencial para establecer un vínculo de comunicación (Merino, 2014) y para diseñar propuestas donde estos sean el eje principal y permitan desarrollar al máximo sus habilidades (Orrú, 2021). Además, para Rivière (2001) existen unos principios básicos que debe cumplir toda intervención: i) generar motivación, ii) adaptarse a las características evolutivas del alumnado y iii) proporcionar refuerzos inmediatos. Por último, la Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) constituye un marco de referencia y establece una serie de consideraciones a nivel internacional que debemos tener en cuenta. Entre ellas, me gustaría destacar:

- La importancia de tener altas expectativas sobre el potencial de aprendizaje del alumno/a con TEA, así como de reforzar sus logros.
- La necesidad de establecer un estrecho vínculo con las familias.
- La existencia de apoyos que garanticen la participación del alumnado con TEA en la Comunidad Educativa y que promuevan la sensibilización de este trastorno.

Lo que está claro es que toda intervención debe estar centrada en los tres niveles de afectación del TEA: nivel social, comunicativo y comportamental, de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 (APA, 2014) y

la CIE-11 (OMS, 2019); de esta manera, a continuación de describen algunas pautas de intervención para cada uno de ellos.

### **1.5.1. A nivel social**

En todos los centros educativos existe un currículum oficial que establece las directrices académicas a seguir. Así mismo, todos los centros poseen un currículum oculto compuesto por el conjunto de normas establecidas que determinan la vida social del alumnado. Para los estudiantes con TEA resulta especialmente difícil acceder a este último y, por ello, es necesario que les ayudemos a desarrollar sus habilidades sociales (Martos et al., 2017).

En este sentido, es necesario indicar que las conductas que vamos a enseñar deben ir acompañadas de un proceso de pensamiento de estrategias metacognitivas que permita a la persona ser consciente de sus propios pensamientos, para así poder regular su conducta y su interacción con los demás. Así, el objetivo principal no será enseñar unas reglas específicas, sino ayudar a los niños/as a desarrollar las habilidades necesarias para que interactúen de manera adecuada en diversos contextos (Merino, 2014).

En los últimos años, ha habido un interés creciente por determinar que prácticas son de mayor utilidad según la evidencia científica (Rosal et al., 2018) y, entre ellas, destaca el *video modeling* (Bellini y Akullian, 2007) diseñado para facilitar el aprendizaje mediante la observación (Corbett, y Abdullah, 2005). Así mismo, destacan recursos como *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás* (Howlin et al., 2006), *Educación de las emociones y los sentimientos* (Segura y Arcas, 2010) y el *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social* (PEHIS) una intervención psicopedagógica diseñada para el aprendizaje de las habilidades sociales en la escuela y en casa, donde estas se dividen en seis áreas (Monjas, 1999):

- Área 1. Habilidades básicas de interacción social.
- Área 2. Habilidades para hacer amistades.
- Área 3. Habilidades conversacionales.
- Área 4. Habilidades relacionadas con los sentimientos.
- Área 5. Habilidades de solución de problemas interpersonales.

- Área 6. Habilidades para relacionarse con los adultos.

### **1.5.2. A nivel comunicativo**

En la expresión más leve del Trastorno del Espectro Autista existe un desarrollo normal del lenguaje; pese a ello, en los últimos años se ha descrito un perfil lingüístico marcado por dificultades en los aspectos formales del lenguaje, en la comunicación y en los estilos del habla que determinan la necesidad de diseñar intervenciones que ayuden a atenuar estos déficits (Martin Borreguero-2005). Así, de acuerdo con el estudio realizado por Paul et al., (2009) los aspectos del lenguaje en los que debería centrarse toda intervención son i) la cantidad de información destinada a satisfacer las necesidades del oyente, ii) la capacidad para usar y responder distintas señales sociales, iii) la capacidad para producir un discurso espontáneo y, por último, iv) la capacidad para inferir los estados de ánimo de los demás.

Para la mejora de dichas dificultades, un recurso a considerar son los apoyos visuales que pueden ayudar al niño/a a aprender a expresar sus ideas, a respetar los turnos de palabra, a comprender las expresiones faciales relacionadas con las emisiones verbales de otras personas, etc. (Latorre y Puyuelo, 2016). Así mismo, será importante trabajar la imitación ya que la adquisición del lenguaje y su perfeccionamiento están directamente relacionados con su desarrollo (Cornago y Collado 2013). Por otro lado, un estudio reciente (Cobo-Yera y Belda-Torrijos, 2022) sugiere que el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) puede ser de gran ayuda para la mejora de las habilidades comunicativas del alumnado con TEA y presenta estas como un recurso atractivo, motivador y fácil de usar. Partiendo de esta idea, Tortosa (2004) contempla algunos recursos tecnológicos que podrían ser útiles, entre ellos destacan los programas: *Aprende a leer con Pipo I*, *Board maker* (que también ayuda a desarrollar la imaginación), *Language games*, los *monstruos Playtoons* y, por último, *Make-A-Schedule*, todos ellos han demostrado gran efectividad en el tratamiento de las personas con TEA (Ojea, 2019).

### **1.5.3. A nivel comportamental**

La rigidez cognitiva que caracteriza el TEA también es un foco importante en la intervención. En este sentido, las dificultades de organización y adaptación a los cambios suelen tener un impacto negativo en el ámbito académico y familiar (APA, 2014). Así mismo, su focalización e interés por temas específicos puede causar una falta de motivación por las temáticas que se trabajan en el aula (Baron-Cohen, 2003). Por otro lado, los problemas para gestionar el estrés y la ansiedad asociados a este trastorno se han relacionado con una elevada tasa de problemas de conducta (Martos y Llorente, 2017). Por ejemplo, el malestar ocasionado por los cambios en su rutina puede llegar a desencadenar un comportamiento agresivo como respuesta (Szatmari, 2006).

Teniendo en cuenta todo ello, es necesario que se apliquen técnicas de modificación de conducta que ayuden a sustituir los patrones conductuales inadecuados por comportamientos socialmente coherentes y adecuados al contexto (Latorre y Puyuelo, 2016) y proponer actividades para trabajar la flexibilidad, entendiendo esta como una capacidad para aceptar los cambios en las situaciones y adaptarse a ellos (Ojea, 2019). En respuesta a estas necesidades, algunas técnicas de modificación de conducta que pueden resultar útiles son: el encadenamiento hacia atrás, la economía de fichas, los refuerzos, la extinción, el aprendizaje sin error, las hojas de registro, el modelado y, por último, la Imitación (Merino y Belichón, 2014). En cuanto a recursos que puedan ayudar en el trabajo de la flexibilidad cognitiva, destacan *Aprende con Zipi y Zape I, Día a Día* y *GESTIAG* (Tortosa, 2004)

## **2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **2.1. Presentación del caso**

I. es un niño de 5 años que se encuentra en 6º curso de Educación Infantil en un colegio público de Lugo. El año pasado, fue diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista de Grado 1; por ello, acude dos días a la semana al aula de Audición y Lenguaje con el fin de mejorar, principalmente, sus habilidades comunicativas, la gestión de sus emociones y ampliar su vocabulario. Como

indican tanto su tutora como la maestra de A.L, el alumno muestra una actitud positiva cara el aprendizaje; tiene una gran capacidad de memoria y manifiesta un gran interés por la serie de dibujos llamada “La Patrulla Canina” de la que habla constantemente. En lo relativo a sus dificultades, destaca especialmente su escasa intencionalidad comunicativa y su dificultad para comunicar ideas o sentimientos; además, el alumno presenta un vocabulario significativamente reducido, y un tono de habla demasiado alto. Por otro lado, tanto a la familia del alumno como a las maestras, les preocupa especialmente la ansiedad que el niño/a manifiesta ante determinados cambios en su rutina; y la frustración que sufre cuando desempeña alguna tarea en la que encuentra dificultades.

## **2.2. Fundamentación**

Como se ha indicado anteriormente, las personas con Trastorno del Espectro Autista tienen dificultades significativas en el uso y desarrollo de las habilidades sociales que determinan graves problemas para relacionarse con su entorno. Por ello, su trabajo en el colegio es fundamental para su bienestar e inclusión (Amat, 2014; Beaumont y Sofronoff, 2008; Berrio-Sánchez et al., 2022). Partiendo de estas consideraciones y teniendo en cuenta las características del caso expuesto en el punto anterior, se presenta una propuesta de intervención cuyo objetivo principal es mejorar las habilidades sociales del alumno de 6º curso de Educación de Infantil.

En los últimos años, se han diseñado cientos de propuestas de intervención para mejorar las habilidades sociales y comunicativas del alumnado con TEA; sin embargo, existen escasos apoyos de carácter experimental que apoyen su eficacia (Rosal et al., 2018). Algunos autores (Howlin et al., 2006) respaldan la idea de que las intervenciones dirigidas a mejorar la comprensión social son aquellas que muestran una mejoría más significativa. Por este motivo, estos enfatizan la necesidad de desarrollar una teoría de la mente que podríamos definir como la capacidad de ponerse en el lugar del otro para así poder comprender y prever su conducta. En este sentido, puede resultar útil el uso de viñetas de comic donde se especifiquen los pensamientos de los personajes. En definitiva, desde este enfoque, se otorga gran importancia a los estados

mentales para el desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas (Baron-Cohen, 2010).

Por último, debemos considerar que diversas investigaciones (González-Moreno, 2018) defienden el juego como un medio efectivo para el desarrollo de niños/as con TEA; y, además, siguiendo a Orrú (2021), entendemos que resultará esencial trabajar en base a los intereses del alumno ya que esto nos permitirá incrementar su motivación y potenciar al máximo sus habilidades. Por ello, las distintas actividades que conforman esta propuesta se presentan como diferentes retos de carácter lúdico que giran en torno a la temática de la serie “La Patrulla Canina”.

### **2.3. Objetivos**

Para la propuesta de intervención se fijaron tres objetivos principales asociados a tres objetivos específicos cada uno, partiendo de las dificultades detectadas en el alumno y en función de las tres características nucleares del TEA: déficits en la comunicación e interacción social; y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (APA, 2014). Además, se tuvieron en cuenta las siguientes pautas. En primer lugar, debemos considerar que la mejora en las habilidades sociales está estrechamente relacionada con las habilidades comunicativas del individuo; así, si queremos que el alumno mejore su competencia social debemos conseguir que desarrolle progresivamente un lenguaje oral funcional. Del mismo modo, con el fin de facilitar la atención hacia la información socioemocionalmente relevante durante la conversación, es importante que el alumno aprenda a identificar las emociones en función de la expresión facial de las personas. Además, en individuos que presentan ansiedad, como es el caso, aprender a gestionarla resulta indispensable para establecer una buena relación con uno mismo y con los demás. Por último, es importante que estos aprendizajes se produzcan en un contexto lo más natural posible, por ello, es fundamental incrementar la interacción del alumno con sus compañeros/as (Attwood, 2009; Howling et. al, 2006; Merino, 2014; Rodríguez, 2016). Partiendo de estas consideraciones, los objetivos fijados son los siguientes:

1. Aumentar el número de veces en las que se emplea un lenguaje oral funcional.
  - a) Ampliar el vocabulario.
  - b) Aumentar el número de veces en las que se utiliza un tono del habla adecuado.
  - c) Discriminar las emociones de enfado, tristeza, miedo y felicidad.
2. Aprender a controlar los síntomas de la ansiedad en el ámbito escolar.
  - a) Reconocer los síntomas asociados a la ansiedad.
  - b) Identificar situaciones que generan ansiedad en el ámbito escolar.
  - c) Conocer técnicas de relajación para manejar la ansiedad.
3. Incrementar el número de interacciones con los compañeros/as.
  - a) Mostrar una mayor implicación en las actividades grupales.
  - b) Encontrar intereses en común con los compañeros/as
  - c) Aumentar el número de veces en las que se solicita ayuda

#### **2.4. Metodología**

En esta propuesta se utilizará una metodología lúdica en la que el juego será la base para el desarrollo de las habilidades sociales del alumno. En este sentido, entendemos el juego como la llave de la iniciativa social que permitirá al alumno/a aprender mientras se divierte y, además, interactuar y establecer vínculos con sus iguales y con el docente (Merino, 2014). Así mismo, las actividades se diseñarán partiendo de los intereses del alumno. Esto no sólo permitirá aumentar su motivación e implicación en las distintas tareas, sino también aprovechar al máximo la curiosidad del alumno sobre el tema, sus conocimientos y habilidades para conseguir una mejora en las dificultades detectadas. Desde esta perspectiva, es esencial que el maestro/a o maestros/as que realicen la intervención partan de las singularidades y habilidades del alumno/a para desarrollar al máximo su potencial; es decir, el foco no debe estar en sus dificultades sino en sus destrezas (Orrú, 2021).

Del mismo modo, resulta imprescindible que el alumno tenga un papel activo en el desempeño de las distintas actividades; y que, en la medida de lo

posible, se le permita realizar las distintas tareas de forma autónoma. Por su parte, el maestro/a será quien guíe al alumno en sus acciones y le ofrezca la ayuda y los apoyos necesarios para mejorar progresivamente. Además, su papel será crucial para adaptar las distintas tareas conforme a las situaciones e imprevistos que puedan surgir; así, el docente deberá ser flexible y adaptar las tareas al contexto en el que se realicen. En este sentido, también será clave que se refuercen los logros del alumno y que se premie las conductas que se pretende mantener. Por último, es preciso que se mantenga en todo momento una estrecha relación con la familia del alumno; que conozcan los objetivos de la intervención y puedan contribuir a su logro a través de las indicaciones pertinentes.

En lo relativo a los agrupamientos, la intervención individual se presenta como una de las claves para la mejora de las dificultades del alumnado con TEA (Martos y Llorente, 2017). Con todo, para lograr un desarrollo significativo de las habilidades sociales debemos procurar que estas se pongan en práctica en un contexto natural y, por ello, es esencial proponer dinámicas en las que el alumno trabaje por grupos o equipos (Ojea, 2019). Además, partiendo de estas indicaciones, las actividades se desarrollarán principalmente en tres espacios: en el aula ordinaria, en el aula de Audición y Lenguaje y en el patio (durante la hora del recreo). De esta forma, el aula ordinaria y el patio se utilizarán para proponer actividades en las que al alumno trabaje con sus compañeros/as; y las dos horas semanales en las que el alumno asiste al aula de Audición y Lenguaje se utilizarán para las tareas de carácter individual. Por estos motivos, será esencial una estrecha comunicación y colaboración entre la tutora del grupo-clase y el especialista de Audición y Lenguaje.

Partiendo de estas consideraciones, se diseñó una propuesta de intervención conformada por nueve actividades que se llevarán a cabo a lo largo de un único trimestre. Todas ellas tienen una duración de 30 minutos considerando este el tiempo aproximado para que el alumno pueda mantener un buen nivel de concentración e implicación; y están pensadas para realizarse varias veces a lo largo del trimestre con el fin de que el alumno pueda alcanzar los objetivos establecidos (véase Tabla 4).

**Tabla 4**  
*Temporalización de la propuesta*

<b>Organización del primer mes</b>			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Actividades: 1, 2, 3, 4, 7	Actividades: 2, 4, 6, 7, 8	Actividades: 2, 3, 4, 7, 9	Actividades: 1, 4, 6, 7, 8
<b>Organización del segundo mes</b>			
Actividades: 1, 2, 3, 5, 7	Actividades: 2, 5, 6, 7, 8	Actividades: 2, 3, 5, 7	Actividades: 1, 5, 6, 7, 8
<b>Organización del tercer mes</b>			
Actividades: 2, 3, 5, 7	Actividades: 2, 6, 5, 7, 8	Actividades: 2, 3, 5, 7	Actividades: 1, 6, 5, 7

En cuanto a los recursos que se utilizarán cabe mencionar que los apoyos visuales han demostrado ser muy efectivos ya que el alumnado con TEA suele mostrar más facilidad para procesar la información de manera visual, incluso en los casos en los que existe desarrollo de la comunicación verbal como es este (Martos y Llorente, 2017). Así mismo, debemos considerar que, si queremos que el alumno desarrolle progresivamente un lenguaje oral funcional, el vocabulario seleccionado debe estar presente en el contexto natural del niño (hogar, centro educativo...); y, en cuanto a la mejora del tono del habla, son de gran ayuda las actividades en las que se propone al alumnado seguir gráficos tonales y, así, mismo, aquellos juegos en los que se pide al sujeto imitar o emitir sonidos onomatopéyicos de actividades de la vida diaria (Rodríguez, 2016). Por último, cabe destacar que se otorgará gran importancia a las directrices establecidas en el *Manual del juego para niños con autismo* (Cornago et al., 2013) que recalcan la importancia de: a) presentar los juegos de forma atractiva y motivadora, b) utilizar instrucciones claras y sencillas y c) reconocer y alabar los logros del alumnado.

## **2.5. Actividades**

### **Actividad 1: Un viaje a Londres**

---

**Objetivo general:** 1 y 3

**Objetivo específico:** 1A, 3A y 3B

**Espacio:** el aula

**Tipo de agrupamientos:** en equipos de cinco integrantes

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** cartas que presentan los desafíos, folios, ceras y pictogramas de alimentos para el segundo reto

**Descripción:**

Esta actividad se presenta a través de una carta que acaba de llegar al aula:

*Buenos días niños y niñas del aula de 6º de Educación Infantil. Soy Ryder, el líder de la Patrulla Canina. Seguro que muchos ya me conocéis, soy un niño de 10 años que se encarga de que la patrulla cumpla todas sus misiones. Últimamente, tenemos muchísimo trabajo y me gustaría pedir os ayuda ¿Aceptáis el reto? Mañana tenemos que irnos de viaje para completar una misión muy importante en Londres, estaremos allí tres días ¿Qué creéis que deberíamos llevar en nuestra maleta? Por equipos, haced una lista de cosas indispensables para este viaje.*

Una vez se ha leído la carta, la maestra dividirá al alumnado en equipos de cinco integrantes y entregará a cada grupo un folio y varias ceras de colores. Así, cada equipo tendrá 15 minutos para dibujar los 6 objetos que considera indispensables para el viaje. Posteriormente, cada equipo expondrá su lista y las razones por las que piensan que esos objetos son importantes.

A lo largo de la sesión, la maestra explicará al alumnado la importancia de que todos los miembros del equipo participen en la elaboración de la lista; y, al igual

---

que la Patrulla Canina, sean capaces de colaborar para conseguir superar este reto. A partir de este momento, el alumnado acepta formar parte de la patrulla y, cada cierto tiempo, recibirán un aviso con un nuevo reto a través de cartas que la maestra les leerá (véase Anexo 1). Cuando consigan superar todos los retos recibirán el diploma oficial de la patrulla (véase Anexo 2).

---

## **Actividad 2: El paracaídas**

---

**Objetivo general:** 1 y 3

**Objetivo específico:** 1A, 3A y 3B

**Espacio:** el patio (durante el recreo)

**Tipo de agrupamientos:** la clase conformara un único grupo

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** un paracaídas para actividades al aire libre

### **Descripción:**

Durante el recreo se propondrá al alumnado realizar un juego grupal. Para ello, se pone un paracaídas extendido en el suelo. El alumnado deberá colocarse alrededor de este y agarrarlo por uno de sus extremos. Cuando todos estén listos/as deberán levantar sus brazos y elevar el paracaídas para comenzar el juego. La maestra irá dando consignas, y el alumnado que las cumpla deberá soltar el paracaídas e ir corriendo al centro de este para darse un abrazo. Por ejemplo, si la maestra dice “las personas que tengan zapatos blancos” los niños/as que tengan el calzado de ese color se reunirán bajo el paracaídas para darse un abrazo. En este caso, las consignas irán variando en las distintas sesiones que se dedicarán al juego. Todas ellas estarán enfocadas en ampliar el vocabulario del alumnado y, asimismo, en ofrecerles la posibilidad de descubrir intereses en común con sus compañeros.

---

### **Actividad 3: ¡Shh más bajito!**

---

**Objetivo general:** 1

**Objetivo específico:** 1B

**Espacio:** el aula de Audición y Lenguaje

**Tipo de agrupamientos:** individual

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** tarjetas con los gráficos tonales

**Descripción:**

En esta actividad se pedirá al alumno seguir la entonación sobre gráficos tonales. Así, se le dirá una sílaba sencilla, por ejemplo “la” y tendrá que repetir esta sucesivamente siguiendo el gráfico tonal con su dedo índice. En el gráfico, las subidas indican progresivamente el uso de un tono mayor y las bajadas el uso de un tono menor (véase Anexo 3).

---

### **Actividad 4: Conociendo emociones**

---

**Objetivo general:** 1

**Objetivo específico:** 1C

**Espacio:** el aula de Audición y Lenguaje

**Tipo de agrupamientos:** individual

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** 4 libros, 4 imágenes con pictogramas de las emociones, pegamento y 1 cartulina

**Descripción:**

En esta actividad presentaremos al alumno las siguientes emociones: felicidad, tristeza, miedo y enfado. En cada sesión se trabajará una distinta. Al llegar al aula,

---

se leerá al alumno un cuento. Hay cuatro diferentes, cada uno trata una de las emociones que estamos trabajando (véase Anexo 4). Una vez hecho esto, se explicará al alumno cómo se siente el protagonista de la historia. Por ejemplo, “este niño tiene miedo, porque se ha perdido y no encuentra a su mamá”. Posteriormente, le entregaremos al alumno el pictograma con la carita asociada a esa emoción y lo pegaremos en una cartulina. Así, a lo largo de las 4 sesiones que se dedicarán a esta actividad crearemos nuestro panel de las emociones en el que cada emoción se asocia a un pictograma con una carita (véase Anexo 5).

---

### **Actividad 5: Reconociendo emociones**

---

**Objetivo general:** 1 y 3

**Objetivo específico:** 1C y 3A

**Espacio:** el aula

**Tipo de agrupamientos:** en equipos de cinco integrantes

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** el panel de las emociones, imágenes y viñetas de cómic

**Descripción:**

En esta actividad utilizaremos el panel de las emociones que hemos creado en la actividad anterior. Así, con este delante se harán tres tipos de actividades. Estas se presentan en orden de dificultad; de forma que se empezarán reconociendo las emociones en los propios compañeros/as, posteriormente a través de imágenes y, por último, utilizando viñetas de cómic:

- a) **Juego de imitación:** con el panel de las emociones delante, cada integrante del grupo elegirá una emoción (sin decírselo al resto) y la imitará; de forma que, el resto compañeros/as tratará de adivinar de qué emoción se trata.
  - b) **Imágenes:** con el panel de las emociones delante, se presentarán distintas imágenes al alumnado (véase Anexo 6); así, se le pedirá que identifique
-

cuál de las cuatro emociones del panel está sintiendo esa persona (felicidad, tristeza, miedo o enfado).

- c) Viñetas de cómic:** con el panel de las emociones delante, se presentarán distintas viñetas de cómic (véase Anexo 7) a través de las cuales se pedirá al alumnado identificar cómo se sienten los personajes (felices, tristes, con miedo o enfadados).
- 

### **Actividad 6: ¿Cómo suena?**

---

**Objetivo general:** 1 y 3

**Objetivo específico:** 1A, 1B, 3A, 3C

**Espacio:** el aula

**Tipo de agrupamientos:** la clase se divide en dos grupos

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** tarjetas con objetos y animales; y un dado

**Descripción:**

La clase se dividirá en dos equipos (formados por la maestra), el equipo rojo y el equipo azul. Para decidir quién comienza, un miembro de cada equipo debe lanzar un dado, el que saque el número mayor empieza. Una vez hecho esto, un miembro del equipo que empieza debe levantarse y coger una tarjeta (véase Anexo 8), en ella verá un objeto o un animal y deberá hacer una onomatopeya para que el resto de los compañeros/as puedan identificar el objeto o animal. Si su equipo acierta, se lleva un punto; si no, se dará la oportunidad de responder al otro equipo y si la respuesta es correcta el punto será para ellos/as. En el caso de que un alumno/a necesite ayuda porque no sabe cómo imitar el objeto o animal de su tarjeta podrá utilizar el comodín de la ayuda (este permite a un miembro del equipo levantarse y ayudarlo).

---

## **Actividad 7: ¡El Rey Araña ha vuelto!**

---

**Objetivo general:** 2

**Objetivo específico:** 2B y 2C

**Espacio:** el aula de Audición y Lenguaje

**Tipo de agrupamientos:** individual

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** cuento motor y una colchoneta para que el alumno pueda tumbarse

**Descripción:**

En esta actividad se presenta al alumno un cuento motor a través del cual se trabaja la relajación progresiva:

*El Rey Araña te ha atrapado con su tela de araña y no puedes moverte. Estas atrapado y comienzas a notar tensión en todo tu cuerpo, pero no te preocupes lograrás salir. Lo primero que debes hacer es apretar tus puños todo lo fuerte que puedas y notar que toda tu fuerza se concentra en tus brazos. Poco a poco, vas abriendo los puños y notas como la tela de araña ha comenzado a abrirse. Ahora, debes hacer lo mismo con tu barriga tratando de concentrar toda tu fuerza en ella, ya casi está, la tela de araña se está abriendo poco a poco y ya puede girar tu tronco lentamente hacia la izquierda y luego hacia la derecha notando como te vas liberando de la presión de la tela de araña. Por último, aprieta tus pies contra el suelo con toda tu fuerza ¡lo has conseguido! Has roto la tela de araña y eres libre, la presión va desapareciendo poco a poco de tus piernas y ya te puedes levantar. Enhorabuena, la Patrulla Canina está orgullosa de ti.*

---

## **Actividad 8: Mi amigo A**

**Objetivo general:** 2 y 3

**Objetivo específico:** 2A, 2B y 3C

**Espacio:** el aula de Audición y Lenguaje

**Tipo de agrupamientos:** individual

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** cuento de elaboración propia “Mi amigo A”, un álbum o libreta con hojas en blanco, y pictogramas

### **Descripción:**

Mi amigo A es cuento de elaboración propia que explica algunos de los síntomas más comunes en la ansiedad (véase Anexo 9). En esta actividad, se presentará al alumno esta historia y se le preguntará si se ha sentido así alguna vez; con el fin de conocer si es capaz de identificar alguna situación que le genere ansiedad. En caso de que no sea así, partiremos de nuestras observaciones para ayudarlo.

*¡Hola! Mi nombre es A y a veces sufro ansiedad. La ansiedad es un sentimiento un poco extraño, y suele aparecer cuando algo nos preocupa muchos y nos produce tanto miedo que nuestro cuerpo se vuelve rígido como el de una estatua...Yo conocí este sentimiento mi primer día de natación. Al llegar allí, mi cabeza se llenó de preocupaciones:” nadar es muy difícil”, “¿y si te haces daño?”, “hay demasiado ruido”. Después, empecé a sentir que mi respiración iba demasiado rápido, y todo mi cuerpo se llenó de tensión. Tenía muchas ganas de irme a mi casa... Desde entonces, cuando tengo ansiedad pido ayuda a mi familia, a la maestra, o a mis amigos y amigas que siempre están ahí para apoyarnos ¿Y tú te has sentido así alguna vez?*

A partir de este momento, dedicaremos cuatro sesiones a realizar un álbum que llenaremos con imágenes de actividades, personas o acciones que pueden ayudarnos en momentos donde sentimos ansiedad (véase Anexo 10).

## **Actividad 9: Collares de emergencia**

---

**Objetivo general:** 2 y 3

**Objetivo específico:** 3B y 3C

**Espacio:** el aula

**Tipo de agrupamientos:** la clase conforma un único grupo y la tarea es individual

**Duración:** 30 minutos

**Materiales:** lana, punzones y cartulinas

**Descripción:**

Esta actividad se presenta a través de un aviso que llega en forma de carta:

*Los miembros de la Patrulla Canina llevamos un reloj muy importante. Nuestro reloj tiene un botón rojo, cuando lo apretamos llega un aviso a Ryder y al resto de miembros de la patrulla. Así, cuando tenemos algún problema, cuando estamos tristes o cuando sentimos que necesitamos ayuda apretamos el botón y, en seguida, nuestros amigos reciben un aviso. Lamentablemente, no tenemos más relojes, pero se nos ha ocurrido que podéis crear vuestro propio collar de emergencias. Es importante que siempre lo tengáis en el cole, si en algún momento necesitáis ayuda o simplemente no sabéis como enfrentaros a alguna situación, sólo tenéis que poneros vuestro collar mágico. Así, tanto vuestros/as compañeros/as como los/as maestros/as podrán ayudaros siempre que lo necesitéis.*

Una vez se ha leído la carta, entregaremos al alumnado lana y cartulina para que creen los accesorios de su collar (los unirán haciendo un agujero con el punzón y pasando la lana por el mismo) (véase Anexo 11). Por último, la maestra les preguntará a los niños/as por situaciones que les hacen sentir preocupados o nerviosos y se hará una puesta en común de todas las ideas.

---

## **2.6. Evaluación**

Tal y cómo se indica en el currículum de Educación Infantil la evaluación será global, continua y formativa y deberá tener en cuenta, de manera cualitativa, los progresos del alumnado; por ello, la observación directa y sistemática será la principal técnica empleada. Además, esta deberá contribuir a mejorar el proceso de enseñanza mediante la valoración de las actividades realizadas y de la actuación del docente (Decreto 150/2022).

Teniendo en cuenta estas directrices, se realizará una evaluación continua de los aprendizajes del alumno a través de un diario de aula en donde se registrará, mensualmente, su progreso partiendo de los objetivos específicos establecidos (véase Anexo 12). Además, se hará una evaluación final, una vez terminada la propuesta, en la cual se empleará una lista de control para determinar si los objetivos específicos se han alcanzado, no se han alcanzado o están en proceso de alcanzarse (véase tabla 5).

**Tabla 5**

*Lista de control para el alumnado*

<b>EVALUACIÓN FINAL ALUMNO</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>En proceso</b>
Ampliar el vocabulario			
Aumentar el número de veces en las que se utiliza un tono del habla adecuado			
Discriminar las emociones de enfado, tristeza, miedo y felicidad			
Reconocer síntomas asociados a la ansiedad			
Identificar situaciones que generan ansiedad en el ámbito escolar			
Conocer técnicas de relajación para manejar la ansiedad			

---

Mostrar una mayor implicación en las actividades grupales

---

Encontrar intereses en común con los compañeros/as

---

Aumentar el número de veces en las que se solicita ayuda

---

En cuanto a la evaluación de la propuesta, esta se realizará a través de el mismo diario de aula en el que se registrarán los aspectos positivos y negativos de cada una de las actividades detectados tras su aplicación y, además, a través de una lista de control donde se indicará si los objetivos generales de la propuesta se han cumplido, no se han cumplido o están en proceso (véase Tabla 6). De esta forma, determinaremos si las actividades propuestas contribuyen o no al logro de los objetivos establecidos.

**Tabla 6**

*Lista de control para la propuesta*

<b>EVALUACIÓN FINAL DE LA PROPUESTA</b>	Sí	No	En proceso
Aumentar el número de veces en las que se emplea un lenguaje oral funcional			
Aprender a controlar los síntomas de la ansiedad en el ámbito escolar			
Incrementar el número de interacciones con los compañeros/as			

## **CONCLUSIONES**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se considera un trastorno del neurodesarrollo que incluye trastornos que previamente recibieron otra denominación, como es el Trastorno de Asperger, cuyas principales características son: a) el deterioro persistente de la comunicación e interacción

social y b) los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos; que, en ocasiones se presentan junto con otras dificultades como déficits a nivel motor y sensorial. Además, hay que considerar que este trastorno presenta un alto índice de comorbilidad con otros como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). En cuanto a su etiología, esta ha generado una gran controversia a lo largo del tiempo, aun así, parece haber un acuerdo en considerar esta de origen genético.

Por otro lado, el diagnóstico del TEA constituye un pilar fundamental para poder desarrollar estrategias de intervención personalizadas que mejoren la calidad de vida de quien lo padece. Con todo, la heterogeneidad que define la sintomatología y expresión de este trastorno determina que esto no sea una tarea fácil. En lo relativo a la intervención, parece haber un acuerdo general en la necesidad de que exista un tratamiento clínico y psicoeducativo que se adecúe a las características propias del individuo, potencie sus habilidades y le ayude a disminuir sus dificultades con el fin de mejorar su bienestar e inclusión en la sociedad. Considerando esta realidad y la alta prevalencia que presenta este trastorno en la infancia, es fundamental que en los centros educativos cuenten con un equipo multidisciplinar de profesionales con una adecuada formación para dar respuesta a estas necesidades.

En la propuesta que se presenta en este Trabajo de Fin de Grado, se diseñaron nueve actividades en las que, a través de una metodología lúdica, se pretende generar un contexto natural para que el alumno mejore su competencia social. De esta manera, se enfatiza la necesidad de que el desarrollo de las habilidades sociales se lleve a cabo a partir de interacciones reales con el entorno de los niños/as; y no como un aprendizaje memorístico de conductas. Asimismo, se considera de vital importancia el tener en cuenta sus centros de interés para incrementar su motivación en las tareas; y, en base a ella, conseguir una mejora en las dificultades detectadas. Con todo, debemos considerar que esta es fruto de un proceso de aprendizaje y, por ello, se asume que presenta aspectos a mejorar; y, aunque en esta ocasión no fue posible, se espera poder llevarla a cabo en un futuro para comprobar su validez y, asimismo, detectar sus puntos fuertes y débiles.

## REFERENCIAS

- Alonso, J. R. (2009). *Autismo y Síndrome de Asperger: guía para familiares, amigos y profesionales*. Amarú.
- Amat, C. (2014). La construcción de la identidad: ¿Quién soy? En M. Merino Martínez (Coord.), *Todo sobre el Asperger* (pp. 177-189). Altaría.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Anagnostou, E., Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Fombonne, E., Fernandez, B. A., Woodbury-Smith, M., Brian, J., Bryson, S., Smith, I. M., Drmic, I., Buchanan, J. A., Roberts, W. y Scherer, S. W. (2014). Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. *Canadian Medical Association Journal*, 186(7), 509-519. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121756>
- Arnáiz, J. y Zamora, M. (2014). Detección, diagnóstico y evaluación en el Asperger. En M. Merino Martínez (Coord.), *Todo sobre el Asperger* (pp. 77-112). Altaría.
- Artigas-Pallarès, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Asperger, H. (1944). Die autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger: una guía para la familia*. Paidós.
- Attwood, T. (2009). *Guía del Síndrome de Asperger*. Paidós.
- Baird, G., Charman, T., Cox, A., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Wheelwright, S. y Drew, A. (2001). Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 84(6), 468-475. <https://doi.org/10.1136/adc.84.6.468>
- Baron-Cohen, S. (2003). *La gran diferencia: cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Amat.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza Editorial.

- Beaumont, R y Sofronoff, K. (2008). A multi-component social skills intervention for children with Asperger syndrome: the Junior Detective Training Program. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 743-753. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01920.x>
- Begeer, S., Mandell, D. S., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F. C. y Koot, H. M. (2013). Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1151-1156. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1656-z>
- Bejerot, S. (2007). An autistic dimension. *Autism*, 11(2), 101-110. <https://doi.org/10.1177/1362361307075699>
- Bellini, S. y Akullian, J. (2007). A Meta-Analysis of Video Modeling and Video Self-Modeling Interventions for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Exceptional Children*, 73(3), 264-287. <https://doi.org/10.1177/001440290707300301>
- Berrio-Sánchez, S., Gámez-Martínez, A. y Bonachea-Cabrera, I. (2022). El desarrollo de habilidades sociales en un escolar con síndrome de Asperger: estudio de caso. *Educación y Sociedad*, 20(1), 81-101. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8256975>
- Carlsson, L. H., Norrelgen, F., Kjellmer, L., Westerlund, J., Gillberg, C. y Fernell, E. (2013). Coexisting Disorders and Problems in Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2013/213979>
- Caron, C. y Rutter, M. (1991). Comorbidity in Child Psychopathology: Concepts, Issues and Research Strategies. *Association for Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1063-1080. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00350.x>
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of autism spectrum disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *Surveillance Summaries*, 61(3), 1-19.

- Charman, T. (2002). The prevalence of autism spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(6), 249-256. <https://doi.org/10.1007/s00787-002-0297-8>
- Charman, T. y Baird, G. (2002). Practitioner Review: diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 289-305. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00022>
- Cobo-Yera, C. y Belda-Torrijos, M. (2022). La mejora de las habilidades comunicativas en alumnos TEA a través de las TIC. *International Journal of New Education*, 10, 5-20. <https://doi.org/10.24310/ijne.10.2022.14769>
- Corbett, B. A. y Abdullah, M. (2005): Video Modeling: Why does it work for children with autism? *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(1), 2-8. <https://doi.org/10.1037/h0100294>
- Cornago, Navarro, M., y Collado, F. (2013). *Manual del juego para niños con autismo, ejercicios, materiales y estrategias: del cucutrás a juego simbólico*. Psylicom Editions.
- Crespi, B. y Crofts, H. (2012). Association testing of copy number variants in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4(15), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1866-1955-4-15>
- Davies, C., Moosa, M., McKenna, K., Mittal, J., Memis, I., Mittal, R. y Eshraghi, A. A. (2023). Quality of Life, Neurosensory Disorders and Co-Occurring Medical Conditions in Individuals on the Spectrum, with a Special Focus on Females Diagnosed with Autism: a Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1-23. <https://doi.org/10.3390/jcm12030927>
- Decreto 150/2022, de 8 de septiembre, por el que se establece la ordenación y el currículo de la educación infantil en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Diario oficial de Galicia*, 172, del 9 de septiembre de 2022, pp. 47984-48056. <https://bit.ly/3BPvxNj>
- De la Iglesia, M. y Olivar, J. (2012). Revisión de estudios e investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (TEA-AF) y los trastornos

- de ansiedad. *Anales de Psicología*, 28(3), 823-833.  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.124881>
- Edelson, S. M. (2022). Evidence from Characteristics and Comorbidities Suggesting That Asperger Syndrome Is a Subtype of Autism Spectrum Disorder. *Genes*, 13(2), 274. <https://doi.org/10.3390/genes13020274>
- Elder, J. H., Kreider, C. M., Brasher, S. y Ansell, M. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent-child relationships. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 283-292.  
<https://doi.org/10.2147/prbm.s117499>
- Etchepareborda, M. C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1), 175-192.
- Fein, D., Dixon, P., Paul, J. y Levin, H. (2005). Brief Report: Pervasive Developmental Disorder Can Evolve into ADHD: Case Illustrations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(4), 525-534.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-005-5066-3>
- Fernell, E., Eriksson, M. y Gillberg, C. (2013). Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review. *Clinical Epidemiology*, 5(1), 33-43.  
<https://doi.org/10.2147/clep.s41714>
- Fett-Conte, A., Bossolani-Martins, A. y Rosan, D. (2015). Etiology of Autism the Complexity of Risk Factors in Autism Spectrum Disorder. En M. Fitzgerald (Coord.), *Autism Spectrum Disorder* (pp, 314-348). InTech.
- Fombonne, E. (2003). The Prevalence of Autism. *JAMA*, 289(1), 87-89.  
<https://doi.org/10.1001/jama.289.1.87>
- Foley-Nicpon, M. y Assouline, S. G. (2010). Atendiendo las necesidades de estudiantes talentosos con trastornos del espectro autismo: aproximaciones diagnósticas, terapéuticas y psicoeducativas. *Psicoperspectivas*, 9(2), 203-223.  
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol9-issue2-fulltext-87>
- Frith, U. (1989). *Autismo*. Alianza Editorial.
- Frith, U. (2004). Emanuel Miller lecture: confusions and controversies about Asperger síndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 672-686. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00262.x>

- Fuller, E. A., y Kaiser, A. P. (2019). The Effects of Early Intervention on Social Communication Outcomes for Children with Autism Spectrum Disorder: a Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(5), 1683-1700. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03927-z>
- Ghaziuddin, M., Alessi, N. y Greden, J. (1995). Life events and depression in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 495–502. <https://doi.org/10.1007/BF02178296>
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N. y Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 299–306. <https://doi.org/10.1023/A:1016330802348>
- Ghaziuddin, M. y Greden, J. (1998). Depression in Children with Autism/Pervasive Developmental Disorders: a Case-Control Family History Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(2), 111-115. <https://doi.org/10.1023/A:1026036514719>
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543-1551. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.06.002>
- Gillberg, C. y Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 321-330. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102005321.x>
- González-Moreno, C. X. (2018). Intervención en un niño con autismo mediante el juego. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(3), 365-374. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.62355>
- Happé, F. (1998). *Introducción al autismo*. Alianza Editorial.
- Happé, F. y Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119(4), 1377-1400. <https://doi.org/10.1093/brain/119.4.1377>
- Happé, F. y Frith, U. (2009). The beautiful otherness of the autistic mind. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364(1522), 1345-1350. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0009>

- Happé, F. y Vital, P. (2009). What aspects of autism predispose to talent? *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364(1522), 1369-1375. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0332>
- Head, A., McGillivray, J. y Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, 5(1), 2-9. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-19>
- Howling, P., Baron-Cohen, S. y Hadwin, J. (2006). *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás: guía práctica para educadores*. Ediciones Ceac.
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A. y Morgan, J. (2013). Autism Spectrum Disorders in Eating Disorder Populations: a Systematic Review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345-351. <https://doi.org/10.1002/erv.2244>
- Johnson, C. P., Myers, S. M y Council on Children With Disabilities (2007). Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kerns, C. y Kendall, P. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology-science and Practice*, 19(4), 323-347. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12009>
- Ketelaars, M. P., Velt, A. I., Mol, A., Swaab, H., Bodrij, F. F. y Van Rijn, S. (2017). Social attention and autism symptoms in high functioning women with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 64, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.005>
- Klin, A. (2003). Asperger syndrome: an update. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 103-109. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000200011>
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Ashbaugh, K. y Bradshaw, J. (2013). The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 50-56. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.861511>
- Lainhart, J. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry*, 11(4), 278-298. <https://doi.org/10.1080/09540269974177>

- Latorre, C. y Puyuelo, M. (2016). Evaluación Psicopedagógica e Intervención Sociocomunicativa en Niños con Trastorno de Asperger: análisis de un caso. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 9(1), 61-74  
<https://doi.org/10.15366/riee2016.9.1.004>
- López, S., y Rivas, R. (2014). El trastorno del espectro del autismo: retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A. y Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223. <https://doi.org/10.1023/a:1005592401947>
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A. y Skuse, D. (2012). Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: Evidence from a Large Sample of Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1304-1313.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-011-1356-0>
- Martín-Borreguero, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con Síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. *Revista de neurología*, 41(1), 115-122.  
<https://doi.org/10.33588/rn.41S01.2005386>
- Martos, J. Ayuda, R. y Freire, S. (2017). *Trastornos del Espectro Autista de Alto Funcionamiento: otra forma de aprender*. Editorial CEPE. <https://elibro-net.ezbusc.usc.gal/es/lc/busc/titulos/153555>
- Martos, J. y Llorente, M. (2017). *El niño al que se le olvidó cómo mirar*. La Esfera de los Libros.
- Massani, J. (2018). *Diagnóstico psicopedagógico para el tratamiento de las niñas y niños con trastornos del espectro autista*. Editorial Universo Sur.  
<https://elibro-net.ezbusc.usc.gal/es/lc/busc/titulos/120863>
- Matson, J. L. y Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 341-352. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.12.004>

- Mercado, Y. M. G., Martínez, L. M., y González, M. J. G. (2016). Autismo y evaluación. *Ra Ximhai*. <https://doi.org/10.35197/rx.12.01.e3.2016.33.yg>
- Merino, M. (2014). *Intervención en el síndrome de Asperger*. En M. Merino Martínez (Coord.), *Todo sobre el Asperger* (pp. 297-338). Altaria.
- Merino, M y Belichón, M. (2014). *Intervención educativo-social con personas con síndrome de Asperger*. En M. Merino Martínez (Coord.), *Todo sobre el Asperger* (pp. 241-265). Altaria.
- Milner, V. S., McIntosh, H., Colvert, E. y Happé, F. (2019). A Qualitative Exploration of the Female Experience of Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(6), 2389-2402. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03906-4>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo. <https://acortar.link/8qlljH>
- Monjas, M. I. (1999). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. CEPE.
- Naranjo, R. (2014). Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. *NOVA*. 21(12), 81-101. <https://doi.org/10.22490/24629448.998>
- Ojea, M. (2019). *Intervención de las familias y profesionales en personas con trastornos del espectro autista*. Pirámide.
- Oliver, C. y Cook, F. (2011). A review of defining and measuring sociability in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(1), 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.09.021>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://n9.cl/aqoel>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (11ª ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Orrú, S. (2021). *Aprendices con autismo: aprendizaje por ejes de interés en espacios no excluyentes*. Morata.
- Padrón, P. (2006). *Asperger en el aula: historia de Javier*. Diaz de Santos.
- Paul, R., Orlovski, S. M., Marcinko, H. C., y Volkmar, F. R. (2009). Conversational Behaviors in Youth with High-functioning ASD and Asperger Syndrome.

- Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 115-125.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-008-0607-1>
- Perry, R. (1998). Misdiagnosed ADD/ADHD; Rediagnosed PDD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 113-114. <https://doi.org/10.1097/00004583-199801000-00024>
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Trotta.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. y Green, J. R. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.  
<https://doi.org/10.1023/a:1010738829569>
- Robles-Bello M., Sánchez-Teruel, D., Valencia-Naranjo, N. y Barba, F. (2021). Differences in Adolescents with Down Syndrome and Asperger in a Social Skills Training Program. *SAGE*, 11(2), 1-9.  
<https://doi.org/10.1177/21582440211008889>
- Rodríguez, F. (2016). *Guía de intervención logopédica en los Trastornos del Espectro del Autismo*. Editorial Síntesis.
- Rosal, T, Ivern, I. y Giné, C. (2018). Video modeling para enseñar habilidades sociales a niños con trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Revista Española de Discapacidad*, 6(1): 31-47.  
<https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.01.02>
- Sanchez-Raya, M., Martínez-Gual, E., Elvira, J. A. M., Luque, B. y Cívico, F. J. A. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 21(1), 55-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.04.001>
- Sedgewick, F., Hill, V., Yates, R., Pickering, L. y Pellicano, E. (2016). Gender Differences in the Social Motivation and Friendship Experiences of Autistic and Non-autistic Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1297-1306. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2669-1>
- Segura, M. y Arcas, M. (2010). *Educación de las emociones y sentimientos. Introducción práctica al complejo mundo de los sentimientos*. Nercea Ediciones

- Smalley, S. (1988) Autism and Tuberous Sclerosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(5), 407-414. <https://doi.org/10.1023/A:1026052421693>
- Sreedaran, P. y Ashok, M. V. (2015). Asperger Syndrome in India: Findings from a Case-Series with Respect to Clinical Profile and Comorbidity. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 212-214. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155632>
- Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., y Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1163-1169. <https://doi.org/10.2147/ndt.s154966>
- Szatmari, P. (2006). *Una mente diferente: comprender a los niños con autismo y síndrome de Asperger*. Paidós.
- Talantseva, O. I., Romanova, R. S., Shurdova, E. M., Dolgorukova, T. A., Sologub, P. S., Titova, O. S., Kleeva, D. F. y Grigorenko, E. L. (2023). The global prevalence of autism spectrum disorder: a three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1071181>
- Tomanik, S. S., Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lane, D. M. y Bryant Shaw, J. (2006). Improving the Reliability of Autism Diagnoses: examining the Utility of Adaptive Behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 921-928. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0227-6>
- Tortosa, F. (2004). *Tecnologías de ayuda en personas con Trastorno del Espectro Autista: guía para docentes*. Pictográfica S.L.
- Treffert, D. A. (2010). *Islands of genius: the bountiful mind of the Autistic acquired and sudden savant*. Jessica Kingsley Publishers.
- Treffert, D. A. (2014). Savant Syndrome: Realities, Myths and Misconceptions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 564-571. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1906-8>
- Van Wijngaarden-Cremers, P. J. M., Van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J. y Van Der Gaag, R. J. (2014). Gender and Age Differences in the Core Triad of Impairments in Autism Spectrum Disorders: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and*

- Developmental Disorders*, 44(3), 627-635. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1913-9>
- Vaquerizo-Serrano, J., De Pablo, G., Singh, J. y Santosh, P. (2021). Catatonia in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 65(1), 1-10. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2259>
- Volkmar, F., Klin, M., Schultz, R., Bronen, R., Wendy, D., Marans, M., Sparrow, S., Donald, J. y Cohen, M. (1996). Asperger's Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 118-123. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00020>
- Westwood, H. y Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: an Updated Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-139. <https://doi.org/10.1017/s0033291700053332>
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: new updated edition*. Robinson Ediciones. Paidós América.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. Ediciones. Paidós América.
- Wing, L. (2005). Reflections on Opening Pandora's Box. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(2), 197-203. <https://doi.org/10.1007/s10803-004-1998-2>
- Wing, L. y Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 151-161. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10029>
- Woodbury-Smith y Volkmar (2009). Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18(2), 2-11. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0701-0>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A. I., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. Y. y Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

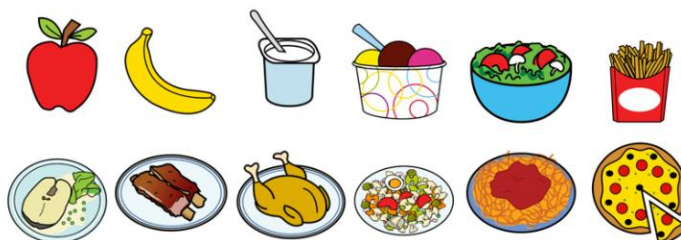
## ANEXOS

### Anexo 1

#### Cartas para la actividad Viajando a Londres

##### RETO 2. ESCOGIENDO MENÚ

Buenos días niños y niñas del aula de 6º de Educación Infantil. Soy yo de nuevo, Ryder, ¿qué tal estáis? Hoy hemos tenido un día agotador en Londres y, por fin, ha llegado la hora de comer, pero necesitamos vuestra ayuda. Estamos en un restaurante y hay tantas opciones que no sabemos qué escoger. Os enviaré los alimentos y debéis hacer un menú formado por un entrante, un plato principal y un postre. Recordar, es muy importante que sea saludable, necesitamos un montón de energía para afrontar el día.



##### RETO 3 DIBUJANDO NUESTRA CIUDAD

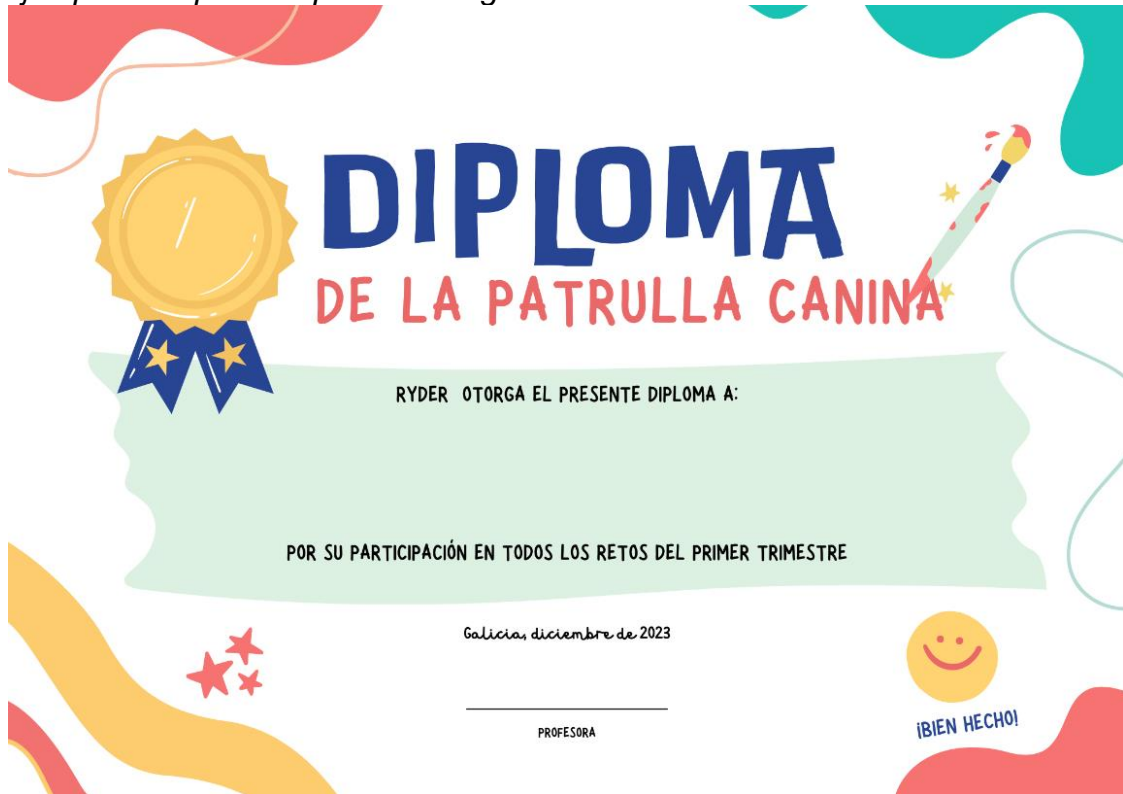
Buenos días niños y niñas del aula de 6º de Educación Infantil. Soy yo de nuevo, Ryder, ¿qué tal estáis? Hoy tenemos el día libre y vamos a dar un paseo por el centro de la ciudad. La verdad es que Londres es un lugar precioso, pero tenemos mucha curiosidad por cómo es el Lugar donde vivís. ¿Podrías hacer un dibujo de vuestra ciudad? ¿qué actividades podríamos hacer si fuésemos de visita?

##### RETO 4 UNA NAVIDAD EN GALICIA

Buenos días niños y niñas del aula de 6º de Educación Infantil. Soy yo de nuevo, Ryder, ¿qué tal estáis? Nos han encantado vuestros dibujos, vuestra ciudad es preciosa. Nos ha gustado tanto que tenemos pensado ir estas navidades, pero no tenemos ni idea de cómo es el clima en Galicia. ¿Podrías decirnos qué prendas de ropa deberíamos llevar para pasar allí la Navidad?

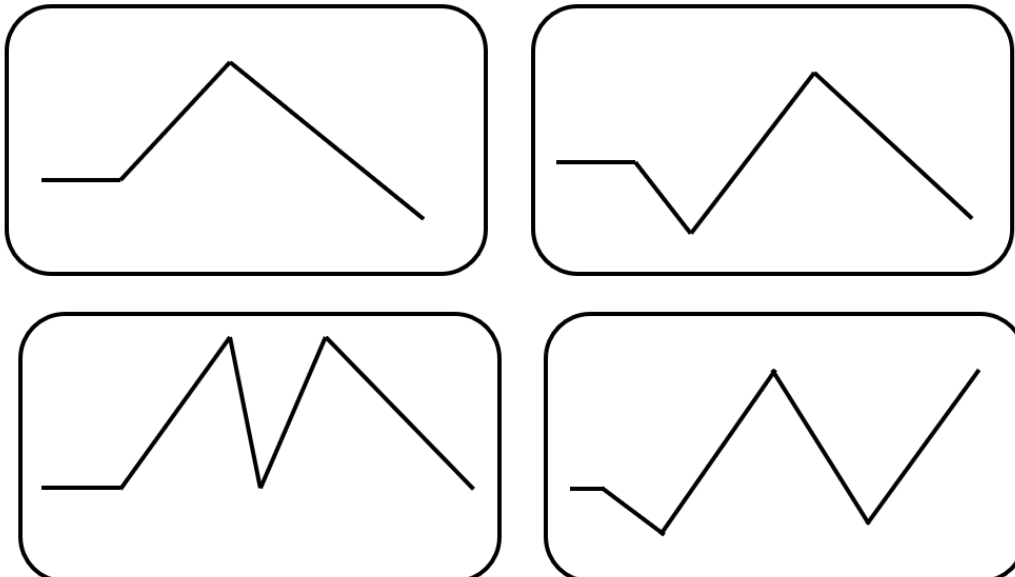
## Anexo 2

Ejemplo de diploma<sup>3</sup> que se entregaría al alumnado



## Anexo 3

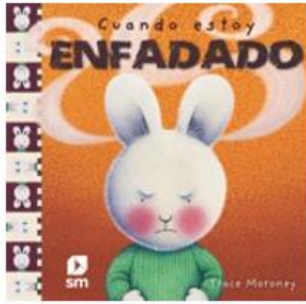
Gráficos tonales



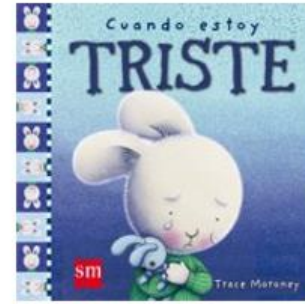
<sup>3</sup> Elaborado a partir de Canva: <https://www.canva.com/>

#### Anexo 4

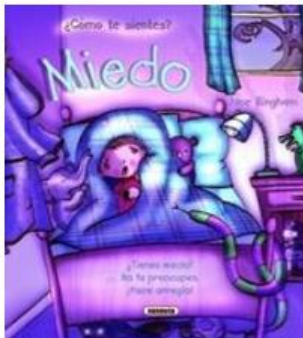
##### Selección de obras para Conociendo las emociones



Moroney, T. (2005). *Cuando estoy enfadado*. Ediciones SM



Moroney, T. (2005). *Cuando estoy triste*. Ediciones SM



Binham, J. (2010). *¿Cómo te sientes? Miedo*. Ediciones S.A



Binham, J. (2007). *Felicidad*. Texto Editores

#### Anexo 5

##### Panel de las emociones



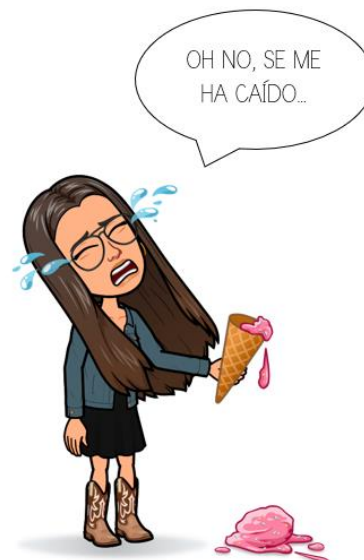
## **Anexo 6**

*Ejemplos de imágenes para reconocer emociones*



## **Anexo 7**

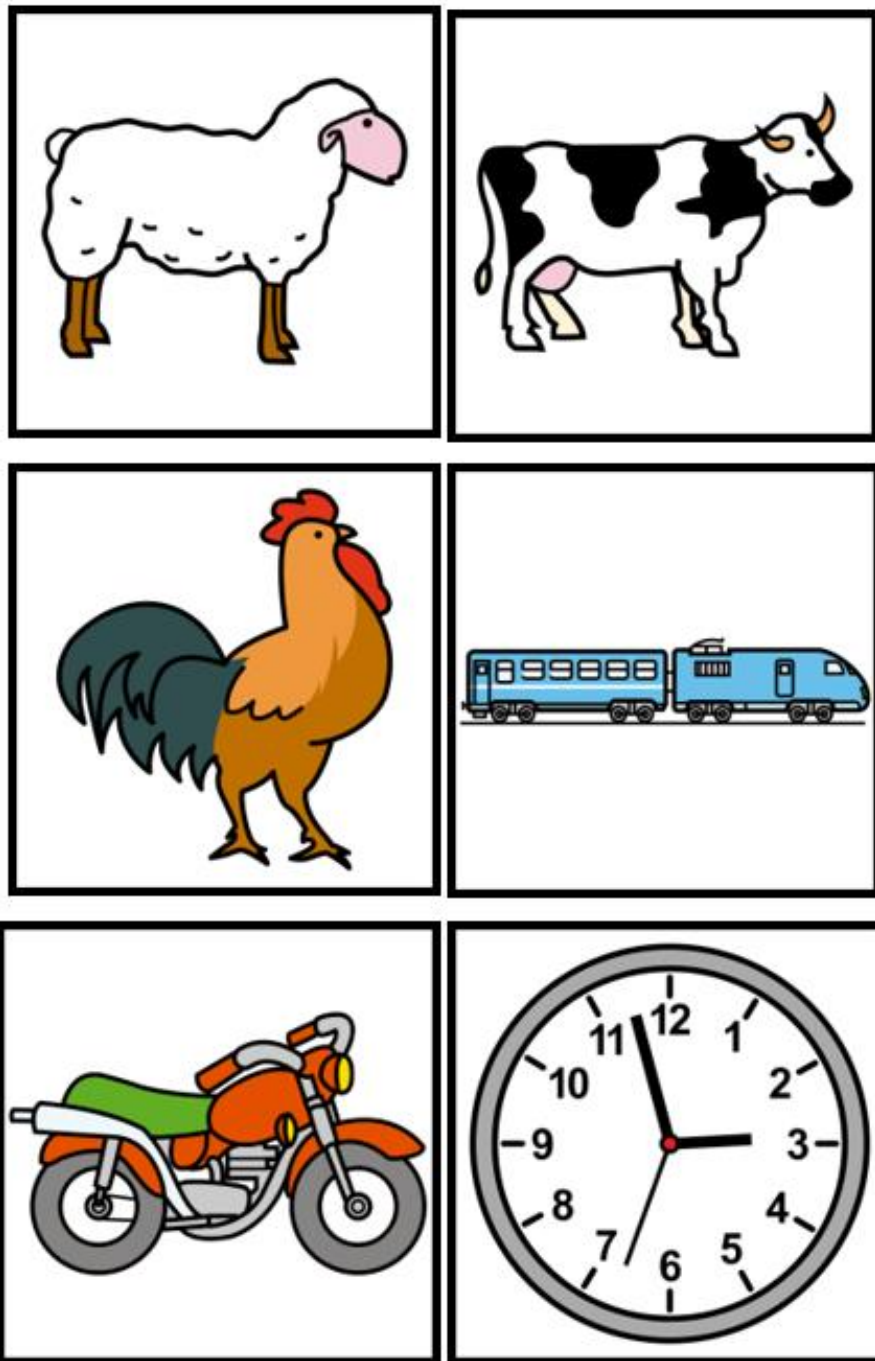
*Ejemplo de viñetas<sup>4</sup> de cómic*



<sup>4</sup> Elaboradas a partir de Bitmoji: <https://www.bitmoji.com/>

**Anexo 8**

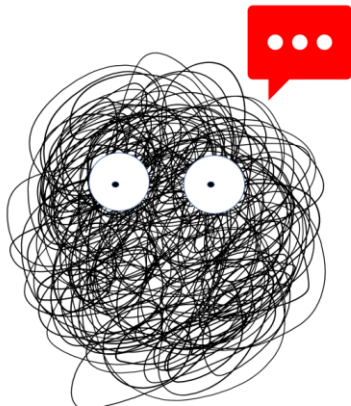
*Ejemplos de tarjetas para onomatopeyas*



**Anexo 9**  
*Historia Mi amigo A*



¡Hola!  
Mi nombre es A y a veces  
sufro ansiedad.



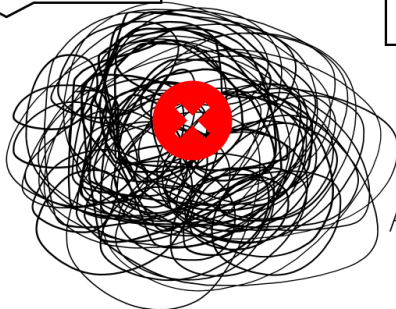
La ansiedad es un sentimiento  
un poco extraño, y suele  
aparecer cuando algo nos  
preocupa mucho y nos produce  
tanto miedo que nuestro cuerpo  
se vuelve rígido como el de una  
estatuas...



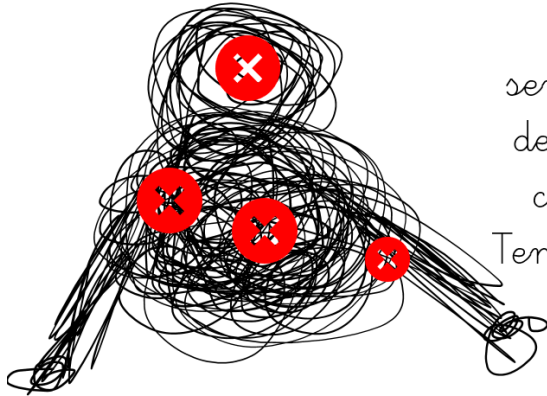
Nadar es  
muy difícil...

¿Y si te haces  
daño?

Hay demasiado  
ruido...



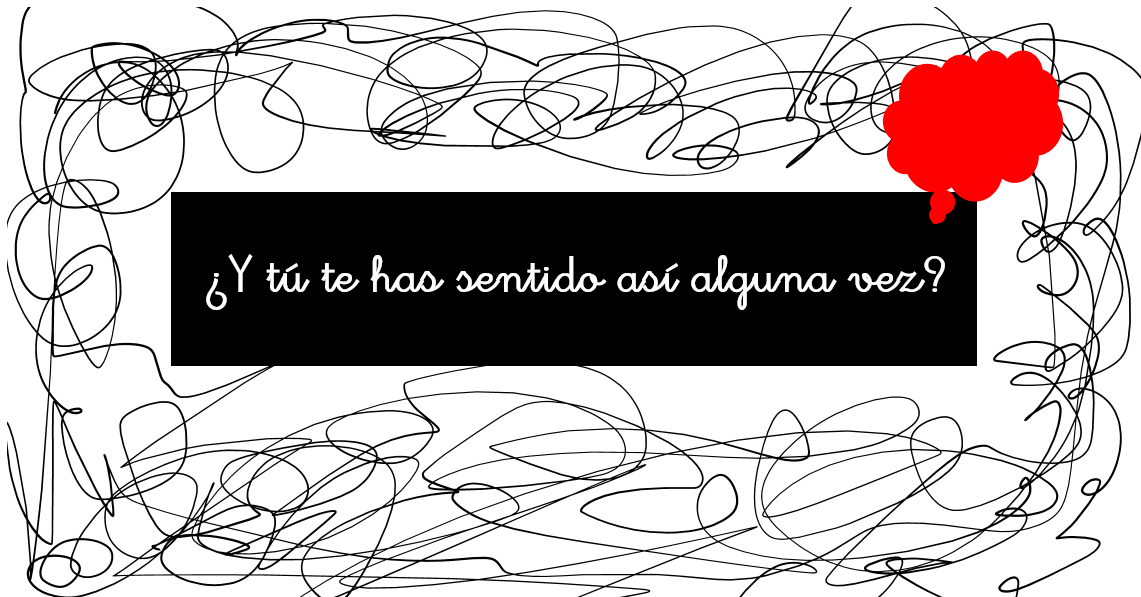
Yo conocí este sentimiento mi  
primer día de natación.  
Al llegar allí, mi cabeza se llenó  
de preocupaciones...



Después, empecé a sentir que mi respiración iba demasiado rápido, y todo mi cuerpo se llenó de tensión. Tenía muchas ganas de irme a mi casa...

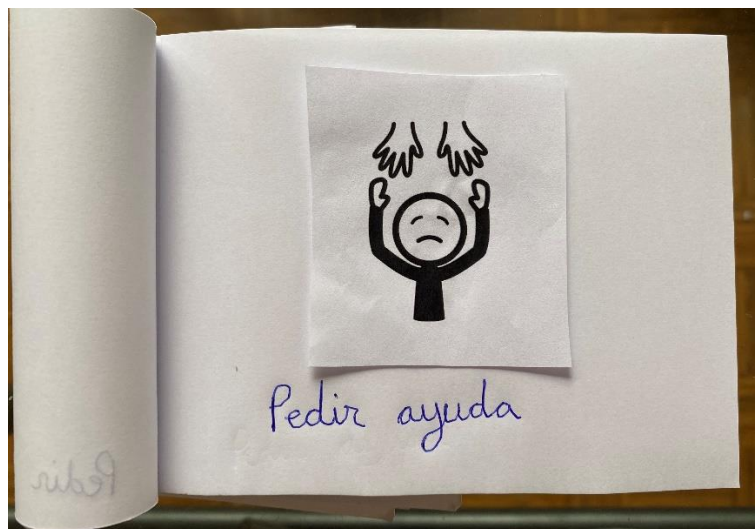


Desde entonces, cuando tengo ansiedad pido ayuda a mi familia, a la maestra o a mis amigos y amigas que siempre están ahí para apoyarnos.



¿Y tú te has sentido así alguna vez?

**Anexo 10**  
*Ejemplos de álbum*



**Anexo 11**

*Ejemplo de collares de emergencia*



**Anexo 12**

*Diario de observación*

Día:

Hora:

Actividad:

Observaciones:

Todas las imágenes utilizadas se han extraído de páginas libres de derechos, ARASAAC y Pexels (<https://www.pexels.com/es-es/>).