



UADY
FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

**ENTRENAMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO Y
EXPRESIÓN DE EMOCIONES BÁSICAS EN ESCOLARES
CON ASPERGER**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE
CLÍNICA INFANTIL**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. LILIANA AGUIRRE GUTIÉRREZ**

**DIRECTORA
MTRA. PAULINA CAMPOS ROMERO**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
ENERO 2017**

Agradecimientos

A mis queridos padres, Víctor y Bertha, por ser mi ejemplo todos los días, por su amor incondicional, por brindarme su apoyo moral, emocional y espiritual sin importar si mis planes suenan descabellados. A ellos les dedico esta tesis.

A Dios, por darme la vida y por permitirme mantenerla hasta ahora.

A mis hermanos, Joaquín, Janeth e Ingrid, por ser quienes me han retado desde pequeña para ser mejor y no ser conformista.

A mis compañeros de clínica infantil, en especial a Joseline, Fernando, Pedro y Emmanuel por animarme siempre y por creer en mí. Han sabido ser mi segunda familia.

A mi asesora, Paulina, por sus consejos, su guía y por brindarme palabras que me han hecho sentir la mejor psicóloga del mundo, capaz de alcanzar cualquier meta que se proponga. Por apoyarme aun cuando mis ideas sonaban raras, ella pudo darles sentido.

A Lourdes, Manuel, Paulina, Elia, Ricardo, Sally, Estrella, mis maestros significativos, quienes gracias a sus enseñanzas inculcaron en mí el amor por la Psicología.

A Adriana Ruz, por la confianza de permitirme trabajar unos meses en su consultorio terapéutico.

A las madres de los participantes por la confianza brindada y por permitir que sus hijos contribuyeran con este proyecto.

A los niños participantes por inspirarme a hacer este programa.

A mi abuelo por ser mi ejemplo de vida.

A todos aquellos que de alguna forma estuvieron apoyándome y creyendo en mí...
¡GRACIAS!

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.329452 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Contenido

Resumen.....	7
1.Introducción.....	8
1.1.Justificación.....	10
1.1.1. Emociones y funciones.....	11
1.2.Características generales.....	14
1.2.1. Espacio.....	14
1.2.2. Sujetos participantes.....	14
1.3.Sustento teórico.....	14
1.3.1.Condición del Espectro Autista y Síndrome de Asperger	16
1.3.2.Emociones y Síndrome de Asperger.....	18
1.3.3.Tratamiento de la CEA.....	23
1.3.3.1.Enfoques en torno al comportamiento y la comunicación.....	23
1.3.3.2.Enfoques alimentarios.....	25
1.3.3.3.Medicamentos, tratamientos complementarios y alternativos.....	25
1.3.3.3.1.Tratamiento basado en la TCC y las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).....	26
2.Evaluación diagnóstica del caso.....	33
2.1.Escenario.....	33
2.1.1.Permisos y participantes.....	34
2.2.Instrumentos y/o estrategias utilizadas.....	35
2.3.Impresión diagnóstica del sujeto 1.....	37
2.4. Impresión diagnóstica del sujeto 2.....	38

3.Programa de intervención desarrollado.....	39
3.1.Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención.....	39
3.1.1.Técnicas y reforzadores.....	39
3.1.2.Emociones.....	41
3.2.Objetivos del programa de intervención.....	41
3.3. Recursos utilizados.....	42
3.4.Procedimiento de aplicación.....	43
4.Evaluación de los efectos.....	45
4.1.Resultados de la aplicación de instrumentos.....	45
4.2.Cambios registrados.....	45
5.Discusión.....	53
5.1. Relación entre la intervención y los cambios observados.....	53
5.2. Comparación entre los resultados encontrados y el sustento teórico.....	54
5.3.Conclusiones.....	57
5.3.1.Limitaciones y alcances.....	59
5.3.2.Sugerencias.....	60
Referencias.....	62
Apéndices.....	67
Apéndice 1:	67
Apéndice 2:	81
Apéndice 3:	90
Apéndice 4.....	92
Evidencias.....	94

Resumen

Las emociones cumplen con funciones muy importantes para nuestro organismo en general, sobre todo en el proceso de adaptación al medio y en la manera de pensar y actuar (Maseda, 2013). El poder reconocer las expresiones emocionales es esencial para las interacciones sociales, lo que permite explicar y anticipar las acciones de los otros. A diferencia de otros procesos mentales, las emociones frecuentemente se hacen visibles a través de expresiones faciales. La persona con CEA, en general, tiene dificultades para leer las expresiones faciales. En las personas corrientes hay áreas especiales del cerebro que procesan la información facial, pero no parece ser así en personas con Síndrome de Asperger, que procesan las caras como si fueran objetos y solo parecen prestar atención a los componentes individuales de la cara. Esto contribuye a la mala interpretación de la expresión emocional de una persona (Attwood, 2009). En este trabajo se presentan los resultados de una investigación en la que se han utilizado técnicas cognitivas conductuales y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para apoyar al entrenamiento en el reconocimiento y la expresión de 4 emociones básicas en dos niños en edad escolar con Síndrome de Asperger. Los participantes, con dificultades en el reconocimiento y la expresión de estados emocionales, han sido dos niños de 6 años de edad, de ambos sexos. Antes de iniciar con el programa de entrenamiento, los participantes fueron evaluados con relación a la dificultad que presentaba cada uno respecto del reconocimiento y expresión de las 6 emociones básicas, con la finalidad de establecer también, con qué emociones se trabajaría. El programa de entrenamiento se desarrolló a lo largo de 15 sesiones de intervención con cada niño, cada sesión con duración de 60 minutos, dos veces a la semana. Tras la intervención, los niños fueron nuevamente evaluados. Los resultados obtenidos confirman que la utilización de las técnicas cognitivas conductuales en conjunto con las TIC ayuda a los niños en edad escolar a mejorar su capacidad para reconocer y expresar las emociones básicas. Además, los participantes mejoraron su empatía, ya que los padres apreciaron progresos significativos en esta área.

1. Introducción

Desde el momento en que el recién nacido llega al mundo, comienza su desarrollo socioemocional. Los bebés muestran expresiones y respuestas emocionales desde que nacen. Expresiones de felicidad, tristeza, sorpresa, interés, miedo, enfado, asco y expresiones que se adaptan dependiendo de la situación (Autismo diario, 2012). Padres, cuidadores e hijos participan en intercambios sociales, poco a poco los niños van adquiriendo y desarrollando el sentido de la reciprocidad social (Thompson, 2006).

Hacia los 6 meses los niños distinguen la expresión facial de las distintas emociones simples (felicidad, tristeza, miedo, enfado). También reconocen la expresión vocal de la emoción y responden a ella, no solamente por medio de las palabras sino también por medio de la entonación. Hacia los 7 meses relacionan las expresiones faciales con los tonos de voz. Aproximadamente a los 2 años los niños comienzan a desarrollar una conciencia de las condiciones que provocan las emociones. El reconocimiento de las emociones complejas implica tener en cuenta las intenciones, la responsabilidad y las normas sociales (Autismo diario, 2012).

La comprensión que los niños tienen de las emociones se encuentra ligada a las experiencias que ellos mismos manifiestan con su entorno más inmediato. Los niños reconocen que determinadas emociones pueden ser causadas por determinadas situaciones, aunque en algunos momentos puedan tener discrepancias entre la situación vivida y la emoción sentida (Maseda, 2013).

Existen trastornos cuya principal dificultad se da en el área social, como es la Condición del Espectro Autista (CEA) donde se incluyen, entre otros, el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) y el Síndrome de Asperger (SA) en los que una de las características centrales se define por dificultades en la interacción social (Goddard et al., 2007 en Poot Matú, 2014). Los déficits sociales parecen estar asociados con carencias en tres procesos de cognición social: la teoría de la mente, el reconocimiento de las emociones y el funcionamiento ejecutivo (Williams, 2011).

Así mismo, el déficit en habilidades sociales identificados en niños con AAF y SA incluyen: la falta de orientación hacia un estímulo social, el uso inadecuado de contacto con los ojos, la respuesta emocional inadecuada, falta de empatía con los demás, problemas

para iniciar conversaciones y dificultades para interpretar las claves sociales tanto verbales como no verbales (Weiss & Harris, 2001 en Poot Matú, 2014).

Los niños con Síndrome de Asperger en edad escolar muestran en su socialización los siguientes rasgos: sus habilidades de relación social variarán mucho dependiendo de su desarrollo cognitivo, su nivel de comunicación y las oportunidades educativas que haya venido recibiendo, les cuesta aprender destrezas que les permitan desenvolverse en las relaciones sociales. Necesitan más tiempo para aprender a reconocer las expresiones emocionales de los demás. Esta tarea supone una gran complejidad para ellos y son capaces de establecer lazos de amistad, en muchas ocasiones con niños más pequeños o incluso adultos. Les cuesta sobre todo expresarlo, pero no quiere decir que no puedan disfrutar en una relación social (Cuadrado y Valiente, 2005).

Es importante tener en cuenta que el déficit en las interacciones sociales repercute en su estado de ánimo, lo que provoca que el niño muchas de las veces se aisle de las personas ya que no sabe cómo acercarse correctamente a ellas y por lo tanto pueda estar en peligro de tener baja autoestima, depresión y desordenes de ansiedad y a medida que se acerca a la adultez, la falta de competencias sociales puede ser una barrera en las oportunidades vocacionales (Howlin, 2000; Krasny, Williams, Provençal & Ozonoff, 2003 en Poot Matú, 2014), he aquí la importancia del trabajo con esta condición que aunque no se percibe físicamente puede tener consecuencias graves para la persona afectada.

Los programas de intervención de la CEA se desarrollan con base en las características de los niños, considerando las áreas de la conducta afectadas, como las de comunicación, la de socialización y motricidad y atención (Álvarez-Alcántara, 2007).

Las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al trabajo del déficit en las interacciones sociales de los niños con Síndrome de Asperger se enfocan en las conductas y en las habilidades sociales tanto verbales como no verbales para posteriormente mejorar la socialización. Entre las habilidades sociales se puede situar al reconocimiento y expresión emocional la cual será la habilidad a mejorar en este programa de intervención.

1.1. Justificación

Para comprender el contexto completo de la CEA y como parte importante del desarrollo de este trabajo, se menciona la prevalencia, la cual da una idea de lo apremiante de atender esta condición. Actualmente, la Condición del Espectro Autista ha ido incrementando el número de casos diagnosticados a nivel mundial. Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (2014), CDC por sus siglas en inglés, basándose en estimaciones de la información obtenida de los registros de salud y educación especial de niños que tenían 8 años y vivían en 11 comunidades de los Estados Unidos, en el 2010 informa que cerca de 1 de cada 68 niños (o 14.7 por cada 1000 niños de 8 años) le han detectado CEA.

Esta nueva estimación es aproximadamente un 30 % más alta que la cifra estimada en el 2008 (1 de cada 88), 60 % más alta que la cantidad estimada en el 2006 (1 de cada 110) y 120 % más alta que las estimaciones en el 2002 y el 2000 (1 de cada 150); por su parte, Corea del Sur indagó que 1 de cada 34 niños tiene autismo (Secretaría de Salud, 2015). No se sabe qué está causando este aumento. Parte del aumento puede deberse a la manera en que se detectan y diagnostican estos trastornos, y a la forma en que se atiende a los niños en sus comunidades locales; sin embargo, se desconoce exactamente en qué medida influyen estos factores (CDC, 2014).

Los niños varones tenían casi 5 veces más probabilidades de que les detectaran CEA que las niñas. Los niños de raza blanca tenían más probabilidades de que les detectaran CEA que los niños de raza negra o los hispanos (CDC, 2014)

A nivel mundial se han conocido cifras estimadas desde hace algunos años, no es así en México que hasta hace poco tiempo se pudo conocer la prevalencia del autismo en el país. En el 2010, en la ciudad de León Guanajuato (México), la Clínica Mexicana de Autismo A.C. realizó un estudio de prevalencia en 5 000 niños en edades de 8 años pertenecientes a escuelas primarias regulares, escuelas especiales, niños atendidos en el sistema salud y DIF para identificar a niños con dicho trastorno; se encontró puntajes significativos en autismo, posteriormente se pasó a entrevistas a la familia, pruebas para el Diagnóstico de Autismo, recolección de expediente clínico y finalmente se determinó cuáles casos reunieron los criterios para confirmar el diagnóstico de Autismo. Con base en este estudio se estimó que 1 de cada 300 niños tenían diagnóstico de Autismo en México,

con una probabilidad aproximada de 115 mil niños con Autismo en el país (Secretaría de Salud, 2015).

Es un aumento relevante el que se ha presentado en estos últimos años por lo que se considera necesario la intervención temprana del profesional de la salud, así como de los cuidadores primarios del niño con Condición del Espectro Autista para mejorar su calidad de vida en todas las áreas del desarrollo que sean posibles.

Como se ha visto la CEA no distingue entre raza, género, nacionalidad, credo ni clase social. Se habla de causas genéticas, posibles lesiones cerebrales, dificultades pre, peri y postnatales pero sea cual sea el origen de esta condición impacta no sólo en quien lo padece sino en la familia y en el área social, escolar y laboral de esa persona ya que como menciona Martín Borreguero (2011) implica una discapacidad para el aprendizaje social, por lo que algunas de las características distintivas del ser humano, como la empatía, la compasión y la reciprocidad emocional pueden estar ausentes en los individuos afectados o encontrarse afectadas en grados diferentes de severidad.

1.1.1. Emociones y funciones.

Las emociones cumplen con funciones muy importantes para nuestro organismo en general, sobre todo en el proceso de adaptación al medio y en la manera de pensar y actuar (Maseda, 2013).

El poder reconocer las expresiones emocionales es esencial para las interacciones sociales, lo que permite explicar y anticipar las acciones de los otros. A diferencia de otros procesos mentales, las emociones frecuentemente se hacen visibles a través de expresiones faciales. El darse cuenta de que las expresiones faciales revelan algo sobre el estado interno de las personas y atender a esas expresiones puede contribuir al desarrollo de habilidades mentalistas (Baron-Cohen et al., 1985 en Maseda, 2013).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, existen trastornos como el Síndrome de Asperger que afectan negativamente a la interacción social de quienes lo presentan al no desarrollar las habilidades sociales básicas que permitan la adecuada socialización. Con la palabra “adecuada” se hace referencia tanto al entendimiento como al uso de las claves sociales.

Muchos pacientes afectados de un Síndrome de Asperger pueden mostrar interés en

querer entablar relaciones con otras personas, pero son incapaces por no reconocer sentimientos, intenciones y comunicación no verbal de sus pares. Están crónicamente frustrados por sus repetidos fracasos en las relaciones sociales (Naranjo Flórez, 2014) y con frecuencia también han desarrollado un rechazo, con intención autoprotectora, hacia los contactos personales (Amor Salamanca, 2010).

Con base en lo anterior y respecto al trabajo que compete, a nivel mundial y nacional existen diversos programas que han sido creados para trabajar el déficit en las relaciones sociales que es característico en las personas con CEA de Alto Funcionamiento y en el Síndrome de Asperger. Estos programas están enfocados en desarrollar las habilidades sociales especialmente en la empatía y en el reconocimiento y expresión de las emociones básicas y algunas emociones más complejas.

En Yucatán, los centros creados para atender a niños con CEA son insuficientes ya que se estima que existen alrededor de 600 casos diagnosticados con autismo en el estado (Franco Molina, 2012) y apenas unas cinco instituciones especializadas para su atención, de las cuales aceptan a un número bajo de niños por falta de espacio, poco personal preparado para trabajar con ellos, así como pocos recursos. Aunado a esto, los programas de estas instituciones y centros van más enfocados en el diagnóstico, en la integración educativa, en la terapia de lenguaje, en las terapias alternativas, en la socialización y en talleres para el manejo de la ansiedad y el enojo.

Aunque Yucatán ya cuenta con varias escuelas de este tipo de Educación Especial, no reúnen las condiciones para atender a niños con autismo y trastornos del desarrollo. Estos pacientes requieren de atención personalizada y, en consecuencia, las intervenciones terapéuticas son más costosas. Además, abundan representantes de la asociación, la falta de entrenamiento de psicólogos, licenciados en educación especial y pedagogos, con métodos psicoeducacionales especializados, frustran las experiencias de los profesionales y desalientan a los padres. Como ejemplo está el centro AYUDA que atiende a 82 niños, pero tiene en lista de espera a otros 25, cuyas familias no cuentan con recursos para acceder a las terapias y la agrupación no tiene de momento capacidad para sufragar los gastos de nuevos terapeutas (Diario de Yucatán, 2015). Si bien son pocas las instituciones estatales que atienden a niños con CEA y mucha la demanda, las terapias y programas que emplean están más enfocadas en enseñar habilidades sociales, el aspecto emocional, el manejo del enojo,

seguimiento de normas, etc; en donde el tiempo de sesión es corto por lo que el uso de las TIC como un recurso estratégico la mayoría de las veces ni se toma en cuenta.

Es por las razones expuestas y por la importancia que tienen las emociones en el ser humano tanto a nivel personal como interpersonal, que surge el interés de trabajar con niños que presentan un trastorno clínico diagnosticado y de proveerles de un programa de técnicas cognitivo-conductuales en conjunto con el uso de las TIC, para el entrenamiento del reconocimiento y la expresión de emociones que les ayude a mejorar su interacción con la sociedad, en especial con sus pares.

Se eligió trabajar con técnicas cognitivo-conductuales debido a los componentes que presenta esta habilidad social de reconocimiento y expresión emocional ya que implica un esfuerzo cognitivo, conductual y fisiológico. Se eligió también porque este tipo de técnicas son de tipo emotivo, conductual y cognitivo, y porque los trastornos, en general, incluyen el déficit en alguno de estos tres elementos (Ellis y Abrahms, 1980 en Casanova Arjona, 2010).

Algunos estudios en niños con Síndrome de Asperger han examinado la habilidad para decodificar las emociones a través de las expresiones faciales y pocos estudios se han llevado a cabo para examinar la habilidad en los niños para comprender las emociones a través del contenido verbal, la prosodia o la integración de estas modalidades. Los resultados en ambos y los resultados de otros estudios en la misma línea demuestran que los niños con Síndrome de Asperger usan el contenido verbal como estrategia compensatoria para entender emociones en otros, por lo que sería más productivo expresar información emocional verbalmente a los niños con Síndrome de Asperger para que les sea más claro entender la situación (Linder y Rosen, 2006 en Poot Matú, 2014).

Debido entonces, a que las emociones cumplen con funciones muy importantes para el desarrollo social y a la marcada deficiencia en la socialización que presentan las personas con este trastorno se buscará evaluar si se produce un cambio significativo en el reconocimiento y expresión de las emociones básicas que podría conllevar a una mejora en la socialización de los niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger.

Se espera que este trabajo, al finalizar, contribuya a mejorar la calidad de vida de los niños con Síndrome de Asperger, es decir que ellos aprendan a reconocer y a expresar sus emociones básicas mediante el entrenamiento y que esto les ayude en las diversas

situaciones de su vida diaria en el contexto de las relaciones sociales, escolares y familiares.

1.2. Características generales de la problemática

1.2.1. Espacio.

Las sesiones de evaluación e intervención se llevaron a cabo en el Centro Terapéutico y Educativo Especializado en Desarrollo Infantil (CTEDI) y por cuestiones de accesibilidad tecnológica, las sesiones de evaluación se aplicaron en la clínica de Servicio de Atención Psicológica (SEAP) perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán.

1.2.2. Sujetos participantes.

Los sujetos participantes del programa fueron dos niños que acudían con regularidad al CTEDI, uno de ellos fue un niño de 6 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger quien actualmente cursa el tercer año de preescolar y la otra fue una niña de 6 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Asperger quien actualmente cursa el tercer año de preescolar.

1.3. Sustento teórico del abordaje

Para la contextualización de este trabajo es importante mencionar de manera breve cuál ha sido el desarrollo histórico de la Condición del Espectro Autista. Dicho desarrollo sitúa algunas fechas significativas.

En 1912, el Psiquiatra suizo Eugene Bleuler, usó por primera vez el término autismo en una publicación en el “American Journal of Insanity” . En 1925, la neuróloga Grunya Efimovna Sukhareva, fue quien primero publicó una descripción detallada del autismo (incluyendo los desórdenes sensoriales), nos hace un breve recorrido sobre la comprensión y aceptación del autismo (Autismo diario, 2016).

En el año 1943, Leo Kanner publica el artículo “autistic disturbances of affective contact” para describir un nuevo trastorno mental: “el autismo clásico”, observó a once niños en su clínica de Baltimore que presentaban características como la total ausencia de interés por los demás (Ives y Munro, 2002 en Alonso Peña, 2004).

Casi paralelamente al trabajo de Kanner, en 1944 el pediatra y psiquiatra austriaco

Hans Asperger publica su artículo “die autistischen psychopathen im kindesalter” donde sugiere la noción de un espectro autista y una posible conexión familiar ya que notó la semejanza que existía entre los niños afectados y sus padres. Desde entonces se ha reconocido el carácter genético de la condición, aunque se desconocen los mecanismos básicos. Aunque aún no se ha identificado ningún gen específico responsable, se cree que hay múltiples factores que desempeñan un papel en la expresión génica del autismo (Ives y Munro, 2002 en Alonso Peña, 2004).

Para el año de 1979 los resultados de Lorna Wing y Judith Gould ponen de manifiesto la “triada de discapacidades” considerada como un elemento definitorio del autismo. Sugiriendo que el autismo era un trastorno de espectro que afectaba hasta a 1 de cada 500 niños con un coeficiente intelectual por debajo de 70 (Ives y Munro, 2002 en Alonso Peña, 2004).

En 1980 el Espectro de Autismo se reconoce en la tercera edición del manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM_III). Hasta ese momento el autismo se consideraba como una psicosis. En 1987 se incluye el Trastorno Autista en el DSM-III-R (Federación Autismo Madrid, 2013). En 1991 se inaugura Elliot House, el primer centro en el Reino Unido que ofrece diagnóstico, asesoramiento y formación a los profesionales en autismo y Trastornos del Espectro Autista (Ives y Munro, 2002 en Alonso Peña, 2004).

En 1994 la nueva edición del Manual estadístico de la Asociación americana de Psiquiatría (DSM_IV) señala al Síndrome de Asperger como un tipo específico de trastorno mental. En el año 1995 se establece un consorcio internacional para investigar las bases genéticas del autismo y en 1998 se funda el Instituto MIND, centro norteamericano para la investigación en discapacidades y trastornos neurológicos (Ives y Munro, 2002 en Alonso Peña, 2004).

En el año 2000, el DSM-IV-TR define cinco categorías diagnósticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (Federación Autismo Madrid, 2013).

En 2013, el DSM 5 produce un cambio fundamental en la nomenclatura, destierra el nombre de trastornos generalizados del desarrollo y ubica como planteamos al comienzo

dentro de los trastornos del neurodesarrollo a los trastornos del espectro autista. Dentro del espectro se miden gradaciones: habría estilos, rasgos propios del espectro y distintas severidades del trastorno (Herly, 2014).

Teniendo en cuenta el desarrollo histórico de la Condición del Espectro Autista ahora se dirigirá la atención a los conceptos básicos y a las implicaciones en el déficit de las interacciones sociales especialmente en el aspecto emocional que es el eje central de este trabajo.

1.3.1. Condición del Espectro Autista y Síndrome de Asperger.

Existen diversas nomenclaturas que se le han asignado a las características del Espectro Autista. Algunos autores y terapeutas utilizan términos como “Condición del Espectro Autista”, “Trastorno Espectro Autista”, “Funcionamiento Autístico” etc; éstas nomenclaturas se van ajustando principalmente, a los avances que se han obtenido en cuanto al conocimiento de la CEA y a los cambios de categorización en los DSM. Aunque parecen ser diferentes, están muy relacionados ya que con cada uno de ellos se ha logrado desaparecer el peso de una etiqueta diagnóstica y de las limitaciones que conlleva. Los términos “Síndrome de Asperger” y “Autismo” pertenecen al Espectro y se definen un poco más adelante. Con el fin de ajustarse a las actualizaciones recientes sobre la terminología, se ha utilizado la Condición del Espectro Autista para referirse al TEA.

El concepto Trastorno del Espectro Autista (TEA) (ahora conocido como CEA) originado por Lorna Wing (1979) quien lo define como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales y se utiliza para describir personas que tienen una serie de características en común:

1. En la forma de relacionarse.
2. En la forma de comunicarse.
3. En el uso de los objetos.
4. En los procesos de pensamiento.
5. En el proceso de la integración sensorial.

El término "espectro" se refiere a la amplia gama de síntomas, habilidades y niveles de deterioro o discapacidad que pueden tener los niños con CEA. Algunos niños padecen un deterioro leve causado por sus síntomas, mientras que otros están gravemente discapacitados (Nacional Institute of Mental Health [NIMH, 2003] y en muchas de las ocasiones va asociado a la condición alguna afección, síndrome o factor. La gravedad de los casos depende de factores como la comorbilidad médica, la cantidad de sintomatología asociada presente y el nivel intelectual. Las alteraciones en cada una de las áreas afectadas en los diversos diagnósticos de CEA se presentan en un continuo, desde leves a severas (Ministerio de salud de Chile, 2011).

Por lo tanto, el diagnóstico CEA no es una clasificación de tipo "categorial" (presencia/ausencia de trastorno) sino de tipo "dimensional", clasificación que incluye los diagnósticos espectrales e implica que los fenómenos se distribuyen según grados de funcionalidad o disfuncionalidad (Ministerio de salud de Chile, 2011).

El nivel menos funcional es lo que se describe como Trastorno Autista (mejor conocido como Autismo Clásico), las personas con Trastorno Autista por lo general tienen retrasos significativos en el desarrollo del lenguaje, problemas de socialización y comunicación y conductas e intereses inusuales. Muchas personas con Trastorno Autista también tienen discapacidad intelectual (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, 2014).

El nivel más funcional es el Síndrome Asperger (a veces usado indistintamente con el Autismo de Alto Funcionamiento) definido por Lorna Wing (1998 en González Carbajal, s.f.) con las siguientes características:

- Algunas de las anomalías conductuales comienzan a manifestarse en el primer año de vida del niño.
- El desarrollo del lenguaje es adecuado, aunque en algunos individuos puede existir un retraso inicial moderado.
- El estilo de comunicación del niño tiende a ser pedante, literal y estereotipado.
- El niño presenta un trastorno de la comunicación no verbal.
- El niño presenta un trastorno grave de la interacción social recíproca con una capacidad disminuida para la expresión de la empatía.

- Los patrones de comportamiento son repetitivos y existe una resistencia al cambio.
- El juego del niño puede alcanzar el estadio simbólico, aunque repetitivo y poco social.
- Se observa un desarrollo intenso de intereses restringidos y concretos.
- Torpeza motora: El desarrollo motor (grueso y fino) puede manifestarse retrasado y existen dificultades en el área de la coordinación motora.
- Falta de sentido común.
- Comportamiento social “extraño”.
- Egocentrismo.
- Inteligencia normal o superior.

Para fines prácticos de este trabajo, se utilizarán indistintamente los términos Condición del Espectro Autista y Síndrome de Asperger, ya que éste último está incluido en el primero y debido a que no existen grandes diferencias en el tratamiento de los CEA sino sólo algunas variaciones específicas según el grado de afectación de los síntomas entre el Autismo Clásico y el Síndrome de Asperger.

1.3.2. Emociones y Síndrome de Asperger.

Según Bisquerra (2000 en Maseda, 2013) una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno, donde un mismo objeto puede generar emociones diferentes en distintas personas.

Cabe mencionar que las emociones cumplen con funciones muy importantes para nuestro organismo en general, sobre todo en el proceso de adaptación al medio y en la manera de pensar y actuar (Maseda, 2013). El poder reconocer las expresiones emocionales es esencial para las interacciones sociales, lo que permite explicar y anticipar las acciones de los otros. A diferencia de otros procesos mentales, las emociones frecuentemente se hacen visibles a través de expresiones faciales. El darse cuenta de que las expresiones faciales revelan algo sobre el estado interno de las personas y atender a esas expresiones puede contribuir al desarrollo de habilidades mentalistas (Baron-Cohen et al., 1985 en

Maseda, 2013).

La comprensión que los niños tienen de las emociones se encuentra ligada a las experiencias que ellos mismos manifiestan con su entorno más inmediato. Los niños reconocen que determinadas emociones pueden ser causadas por determinadas situaciones, aunque en algunos momentos puedan tener discrepancias entre la situación vivida y la emoción sentida (Maseda, 2013).

Las personas tienen la habilidad automática para atribuir deseos, intenciones, emociones, estados de conocimientos o pensamientos a otras personas y darse cuenta de que son distintas a las propias, de tal manera que pueden usar esta información para interpretar lo que dicen, encontrar sentido a su comportamiento y predecir lo que harán a continuación. Este tipo de habilidad conlleva a la representación interna de los estados mentales de las otras personas gracias a la capacidad de empatía (Maseda, 2013).

Por lo tanto, esta “habilidad mental” de poder atribuir emociones, deseos, intenciones o pensamientos a otras personas facilita la interacción social la cual permitirá aprender a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento (Calderón Astorga, s.f.).

Es así como los niños en edad escolar van adquiriendo habilidades de tipo social que les servirá para relacionarse con los demás. En este período tienen una gran importancia las amistades; se lo pasan mejor jugando con otros, hablando con ellos y compartiendo su tiempo de ocio. Empiezan a formarse grupos de juego y comparten intereses mutuos. Por otro lado, han avanzado notablemente en su desarrollo moral y cada vez prestan más atención a las normas sociales, a la aprobación por parte de los demás y al bienestar de las personas que les rodean. Se desarrolla su empatía y cada vez son más hábiles a la hora de ponerse en el lugar de otro y actuar en consecuencia (Cuadrado y Valiente, 2005).

De igual manera, es en este periodo que se van formando la identidad y la autoestima con base en la comparación con su grupo de iguales y en la valoración que los demás hacen de uno mismo. El adecuado desarrollo de la socialización favorecerá el desarrollo de herramientas para continuar con las siguientes etapas (Papalia et al., 2010).

El logro de todo proceso comunicativo se encuentra en que el sujeto sea capaz de interpretar el contexto en el que se encuentra, partiendo de la activación de recuerdos o

experiencias anteriores, creencias y conocimientos que han sido aprendidos con anterioridad dentro del ámbito sociocultural en el que nos encontramos. (Miguel Miguel, 2006).

Las personas con Condición del Espectro Autista suelen tener una menor implicación emocional y son menos expresivos que los niños y adolescentes típicos. De hecho, una señal temprana que permite la discriminación es que los niños que se desarrollan de forma normal rápidamente muestran su interés en compartir emociones, saludando, mostrando su excitación o respondiendo a las indicaciones de placer del otro. Esto es más raro en niños con Síndrome de Asperger (Alonso Peña, 2004).

Según lo investigado por Maseda (2013) algunas de las características emocionales de las personas con CEA son:

- a) Expresiones faciales limitadas: en este sentido, los autistas presentan una expresividad rígida y poco variada, una sonrisa constante y falsa apariencia de felicidad, una variedad de expresiones extrañas y no comunicativa y una falta de sonrisa como intercambio social, que no hace.
- b) Contacto visual inusual: en el que predomina la inexistencia de contacto ocular con los interlocutores, lo que les hace presentar un déficit en lo que supone la base del contacto afectivo comunicativo no verbal entre las personas.
- c) Disminución de gestos comunicativos: como los convencionales, descriptivos o los propios de señalar. Estas disminuciones o ausencias provocan que les sea muy difícil entenderse con los demás, hacerse entender y que haya una reciprocidad emotiva al establecer una conversación entre personas. Los gestos son la base de nuestra expresión emocional, determinan lo que sentimos o queremos en ese momento y complementan las informaciones que de manera verbal quedan ocultas.
- d) Problemas en las relaciones sociales: aislamiento, pasividad social o deseo por querer relacionarse y no saber cómo debido a los déficits que presenta en el área de la percepción emocional que le provocan incompreensión de las mentes y acciones de los demás.
- e) Fallo en la reciprocidad: tienen conciencia del otro, pero no entienden que este tenga una mente y diferentes opiniones y emociones.
- f) Dificultades en la atención conjunta: ausencia de la tendencia espontánea para

compartir con otras personas placeres, sentimientos, interés u objetivos.

- g) Dificultades para comprender el mundo social: les cuesta entender las sutilezas en la mirada del otro, mostrar empatía, expresar y entender las propias emociones y saber qué es un amigo.

La persona con CEA, en general, tiene dificultades para leer las expresiones faciales. En las personas corrientes hay áreas especiales del cerebro que procesan la información facial, pero no parece ser así en personas con Síndrome de Asperger, que procesan las caras como si fueran objetos y solo parecen prestar atención a los componentes individuales de la cara. Esto contribuye a la mala interpretación de la expresión emocional de una persona (Attwood, 2009).

Esta noción de ceguera mental, explica el distanciamiento emocional de las personas que padecen este Síndrome, ya que éstas son incapaces de entender las emociones de los demás o de expresar sus propios sentimientos. Favoreciendo la percepción y la expresión de emociones, sentimientos, y deseos de los niños con CEA de Alto Funcionamiento o con el Síndrome de Asperger, se mejoraría la integración social de los mismos, tanto en niveles personales, como sociales, y su vida y la vida de los que están a su alrededor sería más plena y satisfactoria (Maseda, 2013).

Los niños con Síndrome de Asperger pueden entender las señales faciales de una emoción, pero son menos propensos a usarlas en las interacciones sociales. Esto sugiere que los individuos con Síndrome de Asperger tienen la capacidad de distinguir las emociones faciales expresadas, pero no reconocen las señales para utilizar esas habilidades. Esto puede contribuir al déficit en la comprensión emocional (Grossman et al., 2000 en Poot Matú, 2014).

En este sentido, las personas con Condición del Espectro Autista se ven más afectadas para poder realizar este tipo de comprensiones y capacidades empáticas de ponerse en el lugar de los demás, provocando que las conductas ajenas resulten para ellos imprevisibles, carentes de sentido y difíciles de comprender. Presentan un mundo interior y una manera de razonar e interpretar diferente a la nuestra, que provoca que sus competencias emocionales básicas que posee una persona, en cuanto a la conciencia, regulación, y autonomía emocional, así como las correspondientes a la competencia social

y a las habilidades de vida y bienestar se vean deterioradas y presenten dificultades a la hora de manifestarlas (Maseda, 2013).

Los niños con Síndrome de Asperger en edad escolar muestran en su socialización los siguientes rasgos: sus habilidades de relación social variarán mucho dependiendo de su desarrollo cognitivo, su nivel de comunicación y las oportunidades educativas que haya venido recibiendo, les cuesta aprender destrezas que les permitan desenvolverse en las relaciones sociales. Necesitan más tiempo para aprender a reconocer las expresiones emocionales de los demás. Esta tarea supone una gran complejidad para ellos y son capaces de establecer lazos de amistad, en muchas ocasiones con niños más pequeños o incluso adultos. Les cuesta sobre todo expresarlo, pero no quiere decir que no puedan disfrutar en una relación social (Cuadrado y Valiente, 2005).

Todas las personas, percibimos sentimientos, pensamos o creemos distinto y por ello, es muy importante enriquecernos de coherencia, razón y sentido y desterrar la errónea idea popular de que la persona con espectro autista es una persona fría, insensible, sin vínculos afectivos, y hacer hincapié en el enorme esfuerzo y grandes dificultades que deben superar para tratar de comprender y adaptarse a nuestro complejo mundo emocional (Maseda, 2013).

Es importante tener en cuenta que el déficit en las interacciones sociales repercute en su estado de ánimo, lo que provoca que el niño muchas de las veces se aisle de las personas ya que no sabe cómo acercarse correctamente a ellas y por lo tanto pueda estar en peligro de tener baja autoestima, depresión y desórdenes de ansiedad y a medida que se acerca a la adultez, la falta de competencias sociales puede ser una barrera en las oportunidades vocacionales (Howlin, 2000; Krasny, Williams, Provencal & Ozonoff, 2003 en Poot Matú, 2014).

Tomando en cuenta las diversas investigaciones que se han realizado y los casos que se han ido encontrando sobre niños/as diagnosticados con CEA, son cada vez más los profesionales que reconocen la vital importancia que los aspectos emocionales tienen para la integración social y, en consecuencia, para la calidad de vida de las personas con espectro autista y discapacidad en general.

1.3.3. Tratamiento de la CEA.

En cuanto a la elección del tratamiento, conviene tener presente que no todos los niños con Síndrome de Asperger muestran los mismos síntomas y en la misma intensidad, puesto que las diferentes manifestaciones pueden ser muy variables de una persona a otra y en cada momento evolutivo (Morales et al; 2013) y a pesar de que no se han encontrado las causas ni el tratamiento específico para la CEA en general, sí se han realizado descubrimientos relacionados a la eficacia de los métodos de tratamiento que existen y cuáles pueden utilizarse para síntomas y conductas específicas (Aello González, 2011).

Existen muchos tipos de tratamiento disponibles. Por ejemplo, el entrenamiento auditivo, el entrenamiento con pruebas discretas, la terapia con vitaminas, la terapia antilevadura, la comunicación facilitada, la musicoterapia, la terapia ocupacional, la fisioterapia y la integración sensorial.

En el 2016 los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) divide los distintos tipos de tratamiento en las siguientes categorías:

- Enfoques en torno al comportamiento y la comunicación
- Enfoques alimentarios
- Medicamentos, Tratamientos complementarios y alternativos

1.3.3.1. Enfoques en torno al comportamiento y la comunicación.

De acuerdo con los informes presentados por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Consejo Nacional de Investigación, los enfoques en torno al comportamiento y la comunicación que ayudan a los niños con CEA son aquellos que ofrecen estructura, dirección y organización para el niño, además de participación familiar.

1. Análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)

Un enfoque de tratamiento destacable para las personas con CEA se denomina análisis conductual aplicado. El ABA ha sido aceptado ampliamente por profesionales de atención médica y se ha utilizado en muchas escuelas y centros médicos de tratamiento. El ABA fomenta los comportamientos positivos y desalienta los negativos a fin de mejorar una variedad de destrezas. Se hace seguimiento y se mide el progreso del niño.

2. Enfoque basado en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones interpersonales (DIR, por sus siglas en inglés)

El DIR se centra en el desarrollo emocional y de las relaciones (los sentimientos, las relaciones con los cuidadores). También se centra en la forma en que el niño lidia con la vista, los sonidos y los olores.

3. Tratamiento y educación de niños con autismo y discapacidades de la comunicación relacionadas (TEACCH, por sus siglas en inglés)

El método TEACCH utiliza pistas visuales para enseñar destrezas. Por ejemplo, las tarjetas con imágenes pueden ayudar a enseñarle a un niño cómo vestirse dividiendo la información en pasos pequeños.

4. Terapia ocupacional

La terapia ocupacional enseña destrezas que ayudan a la persona a vivir de la manera más independiente posible. Estas destrezas pueden incluir vestirse, comer, bañarse y relacionarse con las personas.

5. Terapia de integración sensorial

La terapia de integración sensorial ayuda a la persona a lidiar con la información sensorial, como lo que ve, escucha y huele. La terapia de integración sensorial puede ayudar al niño al que le molestan ciertos sonidos o que no quiere que lo toquen.

6. Terapia del habla

La terapia del habla ayuda a mejorar las destrezas de comunicación de una persona. Algunas personas pueden aprender destrezas de comunicación verbal. Para otras, el uso de gestos o paneles con imágenes es más realista.

7. Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS, por sus siglas en inglés)

El sistema PECS usa símbolos con dibujos para enseñar destrezas de comunicación. Se enseña a la persona a usar símbolos con dibujos para hacer preguntas y responderlas, y tener una conversación.

8. Modelo Denver

Es un método de intervención desarrollado en el año 2000 por Sally Rogers y Geraldine Dawson. La terapia combina los métodos de enseñanza intensiva de análisis aplicado sobre el comportamiento con planteamientos del desarrollo “basados en la relación” (Pereira, 2016).

1.3.3.2. Enfoques alimentarios.

Algunos tratamientos nutricionales han sido elaborados por terapeutas de reputación confiable. Sin embargo, muchos de estos tratamientos no cuentan con la base científica necesaria para hacer una recomendación general. Un tratamiento no comprobado puede ayudar a un niño, pero no a otro.

La mayoría de las intervenciones biomédicas contemplan cambios en la alimentación. Estos cambios incluyen eliminar ciertos tipos de alimentos de la dieta de un niño y la utilización de suplementos vitamínicos o minerales. Los tratamientos nutricionales se basan en la idea de que las alergias a los alimentos o la falta de vitaminas o minerales causan síntomas de CEA (CDC, 2016).

1.3.3.3. Medicamentos, tratamientos complementarios y alternativos.

No existen medicamentos que puedan curar la CEA ni tratar los síntomas principales. Pero existen medicamentos que pueden ayudar a algunas personas con los síntomas relacionados. Por ejemplo, algunos medicamentos pueden ayudar a controlar los altos niveles de energía, la incapacidad para concentrarse, la depresión o las convulsiones (CDC, 2016).

Para aliviar los síntomas de la CEA, algunos padres y profesionales de atención médica utilizan tratamientos que están fuera de lo que el pediatra recomienda habitualmente. Estos tipos de tratamiento se conocen como tratamientos complementarios y alternativos (CAM, por sus siglas en inglés). Pueden incluir alimentación especial, quelación (un tratamiento que busca eliminar los metales pesados, como el plomo, del cuerpo), sustancias biológicas (p. ej., la secretina) o técnicas manipulativas del cuerpo (como la presión profunda) (Gupta, 2004 en CDC, 2016).

También se consideran muy importantes las intervenciones basadas en la familia. Su fundamento se basa en enfatizar la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es

fundamental para las necesidades del niño. Aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia. Son el programa PBS y el programa Hanen (Mulas et al; 2010).

1.3.3.3.1. Tratamiento basado en la Terapia Cognitivo-Conductual y las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la CEA.

Puntualizando en el tratamiento del área socioemocional, algunos investigadores han demostrado que muchas de las intervenciones en el desarrollo del área social no cubren las necesidades específicas de los niños que son atendidos, tampoco se ha demostrado resultados duraderos o generalizables en el desarrollo de habilidades sociales. Cada vez es más común el reporte de literatura que resalta la necesidad de intervenciones específicas, sobre todo de individualización de programas enfocados en los déficits y necesidades de la competencia social (Stichter et al., 2007 en Poot Matú, 2014).

El mayor problema que se está viendo para enseñar habilidades sociales a las personas con Síndrome de Asperger o con Autismo de Alto Funcionamiento es que aquello que ha aprendido tenga un sentido emocional para ese niño o ese joven. Si no se consigue aprender la relación que un gesto tiene con su contexto social, el resultado será solo temporal (Alonso Peña, 2004).

Los programas de intervención de los CEA se desarrollan con base en las características de los niños, considerando las áreas de la conducta afectadas, como las de comunicación, la de socialización y motricidad y atención (Álvarez-Alcántara, 2007).

Las intervenciones basadas en la terapia conductual han sido usadas para el desarrollo de la competencia social en niños dentro del espectro (Schreibman, 2000 en Poot Matú, 2014). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha sido utilizada en muchos tratamientos en niños con Síndrome de Asperger, los resultados en ambos casos han sido favorables y efectivos para el desarrollo de cualquiera de las habilidades sociales en concreto y en el desarrollo de la competencia social en general (Williams, Koenig y Scahill, 2007).

Uno de los principales objetivos de la TCC es fomentar la adquisición de habilidades en el individuo para aprender, de esta manera puede poner en práctica otras alternativas de pensar y actuar, invitando a las personas a que reflexionen y comprueben o refuten sus creencias para que puedan ser adaptativas (Stallard, 2007). Un método

ampliamente utilizado para la enseñanza de cualquiera de las habilidades sociales en niños de edad escolar con Síndrome de Asperger es el de las historias sociales (Gray, 1998., Gray y Garand, 1993., Gray, 2010 en Poot Matú, 2014).

Algunas técnicas cognitivas-conductuales que ayudarán a alcanzar los objetivos de la intervención son los reforzadores positivos, el modelamiento, entre otras. A continuación, se definen brevemente dos de ellas:

- **Modelamiento.** Puede conseguirse que una persona realice una conducta haciendo que observe a un modelo ejecutar una conducta similar y se fije en las consecuencias que recibe (reforzamiento, ausencia de castigo). De este modo, una persona puede aprender una conducta que no sabía hacer (adquisición), aumentar una conducta que ya estaba en su repertorio (facilitación) o desinhibir una conducta que había sido previamente castigada. El modelado puede ser en vivo (llevado a cabo por una persona presente) o simbólico (grabación de vídeo o audio). Su eficacia es mayor con niños y adolescentes que con adultos y con poblaciones que tienen deficiencias que aquellas que no las tienen. Se ha utilizado en la población infantil para reducir miedos, incrementar la interacción social en niños autistas, mejorar hábitos de estudio y ansiedad ante los exámenes (Bados y García-Grau, 2011).
- **Reforzamiento positivo.** Fortalecimiento del comportamiento al presentar un estímulo deseado después de que aquél ocurre. (Woolfolk, 2010).

Aunado a la elección del enfoque Cognitivo- Conductual para la planeación de este programa de entrenamiento se hizo uso de las TIC como herramienta complementaria ya que diversos estudios (Chen y Bernard-Opitz, 1993; Moore y Calvert, 2000; Parsons, Leonard y Mitchell, 2006 en Lozano Martínez y Alcaraz García, 2011) han demostrado que las tareas de aprendizaje desarrolladas en entornos digitales e informáticos pueden motivar y alentar el aprendizaje de las personas con CEA.

Es verdad, que a la mayoría de niños les atraen los medios informáticos, pero los niños con CEA los pueden encontrar mucho más atractivos debido a sus cualidades visuales (Lehman, 1998 en Lozano, Ballesta y Alcaraz, 2011) pues éstos posibilitan una estimulación multisensorial, fundamentalmente visual, que se adapta a las necesidades

específicas de estas personas; es sabido la relevancia de lo visual en el procesamiento cognitivo de las personas con CEA.

Los medios informáticos ofrecen mayor tiempo para identificar una situación y componer una respuesta adecuada (Rajendran y Mitchell, 2000 en Lozano Martínez y Alcaraz García, 2011). Se configuran como medios de refuerzo, pues pueden permitir cierto grado de error y presentar funciones de corrección que disminuye la frustración ante los errores, y posibilitan, por un lado, un trabajo autónomo y el desarrollo de las capacidades de autocontrol, que inciden en mayores niveles de autonomía y, por otro lado, un trabajo cooperativo con otras personas (compañeros, maestros...), que favorece el desarrollo de procesos de interacción (Lozano Martínez y Alcaraz García, 2011).

En la última década, los recursos innovadores en la enseñanza han experimentado un extraordinario impulso y desarrollo, aprovechando eficazmente las posibilidades de la informática e internet. Este contexto ha propiciado que en la actualidad exista un muy amplio espectro de posibilidades que abarca desde pizarras interactivas a aplicaciones de todo tipo: pictogramas, videojuegos educativos y también herramientas enfocadas a la formación previa del maestro o personal de apoyo (Universidad Internacional de Valencia, 5 octubre).

Han proliferado los estudios que se han centrado en el uso de las TIC como medio para el desarrollo de competencias emocionales y sociales (Bernard-Opitz, Sriram & Nakhoda-Sapuan, 2001; Bölte et al., 2002; Hetzroni & Tannous, 2004; Rajendran & Mitchell, 2000; Silver & Oakes, 2001; Swettenham, 1996 en Lozano Martínez et al., 2013). Así, se ha demostrado que las TIC pueden ayudar a las personas con CEA a pasar tareas de falsa creencia (Swettenham, 1996 en Lozano Martínez et al., 2013), a reconocer emociones básicas a partir de dibujos y fotografías (Bölte et al., 2002; Silver & Oakes, 2001 en Lozano Martínez et al., 2013), pues el uso de representaciones gráficas puede ser una técnica altamente conveniente para tratar de desarrollar en niños con CEA algunas de las habilidades metarrepresentativas de las que parecieran carecer y a solucionar problemas ilustrados de situaciones sociales (Bernard-Opitz et al., 2001 en Lozano Martínez et al., 2013). Parsons, Leonard y Mitchell (2006 en Lozano Martínez et al., 2013) demostraron la capacidad de personas con CEA para aprender habilidades sociales simples usando la tecnología.

Las posibilidades que ofrecen los medios informáticos para trabajar aspectos relacionados con las competencias emocionales y sociales, además de mejorar esos aspectos, tienen el beneficio añadido de motivar al niño, permitirle tener el control y proporcionarle un interés compartido por sus compañeros. Como consecuencia de su uso, el niño con CEA puede tener más oportunidades de interactuar con otros niños y aumentar su autoestima. En fin, el ordenador y el software educativo pueden tender un puente hacia el mundo social para los niños con CEA (Lozano Martínez et al; 2013).

En países como Estados Unidos y España el uso de la tecnología, recientemente ha sido considerado como un recurso importante (más no imprescindible) en la enseñanza de habilidades sociales, comunicación, hábitos de autonomía, habilidades de secuenciación, juegos de entretenimiento combinados con aprendizaje, entre otros.

Según Lozano Martínez et al. (2013) algunos de los programas y software diseñados para el uso de los niños y adolescentes con CEA son:

- **APRENDE CON ZAPO.** Este software educativo se compone de tareas estructuradas en niveles, de menor a mayor complejidad, tanto para la enseñanza del reconocimiento de emociones básicas y complejas, como para la enseñanza de la predicción de las acciones de las personas a partir de sus creencias verdaderas o falsas.
- **PROGRAMA PAUTA.** Este programa, desarrollado por el Centro PAUTA de Madrid, presenta una tarea de aprendizaje dirigida al reconocimiento emocional en la que después de un vídeo inacabado con una situación social se le ofrecen al usuario cinco alternativas para que elija la correcta, reforzándole su acierto con una música y recompensa visual.
- **PROGRAMA INMER.** Este programa, desarrollado por el Instituto de Robótica de la Universidad de Valencia, permite que, después de una situación emocional relevante en un personaje, en la que desaparece su cara o da la espalda, el usuario tenga que escoger entre varias alternativas el rostro adecuado para la situación con información sobre el acierto o error.
- **LA CARA EXPRESIVA.** Herramienta útil para trabajar la identificación y reconocimiento de expresiones faciales. Se trata de un programa de realidad virtual en el que aparece una cara compuesta por distintos elementos faciales (cejas, ojos, nariz y boca) que pueden ser

moldeados a petición del usuario para ir conformando las distintas expresiones emocionales. Además, el programa tiene registradas algunas emociones donde el personaje adopta la expresión facial de la emoción seleccionada. La expresión de la emoción se basa en los estudios de Paul Ekman.

- **MIND READING.** Desarrollado por el grupo de investigación dirigido por el profesor Simon Baron-Cohen y recoge un amplio conjunto de emociones humanas. Concretamente, en este software se pueden trabajar cerca de 400 emociones. Utiliza la vía visual y auditiva de presentación del contenido a través de seis personajes diferenciados que interactúan a lo largo de todo el programa. Si bien el desarrollo del programa se dirigió, en un primer momento, a la enseñanza de emociones en personas con CEA, su aplicabilidad se extiende a todas las personas que puedan estar interesadas en la enseñanza y aprendizaje de las emociones humanas. El programa se divide en tres partes:
- **THE TRANSPORTERS.** Es un programa educativo realizado por el grupo de investigación del profesor Baron-Cohen de la Universidad de Cambridge, junto con la compañía de producción de Manchester. Utiliza material audiovisual creado específicamente para aquellas personas con CEA que tienen especialmente dificultada su capacidad para reconocer emociones y comprender sus causas. El programa lo componen ocho personajes, cada uno con su personalidad y función, cuyas caras se encuentran en vehículos de transporte para tender un puente entre el mundo social y el mundo físico, dadas las preferencias de las personas con CEA para con éste último.
- **ALTER EGO.** Es un software que permite que los personajes digitales demuestren emociones de forma realista. Este software permite su uso en rostros humanos para que, de una forma cercana a la realidad, se exprese una emoción. Además, es un software aplicable a caricaturas, en donde se pueden exagerar las expresiones sin que se pierda calidad en el resultado.
- **PROYECTO EMOCIONES SOFTWARE.** Es una aplicación que ayuda a la mejora de la empatía en los niños con CEA. El proyecto tiene como objetivo el desarrollo de una aplicación para dispositivos táctiles, que ayude a las habilidades sociales y de empatía de los niños con Condición del Espectro Autista (CEA) (Autismo diario, 2013).
- **JOSE APRENDE EMOCIONES.** Es una colección de cuentos para aprender a identificar las emociones mientras los niños se divierten. Los cuentos están diseñados por un equipo

de colaboradores, ilustradores, psicólogos y profesionales especializados cuyo objetivo es que los más pequeños reconozcan las emociones básicas, aprendan a nombrarlas y tengan ejemplos de las situaciones en las que pueden producirse (Autismo diario, 2014).

- **LIFE IS GAME.** Este proyecto pretende usar personajes virtuales para usarlos en programas de formación interactiva para ayudar a las personas con Condición del Espectro Autista mejorar sus capacidades en el reconocimiento de las expresiones faciales. Para ello se ha desarrollado un juego (todavía en fase de desarrollo) destinado a tal fin. Usando modelos digitales en 3D y con un sistema de uso adaptado a las personas con CEA, el juego ayuda a la comprensión y detección de las expresiones faciales. A través de una pantalla táctil, el niño con el uso de sus dedos puede modificar las expresiones de los personajes del juego. Estos personajes tienen una gran expresión facial para ser más fácil interactuar con ellos. En la fase actual de desarrollo ya ha sido probado por 9 niños entre 5 y 12 años de edad. Seis de los cuales tenían Autismo de Alto Funcionamiento o Síndrome de Asperger y buena comunicación verbal, dos de ellos tenían un bajo nivel de comunicación y uno de ellos un grado severo de autismo y muchas dificultades en la comunicación (Autismo diario, 2011).
- **EVEN BETTER.** Proyecto creado en España por Pilar Chanca Zardaín, avalado por la Asociación Asperger de Asturias, surge para facilitar la enseñanza de emociones y habilidades sociales a niños con Síndrome de Asperger y otros trastornos del continuo autista, a través de la creación de una página web, con una colección de juegos informáticos de carácter educativo. Es un programa íntegramente diseñado para niños del Espectro Autista, aportando la potencialidad de trabajar la enseñanza y reconocimiento de emociones básicas y cognitivas, la evaluación de la capacidad de reconocimiento de emociones, en dibujos o ilustraciones y en fotografías reales, el aumento de la capacidad de generalización de los aprendizajes a los diferentes contextos sociales, la mejora de la colaboración del niño a la hora de trabajar estas habilidades deficitarias y cambiar el enfoque tradicional de aprendizaje, proporcionando un nuevo enfoque lúdico e interactivo (Chanca Zardaín, 2013).

En México, el PROYECTO ABBY ha sido creado en el año 2011 por Ingenieros en Tecnologías Electrónicas del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey,

con el objetivo de desarrollar herramientas que promuevan el desarrollo integral de personas con autismo en áreas como aprendizaje, comunicación y adaptabilidad; simplificando su inclusión a la sociedad. Este proyecto ha generado un set de dispositivos tecnológicos que integran la estimulación sensorial con objetivos académicos y terapéuticos específicos, que buscan potenciar el aprendizaje de los niños con autismo y mejorar de esta manera su comunicación (Autismo diario, 2014).

Así mismo y pese a los estudios que avalan los resultados positivos que conlleva el uso de la tecnología, es importante mencionar que el posible beneficio o perjuicio que acompaña a la utilización de los medios informáticos dependerá de la forma en que este recurso sea utilizado.

Dicho con otras palabras, el sólo uso de la tecnología no es suficiente para producir cambios en el aprendizaje de los niños con CEA, las estrategias educativas desarrolladas a través de la tecnología es lo verdaderamente importante (Passerino y Santarosa, 2008 en Lozano Martínez y Alcaraz García, 2011) así como la adecuada intervención por parte del terapeuta.

El presente trabajo pretende mejorar un aspecto esencial del déficit en la interacción social a través del programa de técnicas cognitivo-conductuales en conjunto con el uso de las TIC, para el entrenamiento en el reconocimiento y la expresión de las emociones básicas buscando contribuir en su desarrollo socioemocional y así mejorar su calidad de vida.

2. Evaluación diagnóstica del problema o caso

2.1. Descripción del escenario

La institución en donde se llevó a cabo tanto la fase diagnóstica como la fase de intervención, fue el Consultorio Terapéutico Especializado en Desarrollo Infantil (CTEDI).

El consultorio que está dirigido por la Psicóloga Adriana Ruz Sahrur, tiene como misión “*mejorar la calidad de vida del niño con alteración o retraso del desarrollo y de su familia, por medio de la organización de un equipo terapéutico responsable, confiable y seguro, que responda a sus necesidades en forma ética y profesional*”.

Su objetivo es “favorecer que el niño con Condición del Espectro Autista (CEA) alcance su potencial de desarrollo con el fin de lograr su inclusión educativa a un ambiente con equidad de oportunidades de experiencias socio-afectivas”.

Los servicios que ofrece el CTEDI son:

- Realizar un ***diagnóstico especializado***, que consiste en la elaboración de una historia clínica del niño, a partir de la información proporcionada por los padres en entrevistas, la observación del juego libre del niño solo y con algún hermanito o amigo, la administración de escalas e inventarios especializados y por último reportar los resultados de la evaluación diagnóstica.
- La ***intervención terapéutica***, en clases con adaptaciones especiales a grupos no mayores de seis niños y terapias individuales de desarrollo, lenguaje y comunicación, modificación de la conducta, integración sensorial, coordinación psicomotriz, estimulación afectiva, juego integrativo y enseñanza asistida por computadora
- Aplicar el ***programa para la integración escolar***, el cual se inicia al estimular las habilidades del niño necesarias para iniciar un proceso de integración gradual al ambiente educativo; la sensibilización y capacitación del personal de la escuela integradora; la compañía terapéutica para el niño en el ambiente educativo, y la supervisión del programa para el logro de los objetivos.

Se encuentra integrado de personal preparado, profesional y capacitado para brindar cada uno de los servicios ya mencionados, ya que el objetivo es brindar calidad en sus servicios para que el consultante encuentra bienestar.

El consultorio cuenta con un área de juegos en la entrada, una sala de espera climatizada, una sala amplia que cuenta con diversos materiales y mesas para niños, una sala para entrevistas y realización de diagnósticos, y dos salones donde se da terapia individualizada. También cuenta con un área de juegos y un pequeño chapoteadero en la parte de atrás. Cada salón está equipado con los materiales necesarios para las terapias y climatizado.

CTEDI cuenta con un programa psicoeducativo integral a nivel maternal, el cual está abierto de 09:00 a.m. a 2:00 p.m. y de 3:00 p.m. a 7:00 p.m. se dan terapias individualizadas a niños en Condición del Espectro Autista (CEA) y con problemas conductuales, así como realización de diagnósticos. Los sábados se imparten diversos talleres como el taller de socialización, el taller de funciones ejecutivas, entre otros, y se abre de 9:00 a.m. a 11:30 a.m.

2.1.1. Permisos y participantes.

Se eligió este centro debido a la facilidad que existía de usar sus espacios ya que la Facultad de Psicología pactó un convenio con la Directora del CTEDI, para beneficiarse ambas partes, con los servicios que deben prestar los alumnos de Maestría de dicha facultad.

Para la aplicación del programa de entrenamiento en el reconocimiento y expresión de emociones básicas en escolares con Síndrome de Asperger se solicitaron los permisos correspondientes tanto a la directora del consultorio como a los padres de los dos niños participantes. Ambas partes fueron informadas acerca del programa, cómo se llevaría a cabo, su objetivo y los resultados que se espera obtener.

Asimismo, se le presentó a la directora el perfil de los participantes deseados para este programa, y con base a esto, los eligió. Se trata de un niño y una niña que asisten con regularidad al CTEDI a tomar talleres de socialización y terapia individual.

El paciente, a quien se le llamará **SUJETO 1**, tiene 6 años de edad y cursa el tercer año de preescolar. Entre sus intereses están el museo maya, en especial el mecanismo de

sus ascensores y escaleras, le atraen los lentes y el material del cual están hechos, le gustan las marcas de los automóviles, deletrear y ver algunos documentales de hospitales. Presenta previo diagnóstico de Síndrome de Asperger. (Ver Apéndice 3)

En cuanto al motivo de consulta por el cual se decidió trabajar a través de este programa con el sujeto 1, es porque la madre refiere que el niño tiene dificultad para expresar sus emociones. Es capaz de nombrarlas y reconocer algunas de ellas, pero le cuesta reconocerlas en sí mismo.

La paciente, a quien se le llamará **SUJETO 2**, tiene 6 años de edad y cursa el tercer año de preescolar. Entre sus intereses están bailar, la música, jugar con títeres, ver las caricaturas “Dora la exploradora” y “la princesa Sofía”. Presenta previo diagnóstico de Síndrome de Asperger. (Ver Apéndice 3)

El motivo de consulta por el cual se integró al sujeto 2 es porque los padres de la niña refieren que puede nombrar las emociones y reconocerlas; sin embargo, le cuesta expresarlas con gestos faciales, consideran que sus expresiones faciales son muy rígidas y que su enojo, aunque es poco frecuente es muy explosivo.

2.2. Instrumentos y/o estrategias utilizados

Se llevó a cabo un programa para el entrenamiento en el reconocimiento y expresión de las cuatro emociones básicas en niños en edad escolar con Síndrome de Asperger. Este programa consistió en tres fases:

1. La **fase diagnóstica** tuvo como objetivo informar a los padres del programa que se llevaría a cabo, conocer datos de la historia clínica del niño, conocer la percepción que tienen acerca del reconocimiento y la expresión de las emociones de sus hijos, así como evaluar a los dos niños mediante diversas técnicas cuáles son las emociones básicas en las que están teniendo dificultad al momento de reconocerlas y expresarlas. Constó de seis sesiones, de las cuales una sesión fue para los padres del sujeto 1, otra sesión para los padres del sujeto 2, dos sesiones fueron para el sujeto 1 y dos sesiones para el sujeto 2. (Ver Apéndice 1)

2. La **fase de intervención** tuvo como objetivo aplicar diferentes técnicas cognitivo-conductuales, así como el uso de las TIC para entrenar a los dos niños en el reconocimiento y expresión de cuatro de sus emociones básicas. Constó de 30 sesiones, de las cuales 15 sesiones fueron para trabajar con el sujeto 1 y 15 para trabajar con el sujeto 2. (Ver Apéndice 1)
3. La **fase de evaluación** tuvo como objetivo evaluar de nuevo cuál es la percepción que los padres tienen acerca del reconocimiento y la expresión de las emociones de sus hijos, conocer información acerca de los cambios percibidos por los padres y con las mismas técnicas utilizadas para el diagnóstico, evaluar y comparar si se presentaron cambios posteriores a la intervención. Constó de seis sesiones, de las cuales una sesión fue para los padres del sujeto 1, otra sesión para los padres del sujeto 2, dos sesiones fueron para el sujeto 1 y dos sesiones para el sujeto 2. (Ver Apéndice 1)

Los instrumentos y estrategias utilizados para realizar la fase diagnóstica que permitieran obtener la información necesaria para planear y desarrollar el programa de intervención, fueron los siguientes:

1. Dibujo lo que me gusta: se le pidió al menor que elabore un dibujo de lo que más le guste (un objeto, una caricatura, un animal, un lugar, etc.). Esta actividad tuvo dos finalidades: conocer sus intereses y brindarle una primera actividad conocida para disminuir su ansiedad, en caso de presentarla.
2. Esfúmate: es uno de los cuatro juegos en línea del programa Even Better, creados para facilitar la enseñanza de emociones y habilidades sociales a niños con Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Continuo Autista. En este juego se le presentó al menor una serie de expresiones faciales (rostros caricaturizados de personas e iconos gestuales) y se le dio la instrucción de que seleccionara únicamente las caras que expresaban la emoción que se le indicó. No tuvo límite de tiempo. El juego utiliza un lenguaje claro, fluido y atractivo en castellano, por lo que es recomendable acompañar al niño y nombrarle un sinónimo de aquellas palabras que no son tan frecuentes en el lenguaje coloquial mexicano. (Ver

Apéndice 2)

3. Ruleta de las emociones: es otro de los juegos en línea del programa Even Better. En este juego se le presentó al menor una ruleta que contenía 11 casillas con diferentes rostros mostrando una emoción, se le pidió que la girara y al parar la ruleta, se marcaba una emoción. Enseguida se le presentó dos imágenes y se le preguntó en cuál de esas situaciones se sentía la emoción representada en la casilla marcada. (Ver Apéndice 2)
4. Presentación en Power Point del programa: a los padres se les presentó de manera breve, mediante una serie de diapositivas, en qué consiste el programa de entrenamiento en el reconocimiento y la expresión de emociones básicas en niños en edad escolar con Síndrome de Asperger y cómo está estructurado.
5. Entrevista semiestructurada: se diseñó y realizó una breve entrevista semiestructurada a los padres con la finalidad de obtener datos generales del niño, conocer los intereses de sus hijos y alguna sugerencia que ellos consideraran pudiera ser de utilidad para hacer más atractiva la intervención para el menor. (Ver Apéndice 2)
6. Cuestionario de percepción de padres acerca del reconocimiento, expresión y manejo de emociones de sus hijos: se aplicó este cuestionario piloto elaborado por las Psicólogas Irene Léniz e Isabel Margarita Haeussler de la Universidad Católica de Chile. El cuestionario consta de 35 preguntas cerradas a los padres, en las cuales evalúan la afirmación con categorías de mucho, bastante, poco y ninguno; con el objetivo de indagar específicamente acerca: a) La percepción de los padres acerca de la regulación emocional de sus hijos, (17 ítems) b) Sus conductas parentales en cuanto a la identificación y apoyo en el manejo de las emociones de sus hijos (14 ítems) c) La propia percepción de los padres acerca de la regulación de sus emociones (4 ítems) (Léniz y Haeussler, 2007). (Ver Apéndice 2)

2.3. Impresión diagnóstica sujeto 1

El sujeto presenta un diagnóstico previo de Síndrome de Asperger.

En la sesión diagnóstica se observó al sujeto muy colaborador durante las actividades, aunque también inatento en varias ocasiones. Es un niño que mantiene una

conversación unilateral de los temas de su interés, pero también contestó a la mayoría de las preguntas que se le hizo.

Durante las actividades diagnósticas, se observó que el sujeto 1 presentó dificultad para expresar sus emociones (facial y verbalmente) y cuando se le pidió reconocerlas en otras personas y emoticonos, confundió la tristeza y el miedo con el enojo. Esto se corroboró en los dos instrumentos aplicados para la fase diagnóstica.

De igual manera, se observó en uno de los instrumentos, que la madre le percibe como un niño poco expresivo en su estado emocional quien puede expresar su alegría, pero le cuesta expresar su enojo, tristeza y miedo; sin embargo, lo ve como un niño cariñoso, calmado, quien está la mayor parte del día contento, el cual puede llegar a autocontrolarse dependiendo de la situación y quien llega a ser paciente. También lo percibe como un niño poco amistoso con otros niños, pero amistoso con los adultos.

La madre es cariñosa con él, le felicita pero también le castiga, le puede consolar, calmar, y logra identificar el estado emocional de su hijo, aunque él no lo exprese tanto.

2.4. Impresión diagnóstica sujeto 2

El sujeto presenta un diagnóstico previo de Síndrome de Asperger.

En la sesión diagnóstica se observó al sujeto muy colaborador y siguiendo instrucciones durante las actividades. Se mostró atenta a la mayor parte de las actividades, aunque mantenía por largos períodos de tiempo discursos sobre los temas de su interés, contando historias sobre personajes de caricaturas que le gustan.

Durante las actividades diagnósticas, el sujeto 2 reconoció muy bien las cuatro emociones básicas (alegría, enojo, tristeza y miedo) pero presentó dificultad al momento de expresarlas con gestos faciales ya que sus expresiones suelen ser muy rígidas.

En otra de las actividades, mostró dificultad al tener que reconocer las emociones en otras personas y emoticonos, confundió la tristeza y el miedo entre ellas. Esto se corroboró en dos de los tres instrumentos aplicados para la fase diagnóstica.

Se observó en uno de los instrumentos que la madre le percibe como una niña expresiva emocionalmente, quien está la mayor parte del día contenta pero que cuando se enoja tiene poco autocontrol. Observa en ella que puede expresar cuando está alegre, enojada, triste o asustada pero solo verbalmente. Le percibe como una niña calmada en

general, cariñosa y amistosa con otros niños y con los adultos. También le observa como una niña poco paciente y poco colaboradora. La madre conversa con ella, le felicita, es cariñosa, le puede calmar y consolar y puede identificar el estado emocional de su hija. Asimismo, le pone alguna consecuencia negativa cuando le desobedece.

3. Programa de intervención desarrollado

3.1. Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención

Con base en los resultados de la fase diagnóstica, de la información bibliográfica, las recomendaciones del comité evaluador y de la directora de la institución donde se llevó a cabo la intervención, los criterios que se tomaron en cuenta al diseñar el programa de intervención fueron los siguientes:

- Adaptar algunas actividades a los intereses de los niños para hacer más atractiva la información. La idea es convertir su tema en un aliado.
- Reportar los dos casos intervenidos que, aunque no es una muestra suficientemente representativa, los resultados de ambos pueden servir para comparar las diferencias entre géneros aun con el mismo Síndrome.
- Programa estructurado que permitirá proporcionar un ambiente estable, predecible, que le brinde seguridad y comodidad.
- Proceso individualizado porque no muestran los mismos síntomas y en la misma intensidad y se adecúa dependiendo del momento evolutivo del niño.
- Técnicas cognitivo conductuales en conjunto con las TIC ya que el uso de éstas no es suficiente para introducir cambios en el aprendizaje si no van acompañadas de estrategias educativas y del trabajo del terapeuta.

3.1.1. Técnicas y reforzadores.

Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas fueron los reforzadores positivos y el modelamiento. Además, se usaron técnicas como la relajación, el ensayo conductual y las historias sociales.

Según Carol Gray (1994), las historias sociales son historias cortas o mini libros escritos generalmente por adultos del entorno del niño para ayudarlo a responder preguntas que las personas con autismo pueden llegar a tener para la interacción apropiada con los otros – los “quién, cómo, cuándo, dónde y por qué” en las situaciones sociales. Son individuales para cada chico, generalmente motivantes y ofrecen pistas visuales que tienen como objetivo una conducta a mejorar (Barnhill, 2002).

Las historias sociales contribuyeron de dos formas: primero sirvieron para la identificación de cada niño con el protagonista, y segundo, para revisar el aprendizaje ya que al final de cada historia tuvieron que contestar unas preguntas que iban en torno a las conductas que se esperaba tuviera el protagonista.

El ensayo conductual se realizó en un ambiente controlado y simulado e individualmente. Los niños pusieron en práctica las técnicas aprendidas para la expresión del enojo, transmitiéndoselas a un personaje de la película “intensamente” a través del modelamiento. Éstas dos técnicas ayudaron a reforzar el aprendizaje.

Y, por último, la técnica de relajación permitió enseñar a los niños mediante la práctica cómo puede ayudar a su cuerpo a sentirse más tranquilo antes, durante o después de haber vivido situaciones estresantes para ellos. Para esto se les enseñó a practicar la respiración mediante diferentes ejercicios como el de la vela, en el que se le pedía a cada niño que inspirara por la nariz y soplara sobre una vela con fuerza para apagarla. A medida que se apagaba la vela en la primera espiración, se iba alejando la vela, para que el niño aumentara la intensidad del soplo.

La técnica del modelamiento fue usada a través del recurso de las TIC, ya que se les enseñó videos que mostraban las conductas deseadas.

Los reforzadores positivos utilizados fueron los reforzadores tangibles, los sociales y los de actividades. Según los intereses y gustos de cada uno de los niños, se eligió el reforzador. En el caso del sujeto 1, se le reforzó las dos horas de trabajo en las actividades con la entrega de un reforzador tangible que se le entregó al finalizar la sesión. Cabe mencionar que este reforzador material no era fijo, sino que se sustituía la mayor parte de las sesiones por un reforzador social que el sujeto 1 aceptaba sin presentar alteración alguna. El sujeto 2 fue reforzado con una actividad que le gustaba mucho: jugar con los títeres. Al terminar la sesión y tras haber participación en las actividades, se destinaba 10

minutos a que jugara con ellos. De igual forma recibió reforzadores sociales.

3.1.2. Emociones.

Como otro criterio importante se decidió trabajar únicamente las cuatro emociones básicas iniciales debido a que se requieren varias sesiones para el trabajo de cada emoción. Se tomaron en cuenta las cuatro emociones básicas que suelen enseñársele inicialmente a los niños y están definidas por la Asociación Española Contra el Cáncer (2015) de la siguiente manera:

- a) **ALEGRÍA.** La sentimos cuando conseguimos algún deseo o vemos cumplida alguna ilusión. Proporciona una agradable sensación de bienestar, de seguridad y energía;
- b) **IRA:** Aparece cuando las cosas no salen como queremos o nos sentimos amenazados por algo o alguien. Resulta de utilidad cuando impulsa a hacer algo para resolver un problema o cambiar una situación difícil;
- c) **TRISTEZA:** Aparece ante la pérdida de algo importante o cuando nos han decepcionado. Nos motiva a pedir ayuda; y por último,
- d) **MIEDO:** Lo sentimos ante un peligro (real o imaginario). Permite evitar un peligro y actuar con precaución.

Es importante mencionar que muchos autores utilizan diferentes nombres para cada emoción, algunos pueden utilizar el término alegría mientras que otros el término felicidad. Con los sujetos participantes en esta intervención se utilizaron los nombres de las emociones de la película “Intensamente” ya que ambos conocían la película y estaban más familiarizados con sus personajes. Se usaron los términos: alegría, furia o enojo, tristeza y temor o miedo.

3.2. Objetivos del programa de intervención

Objetivo general

Entrenar a dos niños con diagnóstico Síndrome de Asperger en el reconocimiento y la expresión de cuatro emociones básicas a través de un programa de intervención con

técnicas cognitivo-conductuales complementado con el uso de las TIC.

Objetivos específicos.

1. Evaluar el reconocimiento y la expresión de emociones básicas en dos niños en edad escolar con Síndrome de Asperger.
2. Diseñar e implementar el programa de intervención con técnicas cognitivo-conductuales complementado con el uso de las TIC, que ayuden a que dos niños en edad escolar con Síndrome de Asperger aprendan a reconocer y expresar cuatro emociones básicas de manera adecuada.
3. Evaluar de nuevo para observar si existen diferencias en el reconocimiento y la expresión de emociones básicas en dos niños en edad escolar con Síndrome de Asperger, antes y después del programa de intervención con técnicas cognitivo-conductuales complementado con el uso de las TIC.

3.3. Recursos utilizados

Los recursos que se utilizaron durante las tres fases del programa pueden dividirse en tres rubros:

- a) Recursos tecnológicos. Computadora o tablet con acceso a Internet para el uso de las TIC (presentaciones de cada emoción en Power Point y videos) y del programa interactivo “Even Better”.
- b) Recursos materiales didácticos y de uso diverso como hojas, colores, cartulina, plastilina, pintura, títeres, lupa, foami, velas, globos, bicarbonato de sodio, papel bond, una caja forrada, tarjetas con imágenes, tela, botellas, pegamento con brillo, plumas, recortes de imágenes de partes de la cara, revistas, entre otros.
- c) Recursos humanos. Recomendaciones a los padres sobre cómo ayudar a sus hijos en casa con el reconocimiento de las emociones y las técnicas propuestas para expresar cada emoción.

3.4. Procedimiento de aplicación

El procedimiento de aplicación consistió en enseñarles a los niños una serie de diapositivas con imágenes que representen la emoción en la que se quiere entrenar y utilizar distintas técnicas cognitivas- conductuales, así como recursos tecnológicos que ayudaran a hacer más atractiva la información y para propiciar que practicasen las conductas deseadas. (Ver Apéndice 4)

La intervención estuvo conformada por 15 sesiones. Para el entrenamiento en el reconocimiento y la expresión emocional fue necesario dividir cada emoción en fases para trabajarla. (Ver Apéndice 1)

La primera fase constó de la parte teórica, en la que se les mostró cómo se ven las personas alegres, incluyéndolos a ellos mismos y cuáles son algunas situaciones generales por las cuáles se activa esa emoción en las personas. Esto es para enseñarles a reconocer la emoción en sí mismos y en otros. También se les mostró qué conductas pueden generarnos y a discriminar entre cuáles con aceptables y cuáles no.

La segunda fase constó de la parte práctica, en la que se mostró algunos ejercicios de reconocimiento de la emoción y ejercicios de la expresión conductual que les enseñaron a disminuir o a potenciar la conducta según fuera el caso.

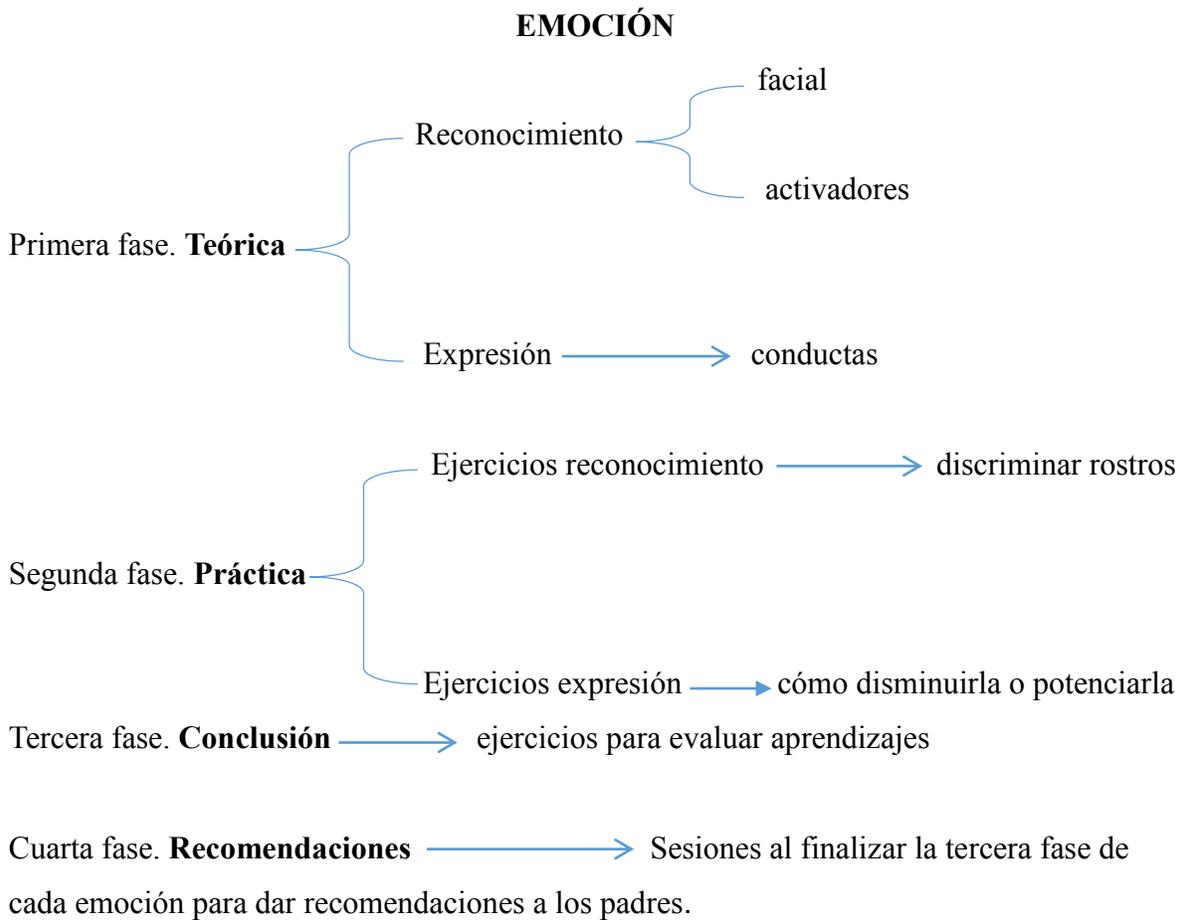
La tercera fase constó de la conclusión en la que, para evaluar el aprendizaje, se les enseñó un video, una historia social o un ejercicio práctico y se les hizo preguntas relacionadas con lo visto haciéndoles preguntas o se les pidió que le enseñaran a un personaje qué técnicas han aprendido.

Al finalizar la fase de la conclusión, se hizo una breve retroalimentación a los padres y se les ofrecieron algunas recomendaciones, para que en casa trabajen las técnicas que se les enseñó a sus hijos.

Para trabajar los temas de las cuatro emociones básicas con los dos niños, se acordó con los padres el número de horas que se trabajaría a la semana. Esto dependía del tiempo que, según los propios padres, su hijo podría participar sin problema. Entonces se acordó tener una sesión a la semana con duración de dos horas para el sujeto 1 y dos sesiones a la semana con duración de una hora cada una para el sujeto 2.

El primer tema trabajado fue la alegría para la que fueron necesarias dos sesiones, el segundo tema fue el enojo, utilizando cuatro sesiones para trabajarla, el tercer tema fue la tristeza, utilizando tres sesiones y el cuarto tema fue el miedo para el que se requirieron 4 sesiones. Se adicionaron dos sesiones más para trabajar las cuatro emociones en conjunto y haciendo un pequeño repaso de las funciones de cada emoción, así como ejercicios de práctica.

Se muestra a continuación a modo de esquema, cómo están estructuradas las sesiones de intervención de la emoción:



4. Evaluación de los efectos

4.1. Resultados de la aplicación de instrumentos

La fase de evaluación se realizó en la clínica de Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP) perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, como se mencionó anteriormente, se cambió de sede para la evaluación ya que las instalaciones y el acceso a los recursos tecnológicos en línea eran más favorables en ese momento. Los padres de los sujetos participantes fueron informados anticipadamente y estuvieron de acuerdo.

Los instrumentos y estrategias utilizados para esta fase, fueron los mismos que los utilizados para la fase diagnóstica, con excepción de la primera actividad “dibujo lo que me gusta”.

Instrumentos de evaluación para los sujetos participantes:

- Esfúmate (juego en línea).
- La ruleta de las emociones (juego en línea).

Instrumentos de evaluación para los padres:

- Entrevista semiestructurada
- Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos.

4.2. Cambios registrados

Con base en los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados en las fases diagnóstica y de evaluación, se elaboró una tabla comparativa por cada instrumento para mostrar los cambios positivos y/o negativos antes y después de la intervención. A continuación, se muestran los resultados obtenidos por sujeto.

SUJETO 1

Durante el programa de intervención, el niño mostró una buena actitud ante las actividades presentadas, estuvo participativo y tranquilo en la mayoría de las sesiones. Siguió instrucciones, y aunque en ocasiones se centraba en los movimientos que realizaba con las manos (estereotipias) se le podía dirigir de nuevo a la actividad sin mayor

dificultad.

Su estado de ánimo en general fue muy bueno, llegaba con buen humor a las sesiones y su madre lo llevaba puntualmente a la sesión semanal. Las sesiones constaron de dos horas de duración, mismas que el niño permaneció participativo y sin mostrar molestia o fatiga alguna. Cuando se le daba un pequeño receso de 10 minutos, lo aprovechaba para dibujar alguno de los temas de su interés (marcas de autos) o para hablar de esto. También hacía algunas preguntas relacionadas con el tema pero dirigiéndose a su facilitador.

En cuanto a las sesiones de evaluación, el niño estuvo un poco inquieto al empezar la primera de las dos sesiones y no se pudo finalizar ésta ya que su conducta comenzó a ser mucho más activa y se tuvo que suspender para que no afectara su desempeño en las pruebas ya que no lograba atender a lo que se le preguntaba. Al terminar la sesión la madre del pequeño informó que su medicación había sido modificada a dosis bajas y a otro horario. Un aspecto muy positivo del niño en la evaluación es que respondió bien ante los cambios que se presentaron (sede del programa, factores imprevistos como lluvia y algún cambio de horario de la sesión) y de los cuales no se le pudo anticipar.

Como la madre también formó parte del programa es importante comentar que su actitud fue muy buena, es una persona accesible y comprometida con el bienestar de su hijo. Durante todo el proceso estuvo pendiente de cómo le fue al niño en las sesiones y pidió orientación para realizar un mejor manejo conductual de su hijo ya que como ella mencionó en varias ocasiones sentía que cedía mucho a sus “berrinches” porque se desesperaba y no sabía qué hacer. Las técnicas que se le enseñaron para el manejo del enojo las llevó a la práctica, así como las recomendaciones que se le hicieron al finalizar la última sesión de cada temática (emoción).

El sujeto 1 durante el proceso en general, mostró un semblante neutro pero en las actividades que le gustaban su semblante cambiaba a un rostro alegre y reía bastante. También se observaron algunos tics faciales y varias estereotipias con las manos.

Tabla 1

Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos

Reactivos	Diagnóstico	Evaluación
1.Expresivo	P	M
2.Cariñoso	M	B
3.Calmado	B	P
4.Contento	M	B
5.Se controla	B	P
7.Paciente	B	P
14.Puede expresar cuando está enojado	P	B
15.Puede expresar lo que lo pone nervioso o preocupado	P	B
16.Puede expresar cuando se asusta	P	B
17.Puede expresar cuando se siente triste o desanimado	P	B
19.Le felicito	M	B
23.Le castigo	B	P
35.Expreso mis sentimientos	B	M

Nota: Para ver el instrumento completo ver Apéndice 2.

En la tabla 1 se observa que después de aplicado el programa de intervención la madre percibió una leve disminución en la expresión de cariño por parte del niño (reactivo 2), en su capacidad para permanecer calmado (reactivo 3), en su buen estado de ánimo (reactivo 4), en el autocontrol (reactivo 5) y en la paciencia (reactivo 7) así como una leve disminución en las felicitaciones por parte de ella hacia su hijo.

Por otra parte, se registró un cambio positivo debido a que disminuyó el castigo impuesto por la madre hacia el sujeto (reactivo 23) así como un cambio favorable indirectamente en ella, ya que ha logrado expresar más sus sentimientos (reactivo 35).

Puede observarse que en los reactivos donde se encontró el mayor cambio fueron el reactivo 1, el reactivo 14, el reactivo 15, el reactivo 16 y el reactivo 17. Antes de la intervención la madre registró que el sujeto tenía dificultades para expresar sus emociones (reactivo 1), para expresar su enojo (reactivo 14), para expresar lo que le preocupa (reactivo 15), para expresar sus miedos (reactivo 16) y su tristeza (reactivo 17) y después de

la intervención mencionó que su hijo expresaba mucho más verbalmente cómo se sentía.

En los 22 reactivos restantes no se registraron cambios entre el pretest y postest del programa de intervención.

Tabla 2

Esfúmate (juego en línea)

Reactivos	Total rostros presentados	Rostros a reconocer con la emoción	Diagnóstico (Errores)	Evaluación (Errores)
1.Alegría	31	13	4	4
2.Tristeza	31	13	5	4
3.Enajo	31	13	4	3
4.Miedo	31	13	5	5
TOTAL	124	52	18	16

Nota: Para ver el instrumento completo ver Apéndice 2.

Se muestran los resultados por cada emoción de la tabla 2:

1. Tristeza

En la fase diagnóstica, de los 31 rostros presentados con diferentes emociones (alegría, tristeza, enajo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa) en el juego en línea, el sujeto presentó 5 errores al momento de elegir los rostros tristes. En la fase de evaluación presentó 4 errores por lo que hubo una disminución de 1 punto en el reconocimiento de la emoción tristeza.

2. Enajo

En la fase diagnóstica, de los 31 rostros presentados con diferentes emociones (alegría, tristeza, enajo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa) en el juego en línea, el sujeto presentó 4 errores al momento de elegir los rostros enajados. En la fase de evaluación presentó 3 errores por lo que hubo una disminución de 1 punto en el reconocimiento de la emoción enajo.

En el puntaje total se observó que en la fase de evaluación hubo una disminución del número de errores cometidos en el reconocimiento de las emociones tristeza y enajo.

Tabla 3*Ruleta de las emociones (juego en línea)*

Reactivos	Imágenes presentadas	Respuesta correcta	Diagnóstico (Errores)	Evaluación (Errores)
1.Miedo	2	1	0	0
2.Alegría	2	1	0	0
3.Enojo	2	1	0	0
4.Tristeza	2	1	0	0

Nota: Para ver el instrumento completo ver Apéndice 2.

Como se muestra en la tabla 3, el sujeto no presentó errores al realizar esta prueba durante la fase diagnóstica ni en la fase de evaluación.

SUJETO 2

Durante las sesiones de intervención mostró una actitud muy buena, llegó a todas con buen estado de ánimo y aceptó participar en toda actividad que se le presentó. Es una niña que posee bastante vocabulario y gran capacidad para comunicar verbalmente. En las sesiones hablaba durante la mayor parte de las actividades, contando historias que veía en las caricaturas o repitiendo alguno de los diálogos. Aunque su lenguaje era claro y bastante fluido, se observó que, en ocasiones al comenzar las frases o al hilarlas se presentaba un poco de tartamudeo. Al igual que el sujeto 1, su comunicación suele ser unilateral y sobre sus temas de interés.

En las sesiones de evaluación estuvo muy participativa, tranquila y con buen estado de ánimo. Siguió instrucciones y se mostró paciente en cada actividad. Respondió de manera positiva ante los cambios presentados (sede de la evaluación y cambio de horario de alguna sesión).

En cuanto a la participación de la madre como parte del programa es relevante comentar que su actitud fue muy buena, es una persona que está muy comprometida con el bienestar de su hija y con iniciativa para investigar de qué manera puede ayudar a hacer la vida de su hija mucho más sencilla para ella. Durante todo el proceso estuvo dispuesta a seguir las recomendaciones que se le hicieron y a colaborar en todo lo que se le solicitara.

El sujeto 2 durante el proceso en general, se mostró alegre, entusiasta y atenta en la mayor parte de las actividades, aunque en algunas ocasiones desviaba su atención hacia los juguetes que le gustaban del salón y/o se enfocaba en contar las historias que recordaba

sobre las caricaturas que veía.

La niña está creciendo dentro de un ambiente de reglas y límites, pero también de mucha comprensión por parte de la madre quien está muy comprometida con el bienestar de sus tres hijos.

Tabla 4

Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos

Reactivos	Diagnóstico	Evaluación
4.Contento	B	M
11.Enojón	M	B
15.Puede expresar lo que lo pone nervioso o preocupado	N	P
22.Le puedo calmar	M	B
23.Le castigo	M	P
24.Le puedo consolar	B	M

Nota: Para ver el instrumento completo ver Apéndice 2.

En la tabla 4 se observa que después de aplicado el programa de intervención la madre percibió una leve disminución en la capacidad de la madre de poder calmar a la niña (reactivo 22) cuando está enojada.

Por otra parte, se observó que la madre pudo percibir una disminución de la emoción de enojo (reactivo 11) en la niña, una mejoría en el estado de ánimo (reactivo 4), siendo que la madre la observa más contenta, una mejoría en la expresión de lo que le pone nervioso o preocupado (reactivo 15) que antes no expresaba, se registró un cambio positivo debido a que disminuyó el castigo impuesto por la madre (reactivo 23) hacia su hija, y se mostró un aumento en la capacidad de la madre de poder consolarla (reactivo 24).

En los 29 reactivos restantes no se registraron cambios entre el antes y después del programa de intervención.

Tabla 5
Esfúmate (juego en línea)

Reactivos	Total rostros presentados	Rostros a reconocer con la emoción	Diagnóstico (errores)	Evaluación (errores)
1.Alegría	31	13	1	0
2.Tristeza	31	13	5	2
3.Enajo	31	13	0	4
4.Miedo	31	13	2	1
TOTAL	124	52	9	7

Nota: Para ver el instrumento completo ver Apéndice 2.

Se muestran los resultados por cada emoción de la tabla 5:

1. Alegría

En la fase diagnóstica, de los 31 rostros presentados con diferentes emociones (alegría, tristeza, enajo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa) en el juego en línea, el sujeto presentó 1 error al momento de elegir los rostros alegres. En la fase de evaluación no presentó algún error por lo que hubo una disminución de 1 punto en el reconocimiento de la emoción alegría.

2. Tristeza

En la fase diagnóstica, de los 31 rostros presentados con diferentes emociones (alegría, tristeza, enajo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa) en el juego en línea, el sujeto presentó 5 errores al momento de elegir los rostros tristes. En la fase de evaluación presentó 2 errores por lo que hubo una disminución de 3 puntos en el reconocimiento de la emoción tristeza.

3. Enajo

En la fase diagnóstica, de los 31 rostros presentados con diferentes emociones (alegría, tristeza, enajo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa) en el juego en línea, el sujeto no presentó algún error al momento de elegir los rostros enajados. En la fase de evaluación presentó 4 errores por lo que hubo un aumento de 4 puntos en el reconocimiento de la emoción enajo.

4. Miedo

En la fase diagnóstica, de los 31 rostros presentados con diferentes emociones (alegría, tristeza, enajo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa) en el juego en línea, el sujeto presentó 2 errores al momento de elegir los rostros con miedo.

En la fase de evaluación presentó 1 error por lo que hubo una disminución de 1 punto en el reconocimiento de la emoción miedo.

En el puntaje total se observó que en la fase de evaluación hubo una disminución del número de errores cometidos en el reconocimiento de tres de las emociones básicas (alegría, tristeza y miedo) y, por el contrario, se presentó un aumento del número de errores cometidos en el reconocimiento de la emoción enojo en la etapa de evaluación.

Tabla 6

Ruleta de las emociones (juego en línea)

Reactivos	Imágenes presentadas	Respuesta correcta	Diagnóstico (Errores)	Evaluación (Errores)
1. Enojo	2	1	0	0
2. Alegría	2	1	0	0
3. Tristeza	2	1	0	0
4. Miedo	2	1	0	0

Nota: Para ver el instrumento completo ver Apéndice 2.

En la tabla 6 se observa que el sujeto no presentó errores al realizar esta prueba durante la fase diagnóstica ni en la fase de evaluación.

Con el programa de intervención se logró atender al motivo de consulta de cada uno de los sujetos y mejoraron tanto en el reconocimiento como en la expresión emocional. Ambos sujetos acudieron con regularidad y puntualidad a las sesiones programadas. El buen estado de ánimo tanto en el sujeto 1 como en el sujeto 2 estuvo presente en todas las sesiones, acudían con entusiasmo y participaron en las actividades siguiendo instrucciones.

5. Discusión

5.1. Relación intervención- cambios observados

El presente programa de intervención en el sujeto 1, produjo la mayor parte de los cambios esperados, especialmente en la expresión de las emociones básicas ya que, tanto en la evaluación como en lo expresado por la madre del sujeto, éste ha mejorado en su expresividad facial y en la expresión verbal de sus emociones. Logró expresarle verbalmente a su madre cuando se sentía enojado, cuando se sentía triste, con miedo o nervioso, emociones que antes no expresaba.

De igual manera, mejoró en su capacidad para diferenciar entre los rostros tristes y los rostros enojados ya que como se pudo observar en los resultados de la etapa diagnóstica tendía a confundirlos entre sí. Mejoró en el reconocimiento de los rostros tristes y los rostros enojados al presentarse éstos en un conjunto de rostros que expresaban emociones distintas (alegría, tristeza, enojo, miedo, orgullo, pensamiento, asco, vergüenza, dolor y sorpresa). En un principio, al ver los rostros con la emoción que se le pedía señalar entre otros, le costó un poco de trabajo en algunas de las presentaciones pero en otras logró encontrarlas sin mayor dificultad.

Como pudiera esperarse en un programa de intervención, ocurrieron algunos cambios que se generaron de manera indirecta, como se observó en el instrumento de evaluación aplicado a la madre del sujeto 1, ella percibió una disminución en la expresión de cariño por parte del niño, dificultad en su capacidad para permanecer calmado, cambio en el estado de ánimo, en el autocontrol y en la paciencia, así como una disminución en la frecuencia de felicitaciones por parte de ella hacia su hijo. También percibió que disminuyó la frecuencia de los castigos impuestos hacia el sujeto, y se presentó un cambio favorable indirectamente en ella, ya que ha logrado expresar más sus sentimientos.

En el sujeto 2, el programa de intervención también produjo cambios significativos ya que se observó una mejoría en la expresión de lo que le pone nerviosa o preocupada, que antes no lograba expresar verbal ni facialmente. Las cuatro emociones básicas (alegría, enojo, tristeza y miedo) las expresaba verbalmente sin mayor dificultad. La expresión facial que era un tanto rígida, se trabajó mediante ejercicios de imitación y de observación del

reflejo en el espejo para que la niña pudiera practicar la fisonomía de la emoción. Aunque no hubo una prueba que midiera y registrara un cambio en este nivel, durante las sesiones se observó mucha más flexibilidad facial y la madre de la niña mencionó al finalizar el programa, que notaba mucha más expresividad en el rostro de su hija cuando se enojaba o estaba triste.

En cuanto al reconocimiento emocional, se observó una mejoría en el reconocimiento de los rostros alegres, tristes y con miedo. Fue capaz de reconocer mayor número de rostros con la emoción que se le indicaba entre varios rostros que expresaban diferentes emociones.

Entre los cambios que se generaron de manera indirecta estuvieron que la madre percibió una leve disminución en su capacidad para poder calmar a la niña cuando está enojada.

Por otra parte, se observó que la madre pudo percibir una disminución de la emoción de enojo en la niña, una mejoría en el estado de ánimo, siendo que la madre la observa más contenta, se registró un cambio positivo debido a que disminuyó el castigo impuesto por la madre hacia su hija, y se mostró un aumento en la capacidad de la mamá de poder consolarla.

Se puede concluir en esta parte del trabajo que el programa de intervención logró cumplir con gran parte de los objetivos planteados.

5.2. Comparación cambios observados-literatura sustento

Como parte importante de los resultados está el reconocimiento de las emociones básicas, en este sentido indican Linder y Rosen (2006 en Poot Matú, 2014) que los niños con Síndrome de Asperger usan el contenido verbal como estrategia compensatoria para entender emociones en otros.

Se pudo percibir que la asignación de emociones a los rostros es una dificultad constante en estos niños. Se vio que éstos podían asignar las emociones presentadas de manera verbal a la serie de rostros presentados. No obstante, cuando se les preguntó qué estado de ánimo tenía cada rostro, los niños tuvieron algunas dificultades al asignar la emoción correspondiente.

En el aspecto de la expresividad según Maseda (2013) algunas de las características emocionales de las personas con TEA son las expresiones faciales limitadas, en este sentido, las personas con CEA presentan una expresividad rígida y poco variada, una sonrisa constante y falsa apariencia de felicidad, una variedad de expresiones extrañas y no comunicativas y una falta de sonrisa como intercambio social. Esto concuerda con las expresiones faciales observadas en los participantes antes de la intervención y con la información proporcionada por las madres.

Maseda (2013) también menciona como característica emocional el contacto visual inusual, en el que predomina la inexistencia de contacto ocular con los interlocutores, lo que les hace presentar un déficit en lo que supone la base del contacto afectivo comunicativo no verbal entre las personas; en lo que a este punto se refiere el sujeto 1 mostró contacto visual escaso mientras que el sujeto 2 permanecía mucho más tiempo haciendo el contacto cuando se le explicaba alguna actividad.

En lo que respecta a la empatía, Weiss & Harris (2001 en Poot Matú, 2014) mencionan que existe una dificultad para empatizar, se observó que durante las actividades en las que se incluyeron aspectos de la empatía, ambos participantes fueron capaces de ponerse en el lugar de los personajes que se le presentaron, siendo la niña la que mostró mucha más empatía, incluso en actividades donde no se presentó ninguna situación que pudiera pretender generarla.

Por otra parte, los cambios observados y las entrevistas realizadas a las madres de los sujetos participantes confirman las ideas de Cuadrado y Valiente (2005) quienes mencionan que las habilidades de relación social que presentan los niños con Síndrome de Asperger depende de su desarrollo cognitivo, de su nivel de comunicación y de la educación recibida en casa y en la escuela. Aunque ambos participantes tenían 6 años al momento de la intervención y cursaban tercero de preescolar, se observó un nivel de comunicación más desarrollado en la niña y un mejor manejo conductual por parte de la madre.

Como se mencionó en la teoría, no todos los niños con CEA presentan las mismas características con el mismo nivel desarrollado. Lorna Wing (1998 en González Carbajal, s.f.) menciona algunas características en los niños con CEA:

- Los patrones de comportamiento son repetitivos y existe una resistencia al cambio.
- El juego del niño puede alcanzar el estadio simbólico, aunque repetitivo y poco social.
- Se observa un desarrollo intenso de intereses restringidos y concretos.
- Torpeza motora: El desarrollo motor (grueso y fino) puede manifestarse retrasado y existen dificultades en el área de la coordinación motora.

Los sujetos participantes, aunque presentan las características arriba mencionadas, la educación recibida en casa, la estimulación recibida del medio y otros aspectos han influido en que estas características se presenten de diferente manera y en diferente grado para cada uno de ellos. En cuanto a la primera característica que menciona Lorna Wing, se observó que, aunque ambos sujetos presentaron patrones de comportamientos repetitivos, ninguno de los dos respondió negativamente ante los cambios que se dieron durante el programa. Se trató de crear un ambiente estructurado y confiable para los sujetos, pero no pudieron evitarse algunos contratiempos como cambio de horario de algunas sesiones a petición de la madre, inasistencia por enfermedad, inclemencia del tiempo, etc.

En lo que respecta a la segunda y a la tercera característica mencionada por Wing, se observó en ambos sujetos que el juego era repetitivo y simbólico, el sujeto 1 se inclinaba por recrear movimientos de partes de automóviles mientras que el sujeto 2 optaba por el juego con títeres de animales de peluche a los que les inventaba alguna historia. El sujeto 2 permitía que otra persona se incluyera en el juego pero bajo la historia que ella creaba.

Durante las sesiones de intervención y de evaluación pudo observarse que las funciones visuales, motoras y auditivas se encuentran intactas.

En cuanto a la función visual, los dos sujetos fueron capaces de reconocer forma y figura en las actividades y en los videos presentados.

La función motora es buena, ambos fueron capaces de realizar movimientos simples a partir de una orden determinada.

La función de reconocimiento acústico también fue algo destacable ya que los dos participantes fueron capaces de reconocer secuencias de ritmos y completar melodías. Esto pudo observarse durante las actividades en las que se incluyeron videos musicales para hacer mucho más atractiva la introducción de un tema o técnica.

Respecto al uso de las TIC como estrategia para entrenar a los sujetos en el reconocimiento y expresión emocional, se pudo observar que el modelamiento a través del uso de videos resultó muy divertido y atractivo para ellos, ya que pedían que se repitiera el video y contestaban acertadamente las preguntas que se les hacía acerca del contenido. Incluso lo recordaron por varios días. Esto se sustenta con lo que menciona Lehman (1998 en Lozano, Ballesta y Alcaraz, 2011) acerca de que a la mayoría de niños les atraen los medios informáticos, pero los niños con CEA los pueden encontrar mucho más atractivos debido a sus cualidades visuales ya que éstos posibilitan una estimulación multisensorial, fundamentalmente visual, que se adapta a las necesidades específicas de estas personas.

Lozano Martínez y Alcaraz García (2011) sugieren que los medios informáticos se configuran como medios de refuerzo, ya que pueden permitir cierto grado de error y presentar funciones de corrección que disminuye la frustración ante los errores, y posibilitan, por un lado, un trabajo autónomo y el desarrollo de las capacidades de autocontrol, que inciden en mayores niveles de autonomía y, por otro lado, un trabajo cooperativo con otras personas (compañeros, maestros...), que favorece el desarrollo de procesos de interacción.

Ambos sujetos en el momento de utilizar el programa en línea Even Better se mostraron participativos, atentos, divertidos; el sujeto 1 se mostraba alegre cuando seleccionaba un rostro y le marcaban un error, no se frustraba, sino que reía porque le gustaba la voz que le avisaba de su error, se percibió que en ocasiones fallaba a propósito para escuchar y repetir lo que la voz le decía cuando erraba. El sujeto 2 por su parte, mostró autonomía al querer manejar por sí sola la computadora para elegir ella misma los rostros que le iban solicitando. El sujeto 2 prefirió señalar en la pantalla el rostro que se le pedía y solo en algunas ocasiones elegirlo por sí mismo. Cabe destacar que se utilizó para el uso de las TIC una lap top y no se contaba con un mouse lo que complicó un poco el uso para los niños.

5.3. Conclusiones

Para finalizar este trabajo, se puede concluir que el programa propuesto para el entrenamiento en el reconocimiento y la expresión de las cuatro emociones básicas en niños escolares con Síndrome de Asperger ha resultado útil y práctico para la población con la

cual se trabajó; al incluir el uso de las TIC como recurso complementario de las técnicas cognitivo-conductuales se creó una base sólida para el trabajo con los participantes ya que por un lado se buscó trabajar desde la perspectiva del ámbito clínico y desde la perspectiva de lo pragmático. Al estar inmersos en una era tecnológica y con la creciente atracción de los niños por los juegos interactivos nació el interés por crear un programa de intervención que pudiera captar la atención de los participantes. En México hay muy pocas investigaciones acerca del uso de las TIC como parte del proceso de entrenamiento en emociones y aún más en Yucatán, los centros que atienden a niños con CEA están muy enfocados en desarrollar habilidades a través de diversos tipos de terapias conductuales y alternativas, sin valerse muchas veces de este recurso complementario tan útil, mientras que en países europeos como España, tienen al alcance innumerables softwares educativos para enseñar emociones y otras muchas habilidades en niños con CEA y que como se ha visto, tiene beneficios para los niños y con los que se obtienen buenos resultados.

Este trabajo por lo tanto, pretende ser una pequeña aportación de lo que se puede lograr si se aprovecha el recurso tecnológico como complemento de los enfoques y terapias tradicionales utilizadas con personas con CEA. Cabe recordar que para crear el programa de entrenamiento se cuidó y tomó en cuenta el interés de cada niño para planear las sesiones y de esta manera hacerlas más atractivas y significativas para ellos.

Asimismo, con este producto se busca que el lector tenga a su alcance información que le pudiera inspirar para crear programas nuevos o incluso modificar los que ya existan a favor de personas con alguna condición que dificulte el desarrollo de habilidades emocionales, sociales, de comunicación, etc. Este trabajo sólo es un granito de arena que pudiera ayudar a construir todo un mundo de posibilidades para quienes lo necesiten. En México casi no se cuenta con trabajos o investigaciones acerca del uso de softwares como una herramienta que ayude a las terapias tradicionales.

Por otra parte, es importante hacer hincapié en que la intervención debe ajustarse a las características propias del sujeto ya que de esta manera facilitará el aprendizaje. Para crear este programa de entrenamiento se tomó en cuenta la etapa del desarrollo, las características cognitivas, el grado de afectación de la comunicación, de la socialización, los intereses de los niños, además de las características propias de la condición.

A través de este trabajo se observó que lo que la literatura menciona acerca de la

falta de empatía en niños con CEA no es del todo cierta, ya que como se indicó anteriormente en la discusión, uno de los sujetos participantes del programa mostró a través de las actividades que realizó, conductas y frases empáticas, sobre todo cuando se trataba de actividades que incluía algunos animalitos. Haciendo referencia a esto se pretende ayudar a que el lector comprenda la importancia de intervenir desde “un enfoque sin expectativas”, es decir, con el conocimiento que se tenga acerca del trastorno o la condición pero sin esperar que el comportamiento o características del sujeto se presenten como dice aquél libro. Intervenir es una mezcla entre lo que se sabe y lo que el paciente puede sorprenderte.

5.3.1. Limitaciones y alcances.

Como limitaciones se pueden mencionar el salón en el que se llevó a cabo la aplicación del programa, ya que al ser un salón de usos múltiples no se logró evitar del todo las interrupciones del personal y de los usuarios del consultorio terapéutico, también fue una limitante la disponibilidad de los recursos tecnológicos, ya que al tratarse de un juego en línea se dependía del internet del lugar para tener acceso. Poco antes de la etapa de evaluación, el internet del centro comenzó a fallar por lo que tomando medidas preventivas se decidió llevar a cabo la evaluación en otro escenario: la facultad de Psicología.

Otro factor limitante fue la medicación interrumpida del sujeto 1 ya que afectó notablemente su desempeño en la etapa de evaluación (que es cuando se le quitó días antes, la medicación), también se le presentaron muchos cambios en poco tiempo, según comentó la madre y esto pudo afectarle ya que el sujeto estuvo inatento y muy activo en la primera sesión de evaluación, arrojaba el material mientras jugaba con él, por lo cual fue necesario suspender la sesión y evaluar días después.

Algunas de las características propias de la condición, como los intereses restringidos, las estereotipias (las cuales afectaron más la atención del sujeto 1), la aversión a algunos estímulos, etc.

Otro factor importante fue la dificultad que surgió a la hora de registrar los cambios observados ya que pareciera que en los resultados de los instrumentos no hubo mayor cambio positivo; sin embargo, la observación durante la intervención y la evaluación como lo mencionado por las madres de los sujetos se nota un progreso mucho mayor en la

práctica.

También se menciona como limitante dos de los instrumentos que se incluyeron en un principio para la fase diagnóstica como el segmento de Reconocimiento de expresiones faciales de la Evaluación Neuropsicológica Infantil y el MATEA ya que resultaron ser muy confusas para los participantes al momento de la aplicación.

Una limitante personal fue planeación de las sesiones y la estructura del programa en general ya que en un principio tenía más apariencia de taller que de proceso psicoterapéutico. Se tuvo que cuidar mucho esto.

Entre los alcances están el haber logrado atenderse los motivos de consulta expresados por los padres de los sujetos participantes, crear un programa de entrenamiento en emociones básicas que pueda servir como base a la creación de futuros programas relacionados con la enseñanza de las emociones o incluso que pueda ser utilizado este mismo programa con niños escolares que no presenten CEA y la generalización de algunas conductas gracias a la intervención de las madres en casa.

5.3.2. Sugerencias.

Se sugiere que los niños continúen trabajando con programas similares a este, ya que respondieron muy bien a las actividades dentro de las sesiones. Incluso descargar algunas apps educativas que pudieran ayudarles a aprender diversas temáticas. Algunas tienen costo pero otras no y están diseñadas especialmente para la población con algún tipo de dificultad sea neurológica o que simplemente le complique adquirir habilidades de manera natural. Esta recomendación se hace desde luego con el énfasis de que sea en un ambiente supervisado por algún adulto y que se destine un tiempo no prolongado del uso de la app o del juego en línea. También es importante que se acompañe de la respectiva terapia y de tiempo de calidad con los padres. Los padres siempre serán parte medular del proceso de sus hijos. Sin su cooperación el trabajo clínico y de cualquier profesional, no tendría mucho sentido, es importante que ellos estén conscientes de esto.

Las recomendaciones que se hacen al lector y muy probablemente futuro investigador y/o agente de cambio son que procure siempre innovar, que no se conforme con lo que ya está escrito en los libros, sino que experimente, cree, construya a partir de y que se atreva a dar el 100%. Los psicólogos pueden llegar a caer en la rutina, en una forma

muy estructurada de resolución de casos, lo cual puede ser muy cómodo, pero no ofrece nada más. Así que si en verdad se desea ser agente de cambio, habrá que empezar por retarse uno mismo y salir de la monotonía profesional.

Referencias

- Aello González, M. B. (2011). Centro de desarrollo para personas con autismo en Hermosillo, Sonora. México: Universidad de Sonora, División de Humanidades y Bellas Artes. Tesis profesional. Biblioteca digital. Recuperado de <http://www.bidi.uson.mx/tesisDet.aspx?crit1=TITULO&texto1=centro%20de%20desarrollo%20para%20personas%20con%20autismo&crit2=TITULO&texto2>
- Alonso Peña, J.R. (2004). *Autismo y síndrome de Asperger*. Guía para familiares, amigos y profesionales. 1ª edición. España: Amaru.
- Álvarez-Alcántara, E. (2007). Trastornos del espectro autista. *Revista Mexicana de Pediatría*, (74),269-276. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&db=lth&AN=29962464&lang=es&site=ehost-live>
- Amor Salamanca, A. (2010). Programa de tratamiento psicoterapéutico en un grupo de pacientes adultos con un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, (38), 94-100. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&db=lth&AN=56577021&lang=es&site=ehost-live>
- Asociación española contra el cáncer (2015). ¿Qué son las emociones? Recuperado de <https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Paginas/quesonlasemociones.aspx>
- Attwood, T. (2009). *Guía del síndrome de Asperger*. 1ª edición. España: Paidós ibérica.
- Autismo diario. (2011). Life is game: Un proyecto para ayudar al reconocimiento de emociones faciales. Recuperado de <https://autismodiario.org/2011/10/15/lifeisgame-un-proyecto-para-ayudar-al-reconocimiento-de-emociones-faciales/>
- Autismo diario (2012). Módulo III: comunicación, conducta social e intereses TGD. Recuperado de <https://autismodiario.org/wp-content/uploads/2012/02/modulo3.pdf>
- Autismo diario. (2013). Proyecto Emociones: una aplicación que ayuda al desarrollo de la empatía en los niños con Autismo. Recuperado de <https://autismodiario.org/2013/07/08/proyecto-emociones-una-aplicacion-que->

- [ayuda-al-desarrollo-de-la-empatia-en-los-ninos-con-autismo/](#)
- Autismo diario. (2014). Proyecto Abby, tecnología mexicana para el autismo. Recuperado de <https://autismodiario.org/2014/08/04/proyecto-abby-tecnologia-mexicana-para-el-autismo/>
- Autismo diario. (2016). Steve Silberman: la historia olvidada del autismo. Recuperado de <https://autismodiario.org/2016/08/18/steve-silberman-la-historia-olvidada-del-autismo/>
- Bados, A. & García-Grau, E. (2011). Técnicas operantes. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. España: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Barnhill, G. (2002, noviembre). Diseñar intervenciones de habilidades sociales para alumnos con Síndrome de Asperger. *National Association of School psychologists*. Recuperado de http://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=244Dise%F1ar%20intervenciones%20de%20habilidades%20sociales%20para%20alumnos%20con%20S.%20de%20Asperger
- Calderón Astorga, N. (s.f.). *La socialización como elemento fundamental en la vida*. Recuperado de <http://www.psicopedagogia.com/socializacion>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). *Diez cosas que hay que saber sobre los nuevos datos del autismo*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/AutismoDatos/>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2016). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/treatment.html>
- Chanca Zardaín, P. (2013). Sobre Even Better. Recuperado de <http://www.czpsicologos.es/evenbettergames/acerca.php>
- Cuadrado, P. & Valiente, S. (2005). *Niños con autismo y TGD. ¿Cómo puedo ayudarles?: Pautas para padres y profesionales*. Madrid: Síntesis.
- Diario de Yucatán. (2015). AYUDA requiere apoyo para llegar a más familias. Recuperado de <http://yucatan.com.mx/imagen/calidad-de-vida-imagen/ayuda-requiere-apoyo->

para-llegar-mas-familias

- Federación Autismo Madrid. (2013). La nueva definición del autismo en el DSM-5. Recuperado de <http://autismomadrid.es/agenda/la-nueva-definicion-del-autismo-en-el-dsm-5/>
- Franco Molina, M. (05 de septiembre de 2012). Avances sobre el autismo. *Diario de Yucatán*. Recuperado de <http://yucatan.com.mx/imagen/avances-sobre-el-autismo>
- González Carbajal, A.(s.f.). Diagnóstico y evaluación de los Trastornos del Desarrollo. Confederación Asperger España. Recuperado de http://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=120Diagn%F3stico%20y%20evaluaci%F3n%20%20de%20los%20Trastornos%20del%20Desarrollo#
- Herly, S. (2014). Trastornos del Espectro Autista. Argentina: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electiva/s/616_psicofarmacologia/material/trastornos_del_espectro_autista.pdf
- Lozano Martínez, J & Alcaraz García, S. (2011, junio). Personas con trastorno del espectro autista: Acceso a la comprensión de emociones a través de las TIC. *Dialnet*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3702722>
- Lozano Martínez, J; Ballesta, J. & Alcaraz García, S. (2011). Software para enseñar emociones al alumnado con trastorno del espectro autista. *Comunicar*. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/10.3916-C36-2011-03-05.pdf>
- Lozano Martínez, J; Ballesta Pagán, F.J; Alcaraz García, S. & Cerezo Máiquez, M. C. (2013). Las tecnologías de la información y comunicación (tic) en el proceso de enseñanza y aprendizaje del alumnado con trastorno del espectro autista (tea). *Revista Fuentes*. Recuperado de <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/38318/1/LasTICenTE..3.pdf>
- Martin Borreguero, P. (2011). *El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?* Madrid: Alianza.
- Maseda, M. (2013). *El autismo y las emociones*. La Teoría de la Mente en los niños/as autistas. Su afectación dentro del ámbito emocional. Projecte Final del Postgrau en Educació Emocional i Benestar. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/48217/6/El%20autismo%20y%20las%2>

0emociones.pdf

- Miguel Miguel, A. M. (2006). El mundo de las emociones en los autistas. *Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 2, (7). Universidad de Salamanca. Recuperado de: http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_07_02/n7_02_ana_miguel.pdf
- Ministerio de salud de Chile. (2011). Guía de práctica clínica. Detección y diagnóstico oportuno de los trastornos del espectro autista. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bd81e3a09ab6c3cee040010164012ac2.pdf>
- Morales, P; Domenech-Llaberia, E., Jane, M. C. & Canals, J. (2013). Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: prevalencia, sintomatología co-ocurrente y desarrollo psicosocial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (18), 217-231. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&db=lth&AN=94262479&lang=es&site=ehost-live>
- Mulas, F; Ros-Cervera, G; Millá, M. G; Etchepareborda, M.C; Abad, L. & Téllez de Mene- ses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de neurología*. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S077.pdf>
- Naranjo Flórez, R. A. (2014). Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. *NOVA: Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, (12), 81-101. 21p. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&db=lth&AN=99202750&lang=es&site=ehost-live>
- National Institute of Mental Health. (2003). *Guía para padres sobre el Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/gu-a-para-padres-sobre-el-trastorno-del-espectro-autista/index.shtml>
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, F. (2010). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Pereira, M. (2016). Método Denver en niños con Autismo. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Recuperado de <http://www.isep.es/actualidad-educacion/metodo-den-ver-en-ninos-con-autismo/>
- Poot Matú, P.E. (2014). *Programa para el desarrollo de la competencia social en niños con síndrome de Asperger*. (Tesis de maestría inédita). México: Universidad Autónoma de Yucatán.

- Secretaría de Salud. (2012). *Diagnóstico y manejo de los Trastornos del Espectro Autista. Guía de práctica clínica*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/528_GPC_Espectroautista/GRR_Autismo.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). El autismo en la actualidad. *Vigilancia epidemiológica*. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem12.pdf>
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitiva conductual para niños y adolescentes*. España: Desclée de Brouwer.
- Thompson, R.A. (2006). *The development of the person: social understanding, relationships, conscience, self*. In W. Damon & R.M. Lerner (Editors in Chief) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3 Social, emotional and personality development* (6th ed., pp. 24-98). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Universidad Internacional de Valencia. (5 octubre). El uso de las TICs en escolares diagnosticados de autismo. Recuperado de <http://www.viu.es/el-uso-de-tics-en-escolares-diagnosticados-de-autismo/>
- Williams, S. (2011). *Social Skills Training for Children with Asperger Syndrome and High Functioning Autism*. Nueva York: The Guilford press.
- Williams White, S., Koenig, K. & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of autism and developmental disorders*, 37 (10), 1858-1868.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Una guía para la familia. 1ª edición. España: Paidós ibérica.
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología Educativa*. 11ª edición. México: Pearson.

APÉNDICES

Apéndice 1.

Fase diagnóstica de los padres del sujeto 1

Fecha	Objetivo	Descripción	Materiales	Observaciones
15/04/16	Informar acerca del programa que se aplicará, evaluar la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos y conocer datos generales de los participantes.	Se les presentó de manera breve, una serie de diapositivas, que ilustraban en qué consistía la estructura del programa, con qué emociones se trabajaría y se realizó una entrevista semiestructurada. Posteriormente se les aplicó el cuestionario de percepción y para finalizar se les comentó que cualquier recomendación que quisieran hacer para que el programa sea más atractivo para sus hijos, sería bien recibida.	Lap top con presentación en PPT. Entrevista semiestructurada. Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos.	Asistió la madre y se mostró dispuesta y colaboradora. Mencionó que le gustaría que los ejercicios del entrenamiento sean difíciles y que reten a su hijo.

Fase diagnóstica de los padres del sujeto 2

Fecha	Objetivo	Descripción	Materiales	Observaciones
18/04/16	Informar acerca del programa que se aplicará, evaluar la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos y conocer datos generales de los participantes.	Se les presentó de manera breve, una serie de diapositivas, que ilustraban en qué consistía la estructura del programa, con qué emociones se trabajaría y se realizó una entrevista semiestructurada. Posteriormente se les aplicó el cuestionario de percepción y para finalizar se les comentó que cualquier recomendación que quisieran hacer para que el programa sea más atractivo para sus hijos, sería bien recibida.	Lap top con presentación en PPT. Entrevista semiestructurada. Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos.	Ambos padres asistieron y se mostraron atentos y colaboradores. Expresaron alegría de que su hija participara.

Fase diagnóstica de los sujetos 1 y 2

Fase diagnóstica		
Objetivo: evaluar el reconocimiento y la expresión de las cuatro emociones básicas en niños en edad escolar con Síndrome de Asperger.		
Actividades	Participantes	Instrumentos/estrategias
Dibujo lo que me gusta (intereses).	Dos niños en edad escolar con diagnóstico Síndrome de Asperger, que asisten regularmente al CTEDI.	Papelería
Esfúmate (reconocimiento).		Programa Even Better.
Ruleta de emociones (expresión).		

Fase de intervención de los sujetos 1 y 2. Descripción de las sesiones

Tema: ALEGRÍA

Objetivo: entrenar al niño con Síndrome de Asperger en el reconocimiento y la expresión de la alegría.

Número de sesiones: 2

Instrumentos/materiales: presentación en Power Point, revistas, espejo, TIC, títeres de tela, títeres con diferentes tipos de risa (paleta), tijeras, lupa, tarjetas con imágenes, cartulina, pintura y pegamento.

Técnicas cognitivo-conductuales/otras técnicas complementarias: Reforzador (social, de actividad, material) modelamiento e historia social.

Observaciones: se recomienda que antes de empezar la segunda y la tercera fase, se haga un breve repaso de lo visto en la sesión anterior. Si el niño lo requiere, se hará énfasis en algún ejercicio o se llevarán a cabo cuantas sesiones necesite.

Descripción sesión 1

Fase teórica

Objetivo: Presentar la información básica acerca de la fisonomía y la función de la emoción y las situaciones generales que suelen propiciar alegría en las personas.

Presentación: Se comienza mostrando una imagen donde aparece el personaje de la película intensamente que representa a la emoción alegría y se le anima al niño a que mencione de que emoción se trata.

Fisonomía de la emoción: se le muestra una serie de imágenes que ilustren cómo se ven los rostros de personas y caricaturas cuando están alegres (posición de la boca, ojos, mejillas, cejas, lengua, etc.) y se le pide que imite enfrente del espejo el gesto que acaba de ver. Se practica varias veces. El terapeuta también participa para que el niño perciba esa misma emoción en otra persona.

Situaciones generales: se le muestra otras imágenes que representan escenarios generales y usuales en los que las personas suelen estar alegres. Con esto se busca que el niño aprenda a relacionar situación-emoción. Es un primer acercamiento a lo que podría esperar.

También se le presentan imágenes de conductas aceptables y no aceptables para ofrecerle una referencia conductual.

Fase práctica

Objetivo: Presentar estímulos visuales de las conductas deseadas y las conductas no aceptables y propiciar la práctica de los niños con las actividades.

El mural de la emoción: como primera actividad se le pide que elabore un mural con recortes de personas alegres que él mismo deberá encontrar en revistas. Se le da un instrumento importante: una lupa. La cual le ayudará (y hará más divertida la búsqueda) a encontrar a esas personas.

Momentos en los que estoy alegre: terminando el mural se le pregunta en qué situaciones se ha sentido alegre. Esto con el propósito de que pueda identificar algunas personas, situaciones, objetos, etc; que le hacen sentir alegría.

Cierre: se hace un breve cierre de la sesión y se le pide que nos relate qué fue lo que aprendió hoy.

Descripción sesión 2

Repaso de la sesión anterior: se hace un breve repaso de todo lo que se trabajó la sesión pasada y se continúa con el programa.

Fase práctica

Yoga de la risa: se le muestra dos videos animados con trama divertida y con personajes atractivos para estimular la risa en el niño y se realiza ejercicios catárticos para que ría a carcajadas.

Situaciones en las que todos reímos y situaciones en las que todos callamos: Luego se le explica lo más claro y sencillo posible que en ocasiones hay sitios en dónde no debemos reír tan fuerte. Se le muestra imágenes de dónde o cuándo si podemos reír fuerte y dónde o cuándo no (hospitales, iglesias, cuando alguien duerme cerca, cuando alguien se lastima, etc.).

Me da risa todo: se realiza un ejercicio en el que se le presenta 4 títeres que ríen de forma diferente. Uno de ellos sonríe, el segundo ríe mostrando sus dientes, el tercero ríe a un volumen un poco fuerte y el cuarto ríe a carcajadas (se hace el sonido de cada una de esas risas). Se le explica que se le mostrará unas tarjetas con diferentes escenarios y que él deberá elegir el títere que puede reír en esa situación.

Fase conclusión

Objetivo: revisar el aprendizaje a través de ejercicios de práctica.

Guion o historia social: al finalizar, con ayuda de los títeres se trabaja con la historia social, la cual tiene una trama relacionada con la emoción y se le hace preguntas acerca de cómo debe actuar ese niño (se utilizan niños de su mismo género como protagonistas para facilitar la identificación) en esa circunstancia. Con esto se puede revisar los aprendizajes.

Cierre: a modo de cierre del tema de la alegría, se hace otro breve repaso de todo lo trabajado.

Fase recomendación

Objetivo: presentar algunas recomendaciones importantes para el manejo de la emoción en casa.

Recomendaciones para los padres: al concluir con la primera emoción, se les da un espacio a los padres para platicar con ellos, resolver dudas en caso de que las tuviesen y brindarles algunas recomendaciones para trabajar también en casa con dicha emoción.

Tema: ENOJO/FURIA

Objetivo: entrenar al niño con Síndrome de Asperger en el reconocimiento y la expresión del enojo/furia.

Número de sesiones: 4

Instrumentos/materiales: presentación en Power Point, revistas, espejo, TIC, tijeras, lupa, tarjetas con imágenes, cartulina, pintura y pegamento, botella, pegamento con brillantina, agua, plumas, plastilina, bicarbonato de sodio, polvo con colorante rojo, vinagre, detergente para trastos, papel bond, foami, almohada o peluche pequeño y globos.

Técnicas cognitivo-conductuales/otras técnicas complementarias: Reforzador (social, de actividad, material) modelamiento, ensayo conductual y respiración.

Observaciones: se recomienda que antes de empezar la segunda y la tercera fase, se haga un breve repaso de lo visto en la sesión anterior. Si el niño lo requiere, se hará énfasis en algún ejercicio o se llevarán a cabo cuantas sesiones necesite.

Descripción sesión 1

Fase teórica

Objetivo: Presentar la información básica acerca de la fisonomía y la función de la emoción y las situaciones generales que suelen propiciar enojo en las personas.

Presentación: Se comienza mostrando una imagen donde aparece el personaje de la película intensamente que representa a la emoción enojo/furia y se le anima al niño a que mencione de que emoción se trata.

Fisonomía de la emoción: se le muestra una serie de imágenes que ilustren cómo se ven los rostros de personas y caricaturas cuando están enojados (posición de la boca, ojos, mejillas, cejas, lengua, etc.) y se le pide que imite enfrente del espejo el gesto que acaba de ver. Se practica varias veces. El terapeuta también participa para que el niño perciba esa misma emoción en otra persona.

Situaciones generales: se le muestran otras imágenes que representan escenarios generales y usuales en los que las personas suelen enojarse. Con esto se busca que el niño aprenda a relacionar situación-emoción. Es un primer acercamiento a lo que podría esperar.

También se le presentan imágenes de conductas aceptables y no aceptables para ofrecerle una referencia conductual. Se menciona que en ocasiones el enojo y la tristeza pueden sentirse al mismo tiempo (esto ilustrado con los personajes de intensamente).

Fase práctica

Objetivo: Presentar estímulos visuales de las conductas deseadas y las conductas no aceptables y propiciar la práctica de los niños con las actividades.

El mural de la emoción: como primera actividad se le pide que elabore un mural con recortes de personas enojadas que él mismo deberá encontrar en revistas. Se le da un instrumento importante: una lupa. La cual le ayudará (y hará más divertida la búsqueda) a encontrar a esas personas.

Momentos en los que estoy enojado: terminando el mural se le pregunta en qué situaciones se ha sentido enojado. Esto con el propósito de que pueda identificar algunas personas, situaciones, objetos, etc; que le hacen sentir enojo.

El volcán enojado: junto con el niño se elabora un volcán y se le muestra al niño como el volcán enojado hace erupción cuando varias cosas que le molestan suceden (disparadores del enojo) y se le repite el ejercicio pidiéndole al niño que mencione cuáles son las cosas que a él le hacen enojar y qué puede pasar si el enojo se desborda. Debajo del volcán está el dibujo de su familia y se le muestra como ahora, con la explosión de su enojo toda la familia ha sido afectada.

Cierre: se hace un breve cierre de la sesión y se le pide que nos relate qué fue lo que aprendió hoy.

Descripción sesión 2

Repaso de la sesión anterior: se hace un breve repaso de todo lo que se trabajó la sesión pasada y se continúa con el programa.

Fase práctica

¿Qué podemos hacer para sentirnos mejor?

Se comienza a trabajar con técnicas cognitivo-conductuales enseñándole al sujeto cómo usarlas mediante actividades atractivas.

La botella de la calma: el niño elabora su botella de la calma, para esto elige los materiales que le gusten y se le explica que esa botella le ayudará a calmarse cuando se sienta muy molesto, sólo tiene que agitarla y observar lo que pasa dentro mientras la deja asentada (dependiendo de la edad del niño y de su desarrollo cognitivo, se le puede explicar de manera concreta que cuando se enoja su mente si revuelve como el interior de la botella mientras está agitada y conforme va respirando puede tranquilizarse y regresar la tranquilidad a su cabeza

igual que el contenido de la botella se va asentando). Se le enseña y se practica cómo usarla y en qué momentos.

Contar hasta 10: mediante un video ilustrativo de un personaje de Disney, se le enseña a contar hasta 10 mientras inhala y exhala lentamente. Se practica este ejercicio cuantas veces necesite el niño.

Descripción sesión 3

Repaso de la sesión anterior: se hace un breve repaso de todo lo que se trabajó la sesión pasada y se continúa con el programa.

Fase práctica

Adiós al enojo (autocontrol): se le enseña el video de un niño que tiene dificultades para expresar su enojo y que aprende algunas formas de sacarlo sanamente. El personaje le muestra al niño las técnicas y cómo las usa. Se practican cada una de las técnicas con el niño.

El globo atrapa enojos: Se le enseña como técnica para expresar el enojo, el uso del “globo atrapa enojo”. Para este ejercicio se le pide que agarre el globo (ya inflado) y deposite dentro de él todo el enojo que esté sintiendo, cuando haya terminado de meter todo su enojo dentro del globo se le pide (con supervisión de un adulto) vaya al baño de su casa y arroje el contenido del globo dentro del inodoro para que al jalarle se vaya el enojo muy lejos. Se practica esta técnica con él.

Descripción sesión 4

Repaso de la sesión anterior: se hace un breve repaso de todo lo que se trabajó la sesión pasada y se continúa con el programa.

Fase conclusión

Objetivo: revisar el aprendizaje a través de ejercicios de práctica.

Bombero apaga enojos: se le presenta un dibujo grande de un bombero que está intentando apagar a enojo/furia el personaje de intensamente y se le pide al niño que le ayude al bombero a apagar el fuego de “furia” diciéndole al personaje qué cosas puede hacer para calmarse. De esta manera se evalúa el aprendizaje de las técnicas antes vistas.

Cierre: a modo de cierre del tema del enojo, se hace otro breve repaso de todo lo trabajado.

Fase recomendación

Objetivo: presentar algunas recomendaciones importantes para el manejo de la emoción en casa.

Recomendaciones para los padres: al concluir con la segunda emoción, se les da un espacio a los padres para platicar con ellos, resolver dudas en caso de que las tuviesen y brindarles algunas recomendaciones para trabajar también en casa con dicha emoción.

Tema: TRISTEZA

Objetivo: entrenar al niño con Síndrome de Asperger en el reconocimiento y la expresión de la tristeza.

Número de sesiones: 3

Instrumentos/materiales: presentación en Power Point, revistas, espejo, TIC, títeres de tela, tijeras, lupa, cartulina, pintura y pegamento.

Técnicas cognitivo-conductuales/otras técnicas complementarias: Reforzador (social, de actividad, tangible).

Observaciones: se recomienda que antes de empezar la segunda y la tercera fase, se haga un breve repaso de lo visto en la sesión anterior. Si el niño lo requiere, se hará énfasis en algún ejercicio o se llevarán a cabo cuantas sesiones necesite.

Descripción sesión 1

Fase teórica

Objetivo: Presentar la información básica acerca de la fisonomía y la función de la emoción y las situaciones generales que suelen propiciar tristeza en las personas.

Presentación: Se comienza mostrando una imagen donde aparece el personaje de la película intensamente que representa a la emoción tristeza y se le anima al niño a que mencione de que emoción se trata.

Fisonomía de la emoción: se le muestra una serie de imágenes que ilustren cómo se ven los rostros de personas y caricaturas cuando están tristes (posición de la boca, ojos, mejillas, cejas, lengua, etc.) y se le pide que imite enfrente del espejo el gesto que acaba de ver. Se practica varias veces. El terapeuta también participa para que el niño perciba esa misma emoción en otra persona.

Situaciones generales: se le muestra otras imágenes que representan escenarios generales y usuales en los que las personas suelen estar tristes. Con esto se busca que el niño aprenda a relacionar situación-emoción. Es un primer acercamiento a lo que podría esperar.

También se le presentan imágenes de conductas aceptables y no aceptables para ofrecerle una referencia conductual. Se le recuerda que en ocasiones la tristeza y el enojo pueden sentirse al mismo tiempo (esto ilustrado con los personajes de intensamente).

Fase práctica

Objetivo: Presentar estímulos visuales de las conductas deseadas y las conductas no aceptables y propiciar la práctica de los niños con las actividades.

El mural de la emoción: como primera actividad se le pide que elabore un mural con recortes de personas tristes que él mismo deberá encontrar en revistas. Se le da un instrumento importante: una lupa. La cual le ayudará (y hará más divertida la búsqueda) a encontrar a esas personas.

Momentos en los que estoy triste: terminando el mural se le pregunta en qué situaciones se ha sentido triste. Esto con el propósito de que pueda identificar algunas personas, situaciones, objetos, etc; que le hacen sentir tristeza.

Cierre: se hace un breve cierre de la sesión y se le pide que nos relate qué fue lo que aprendió hoy.

Descripción sesión 2

Repaso de la sesión anterior: se hace un breve repaso de todo lo que se trabajó la sesión pasada y se continúa con el programa.

Fase práctica

¿Qué podemos hacer para sentirnos mejor?

Se comienza a trabajar con técnicas cognitivo-conductuales enseñándole al sujeto cómo usarlas mediante actividades atractivas.

Alternativas para mi tristeza: se le enseñan mediante imágenes diversas actividades que podría hacer cuando se sintiera triste (llorar, jugar con la mascota, hablar con mamá o papá sobre cómo se sienten, dibujar lo que más le gusta, salir a dar un paseo con mamá o papá, pedir un abrazo, etc).

La luna perdió su arete: mediante un video que refleja la tristeza de la luna se le muestra al niño como la tristeza es una emoción pasajera que cuando pasa puede volver a estar contento.

Fase conclusión

Objetivo: revisar el aprendizaje a través de ejercicios de práctica.

Juego de títeres: utilizando los títeres se plantean 4 situaciones diferentes y a través de la

representación con los títeres, el sujeto ofrece las soluciones para que los personajes expresen su tristeza y ésta pueda irse.

Cierre: a modo de cierre del tema de la tristeza, se hace otro breve repaso de todo lo trabajado.

Fase recomendación

Objetivo: presentar algunas recomendaciones importantes para el manejo de la emoción en casa.

Recomendaciones para los padres: al concluir con la tercera emoción, se les da un espacio a los padres para platicar con ellos, resolver dudas en caso de que las tuviesen y brindarles algunas recomendaciones para trabajar también en casa con dicha emoción.

Tema: MIEDO/TEMOR.

Objetivo: entrenar al niño con Síndrome de Asperger en el reconocimiento y la expresión del miedo.

Número de sesiones: 4

Instrumentos/materiales: presentación en Power Point, revistas, espejo, TIC, fantasma de fieltro, tijeras, lupa, cartulina, foami, colores, vela, globo, pintura y pegamento.

Técnicas cognitivo-conductuales/otras técnicas complementarias: Reforzador (social, de actividad, material) modelamiento, respiración e historia social.

Observaciones: se recomienda que antes de empezar la segunda y la tercera fase, se haga un breve repaso de lo visto en la sesión anterior. Si el niño lo requiere, se hará énfasis en algún ejercicio o se llevarán a cabo cuantas sesiones necesite.

Descripción sesión 1

Fase teórica

Objetivo: Presentar la información básica acerca de la fisonomía y la función de la emoción y las situaciones generales que suelen propiciar miedo en las personas.

Presentación: Se comienza mostrando una imagen donde aparece el personaje de la película intensamente que representa a la emoción miedo y se le anima al niño a que mencione de que emoción se trata.

Fisonomía de la emoción: se le muestra una serie de imágenes que ilustren cómo se ven los

rostros de personas y caricaturas cuando tienen miedo (posición de la boca, ojos, mejillas, cejas, lengua, etc.) y se le pide que imite enfrente del espejo el gesto que acaba de ver. Se practica varias veces. El terapeuta también participa para que el niño perciba esa misma emoción en otra persona.

Situaciones generales: se le muestra otras imágenes que representan escenarios generales y usuales en los que las personas suelen tener miedo. Con esto se busca que el niño aprenda a relacionar situación-emoción. Es un primer acercamiento a lo que podría esperar. También se le presentan imágenes de conductas aceptables y no aceptables para ofrecerle una referencia conductual.

Fase práctica

Objetivo: Presentar estímulos visuales de las conductas deseadas y las conductas no aceptables y propiciar la práctica de los niños con las actividades.

El mural de la emoción: como primera actividad se le pide que elabore un mural con recortes de personas que tienen miedo que él mismo deberá encontrar en revistas. Se le da un instrumento importante: una lupa. La cual le ayudará (y hará más divertida la búsqueda) a encontrar a esas personas.

Momentos en los que tengo miedo: terminando el mural se le pregunta en qué situaciones ha sentido miedo. Esto con el propósito de que pueda identificar algunas personas, situaciones, objetos, etc; que le hacen sentir miedo.

Cierre: se hace un breve cierre de la sesión y se le pide que nos relate qué fue lo que aprendió hoy.

Descripción sesión 2

Repaso de la sesión anterior: se hace un breve repaso de todo lo que se trabajó la sesión pasada y se continúa con el programa.

Fase práctica

El fantasma come miedos: a través de un lindo y amigable fantasmita de fieltro se ayuda al niño a deshacerse de sus miedos. Para esto se le pide que dibuje sus miedos y cuando los tenga listos, los deposite en la boca del fantasma para que él pueda comérselos y desaparecerlos. Se puede crear alguna historia simpática sobre el fantasmita para que al niño le sea más fácil confiar en el fantasmita. Es importante asegurarse antes de hacer este ejercicio que el niño no les tema a los fantasmas de lo contrario podría resultar contraproducente.

Video animalistas: mediante este video el personaje central, quien es un animalito con muchos temores y ansiedad, tiene que enfrentar una situación a la que le temía y se da cuenta de que de esta manera el miedo desaparece. También se muestran cuáles son las señales del miedo y cómo mediante la respiración pueden desaparecer esas señales.

Técnicas de relajación: se enseñan tres técnicas que le permitirán al niño relajarse (la velita, la marioneta y el globo) se practica cada una de éstas técnicas cuantas veces se necesite, es importante crear un ambiente de relajación con música tranquila, de preferencia sin letra y evitando interrupciones.

Fase conclusión

Objetivo: revisar el aprendizaje a través de ejercicios de práctica.

Guion o historia social: al finalizar se trabaja con la historia social, la cual tiene una trama relacionada con la emoción y se le hace preguntas acerca de cómo debe actuar ese niño (se utilizan niños de su mismo género como protagonistas para facilitar la identificación) en esa circunstancia. Con esto se puede revisar los aprendizajes.

Cierre: a modo de cierre del tema del miedo, se hace otro breve repaso de todo lo trabajado.

Fase recomendación

Objetivo: presentar algunas recomendaciones importantes para el manejo de la emoción en casa.

Recomendaciones para los padres: al concluir con la cuarta emoción, se les da un espacio a los padres para platicar con ellos, resolver dudas en caso de que las tuviesen y brindarles algunas recomendaciones para trabajar también en casa con dicha emoción.

Tema: LAS CUATRO EMOCIONES BÁSICAS

Objetivo: hacer un repaso general de las cuatro emociones básicas a través de distintas actividades.

Número de sesiones: 2

Instrumentos/materiales: presentación en Power Point, TIC, espejo, recortes de los personajes de intensamente, lupa, foami, recortes de partes de la cara, cajas, tarjetas y pegamento.

Técnicas cognitivo-conductuales/otras técnicas complementarias: Reforzador (social, de actividad, material) ensayo conductual y modelamiento.

Descripción de las sesiones: se presentan las 4 emociones y se hace un breve repaso de la función de cada una, se practica la expresión facial de cada emoción y se realizan diversos juegos (forma el rostro de la emoción, dame a..., las pistas de la emoción, caja de las emociones y la emoción y su expresión) que le permiten practicar lo aprendido en cada sesión. También se les presenta videos y canciones (reconozco emociones en situaciones, yo me tranquilizo y el rock de las emociones) que les enseñan técnicas de respiración para el manejo del enojo y el desarrollo de la empatía. Se usan los juegos en línea Cada oveja con su pareja y nuestras emociones del programa Even Better como reforzador y práctica del niño.

Fase de evaluación de los padres del sujeto 1

Fecha	Objetivo	Descripción	Materiales	Observaciones
06/07/16	Evaluar la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos, conocer si se presentaron cambios en el niño y dar una retroalimentación	Se le aplicó el cuestionario de percepción, se realizó una breve entrevista y se hizo una retroalimentación del trabajo con el niño.	Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos. Entrevista semiestructurada	La madre quien fue la que asistió a todas las sesiones, siempre se mostró colaboradora, agradecida y pendiente de lo que se necesitara trabajar en casa con su hijo.

Fase de evaluación de los padres del sujeto 2

Fecha	Objetivo	Descripción	Materiales	Observaciones
06/07/16	Evaluar la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos, conocer si se presentaron cambios en el niño y dar una retroalimentación	Se le aplicó el cuestionario de percepción, se realizó una breve entrevista y se hizo una breve retroalimentación del trabajo con la niña.	Cuestionario de la percepción de los padres acerca del reconocimiento y expresión emocional de sus hijos. Entrevista semiestructurada	Aunque ambos padres estuvieron presentes en la primera sesión diagnóstica, fue la madre quien acudió a casi todas las sesiones y el padre en ocasiones. Ambos tuvieron muy buena actitud ante el programa y siguieron las recomendaciones reforzando las que ya aplicaban en casa.

Fase de evaluación de los sujetos 1 y 2

Fase de evaluación		
Objetivo: evaluar el reconocimiento y la expresión de emociones básicas en niños con Síndrome de Asperger después de la aplicación del programa de intervención.		
Actividades	Participantes	Instrumentos/estrategias
Esfúmate (reconocimiento).	Dos niños en edad escolar con diagnóstico Síndrome de Asperger, que asisten regularmente al CTEDI.	Programa Even Better.
Ruleta de emociones (expresión).		

Apéndice 2

Instrumentos completos de las fases diagnóstica y de evaluación

Sujeto 1.

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE PADRES ACERCA DEL RECONOCIMIENTO, EXPRESIÓN Y MANEJO DE EMOCIONES DE SUS HIJOS

Autoras: Irene Léniz e Isabel Margarita Haeussler

Mucho = M Bastante = B Poco = P Nada = N

	DIAGNÓSTICO	EVALUACIÓN
Observando a mi hijo considero		
1.Expresivo	P	M
2.Cariñoso	M	B
3.Calmado	B	P
4.Contento	M	B
5.Se controla	B*	P
6.Cooperador	B	B
7.Paciente	B*	P
8.Amistoso con otros niños	P	P
9.Triste	P	P
10.Buenas calificaciones	B	B
11.Enojón	P	P
12.Amistoso con adultos	M	M
Observando a mi hijo		
13.Puede expresar cuando está contento	B	B
14.Puede expresar cuando está enojado	P**	B
15.Puede expresar lo que lo pone nervioso o preocupado	P	B
16.Puede expresar cuando se asusta	P	B
17.Puede expresar cuando se siente	P	B

triste o desanimado		
Yo como mamá / papá		
18.Converso con mi hijo	B***	B
19.Le felicito	M	B
20.Le doy cariño	M	M
21.Le exijo	M	M
22.Le puedo calmar	B	B
23.Le castigo	B	P
24.Le puedo consolar	B	B
25.Le reto	B	B
26.Le hago esperar	P	P
27.Identifico lo que le pone contento	B	B
28.Identifico lo que le enoja	B	B
29.Identifico lo que le pone nervioso o preocupado	B	B
30.Identifico lo que le asusta	B	B
31.Identifico lo que le entristece o desanima	B	B
En lo personal siento		
32.Reconozco mis sentimientos	B	B
33.Estoy consciente de los sentimientos de los demás	B	B
34.Puedo tranquilizarme cuando me siento alterada (o)	P****	P
35.Expreso mis sentimientos	B	B

Observaciones realizadas por la madre:

*Depende de la situación

**En evolución

***Sus temas de interés muy restringidos, comunicación parece unilateral.

****Me cuesta trabajo de manera inmediata.

ESFÚMATE (JUEGO EN LÍNEA)

Emoción	Total rostros presentados	Respuestas correctas	DIAGNÓSTICO (Errores)	EVALUACIÓN (Errores)
1.Alegría	3	1	0	0
2.Alegría	4	1	0	0
3.Alegría	6	3	0	0
4.Alegría	9	4	1	2*
5.Alegría	9	4	3	2*
Subtotal	31	13	4	4
6.Tristeza	3	1	0	0
7.Tristeza	4	1	1**	1*
8.Tristeza	6	3	1	0
9.Tristeza	9	4	0	2*
10.Tristeza	9	4	3	1
Subtotal	31	13	5	4
11.Enajo	3	1	1	0
12.Enajo	4	1	1	1
13.Enajo	6	3	1	0
14.Enajo	9	4	1	1
15.Enajo	9	4	0	1
Subtotal	31	13	4	3
21.Miedo	3	1	0	0
22.Miedo	4	1	0	0
23.Miedo	6	3	2	1
24.Miedo	9	4	1	2*
25.Miedo	9	4	2	2*
Subtotal	31	13	5	5
TOTAL	124	52	18	16

*Seleccionaba todas las caras en el orden de aparición y preguntaba “¿ésta?”. Se reía cuando fallaba y repetía la voz del juego: “Nooo, ¡inténtalo de nuevo!”. Esto parecía gustarle. Cuando se le recordaba que sólo tenía que elegir el rostro que se le pedía, no fallaba.

**No sigue instrucción, sigue señalando.

OBSERVACIONES: sus respuestas fueron más adivinadas. Se muestra colaborador y con buen estado de ánimo. Sigue la mayor parte de las instrucciones. Cuando se le hacía algunas preguntas, reía y decía: “no lo sé”, repetía lo que se le decía o preguntaba qué tenía que elegir. Estuvo muy inatento.

RULETA DE LAS EMOCIONES (JUEGO EN LÍNEA)

Emoción	Imágenes presentadas	Respuesta correcta	DIAGNÓSTICO (Errores)	Justificación de respuesta	EVALUACIÓN (Errores)	Justificación de respuesta
1.Miedo	2	1	0	Su cuarto está apagado.	0	Por la tormenta
2.Alegría	2	1	0	Cuando está en el parque jugando	0	Por estar en su casa
3.Enojo	2	1	0	El otro tiene la hoja y él la quiere.	0	No quieren jugar con él
4.Tristeza	2	1	0	Su gato se cayó en el jardín.	0	Se murió su mascota

Observaciones: aunque el juego no lo requería, se le pidió al sujeto que mencionara la razón de la emoción que presentaba el niño de la imagen. Para corroborar que identificara la relación situación-emoción.

Sujeto 2.

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE PADRES ACERCA DEL RECONOCIMIENTO, EXPRESIÓN Y MANEJO DE EMOCIONES DE SUS HIJOS

Autoras: Irene Léniz e Isabel Margarita Haeussler

Mucho = 4 Bastante = 3 Poco = 2 Nada = 1

	DIAGNÓSTICO	EVALUACIÓN
Observando a mi hija considero		
1.Expresivo	M	M
2.Cariñoso	M	M
3.Calmado	B	B
4.Contento	B	M
5.Se controla	P	P
6.Cooperador	P	P
7.Paciente	P	P
8.Amistoso con otros niños	M	M

9.Triste	P	P
10.Buenas calificaciones	M	M
11.Enojón	M	B
12.Amistoso con adultos	B	B
Observando a mi hijo		
13.Puede expresar cuando está contento	M*	M
14.Puede expresar cuando está enojado	M	M
15.Puede expresar lo que lo pone nervioso o preocupado	N	P
16.Puede expresar cuando se asusta	M	M
17.Puede expresar cuando se siente triste o desanimado	M	M
Yo como mamá / papa		
18.Converso con mi hijo	M	M
19.Le felicito	M	M
20.Le doy cariño	M	M
21.Le exijo	M	M
22.Le puedo calmar**	M	B
23.Le castigo	M	P
24.Le puedo consolar***	B	M
25.Le reto	B	B
26.Le hago esperar	M	M
27.Identifico lo que le pone contento	M	M
28.Identifico lo que le enoja	M	M
29.Identifico lo que le pone nervioso o preocupado	M	M
30.Identifico lo que le asusta	M	M
31.Identifico lo que le entristece o desanima	M	M
En lo personal siento		
32.Reconozco mis sentimientos	M	M
33.Estoy consciente de los sentimientos de los demás	M	M
34.Puedo tranquilizarme cuando me	B	B

siento alterada (o)		
35.Expreso mis sentimientos	B	B

Observaciones hechas por la madre:

*Lo expresa verbalmente

**cuando está enojada

***cuando está triste

ESFÚMATE (JUEGO EN LÍNEA)

Emoción	Total rostros presentados	Respuestas correctas	DIAGNÓSTICO (Errores)	EVALUACIÓN (Errores)
1.Alegría	3	1	0	0
2.Alegría	4	1	0	0
3.Alegría	6	3	0	0
4.Alegría	9	4	0	0
5.Alegría	9	4	1	0
Subtotal	31	13	1	0
6.Tristeza	3	1	0	0
7.Tristeza	4	1	0	0
8.Tristeza	6	3	0	0
9.Tristeza	9	4	3	1
10.Tristeza	9	4	2	2
Subtotal	31	13	5	3
11.Enojo	3	1	0	0
12.Enojo	4	1	0	0
13.Enojo	6	3	0	1
14.Enojo	9	4	0	1
15.Enojo	9	4	0	2
Subtotal	31	13	0	4
21.Miedo	3	1	0	0
22.Miedo	4	1	0	0
23.Miedo	6	3	0	1
24.Miedo	9	4	0	0
25.Miedo	9	4	2	0
Subtotal	31	13	2	1
TOTAL	124	52	9	8

RULETA DE LAS EMOCIONES (JUEGO EN LÍNEA)

Emoción	Imágenes presentadas	Respuesta correcta	DIAGNÓSTICO (Errores)	Justificación de respuesta	EVALUACIÓN (Errores)	Justificación de respuesta
1. Enojo	2	1	0	Porque tenía su pelota.	0	Porque le quitaron su juego.
2. Alegría	2	1	0	Porque se suben a los columpios.	0	Se sienten felices con sus amigos que quieren jugar.
3. Tristeza	2	1	0	Porque ellos se espantaron por el zombie y lloraron y se fueron a casa.	0	Porque sus papás están enojados con él.
4. Miedo	2	1	0	Por la tormenta que cayeron rayos, se fue a casa corriendo.	0	Porque no les gusta la oscuridad.

Observaciones: aunque el juego no lo requería, se le pidió al sujeto que mencionara la razón de la emoción que presentaba el niño de la imagen. Para corroborar que identificara la relación situación-emoción.

Entrevistas semiestructuradas

Después de explicarles la estructura del programa de intervención y la finalidad de éste, se realizó la entrevista semiestructurada a los padres.

Padres del sujeto 1.

1. ¿Podría decirme cuáles son algunos de los intereses de su hijo?

“Le gustan los logos de las marcas de los coches, ver cómo funcionan las escaleras eléctricas y los elevadores, el museo maya le encanta, también le gustan los hospitales, los doctores, ve videos de ellos en you tube. Le gusta deletrear y que le hagan sándwich” sic. mamá.

2. Hablando de emociones ¿qué ha observado que se le dificulta a su hijo?
“Expresar sus emociones le da mucho trabajo. Yo he aprendido a identificar qué es lo que podría estar sintiendo” sic. mamá.
3. ¿Cómo expresa su hijo su alegría?
“Lo expresa diciéndome que está contento” sic. mamá.
4. ¿Cómo expresa su hijo su enojo?
“Él puede decir que está molesto y yo le ayudo a decir por qué lo está. Cuando se enoja le doy su espacio para que se tranquilice o le cambio de tema” sic. mamá.
5. ¿Cómo expresa su hijo su tristeza?
“Dice cuando está triste por alguna consecuencia negativa. Cuando es pasa yo lo abrazo y platico con él” sic. mamá.
6. ¿Cómo expresa su hijo sus miedos?
“Yo noto cuando tiene miedo de algo” sic. mamá.
7. ¿Tiene alguna sugerencia o duda acerca del programa?
Mi sugerencia sería que haya actividades que lo reten.

Padres del sujeto 2.

1. ¿Podría decirme cuáles son algunos de los intereses de su hija?
“Le gusta ver Dora la exploradora, la princesa Sofía, la abeja maya, también le gusta bailar, le encanta la música y los títeres” sic. mamá
2. Hablando de emociones ¿qué ha observado que se le dificulta a su hija?
“Se le dificulta la expresión en sus gestos, la vemos como muy rígida cuando expresa alguna emoción” sic. mamá.
3. ¿Cómo expresa su hija su alegría?
“Es una niña alegre, no tiene problema para expresarlo sólo que sus gestos son bastante rígidos” sic. mamá.
4. ¿Cómo expresa su hija su enojo?
“Cuando está muy molesta no funciona con ella la respiración. Antes tiraba todo y le aplicábamos la consecuencia de recoger lo que tirara. Generalmente se enoja más con su papá y por los límites que él le pone”. Sic mamá.
5. ¿Cómo expresa su hija su tristeza?

“Cuando está triste pide estar sola, me he dado cuenta de que una vez al mes está triste sin razón aparente. Entonces le damos su espacio para expresar su tristeza ya que si no le dejamos expresar su tristeza pude responder con agresividad. Lloro mucho cuando se entristece. Yo la apapacho y le digo que estoy para ella” sic. mamá

6. ¿Cómo expresa su hija sus miedos?

“A través de la ansiedad. Notamos que le tiene miedo a algo porque se pone muy ansiosa” sic. mamá.

7. ¿Tiene alguna sugerencia o duda acerca del programa?

“Nos parece muy bien que ella participe ya que si nos gustaría que aprenda a expresar mejor sus emociones” sic mamá.

Apéndice 3

Historia clínica de los sujetos

Sujeto 1.

1. Ficha de identificación

Nombre: J.G.

Edad: 6 años.

Sexo: Masculino.

Escolaridad: 3° de preescolar.

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán.

Fecha de nacimiento: 02 de febrero del 2009.

2. Descripción física del paciente

J. es un niño de estatura promedio para su edad y de complexión delgada. Tiene cabello oscuro y ojos color oscuro. Acudía a las sesiones con muy buen estado de ánimo.

3. Historia personal

Es el mayor de dos hermanos. A la edad de 1 año y 6 meses le reportan a la madre que el niño es muy selectivo con sus comidas, que prácticamente todo lo probaba, masticaba y escupía. A los 2 años y 6 meses comienza a ir a terapia de lenguaje.

4. Historia de la salud

La madre menciona que tuvo un embarazo normal, con parto natural y el niño nació a término. Luego su salud comenzó a complicarse. A los dos meses de nacido le operaron de una hernia inguinal y al año y meses de edad le da una crisis asmática. Al cumplir los dos años le quitan los adenoides. A la edad de 3 años se le presenta una crisis epiléptica y le diagnostican “epilepsia parcial criptogénita”.

La madre al ver que su hijo no progresaba con el lenguaje, a la edad de 4 años lo revisa la Dra. Páez y es la primera en hablarle del Trastorno Semántico del Lenguaje.

Sujeto 2.

1. Ficha de identificación

Nombre: V. H.D.

Edad: 6 años.

Sexo: femenino.

Escolaridad: 3° de preescolar

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán.

Fecha de nacimiento: 24/abril/2010

2. Descripción física del paciente

V. es una niña de complexión mediana y estatura promedio para su edad. Tiene el cabello oscuro y ondulado. Le gusta jugar pero le molesta mucho sudar. Sus juegos son más tranquilos como jugar con títeres, dibujar o hacer alguna actividad de ese tipo. Eso no implica que no le guste jugar al aire libre.

3. Historia personal

V. es la segunda de tres hermanos. Fue un embarazo muy buscado. A los 7 meses la placenta está calcificada. Nace por cesárea. El padre estuvo presente. Empieza a balbucear entre el año y medio y los dos años. Al año y 5 meses empieza a caminar. A los 3 años entró al kínder. Usó pañal por el día hasta los 3 años y usa pañal en las noches hasta la actualidad.

4. Historia de la salud

Desde los 8 meses la madre nota que algo no está bien en su hija. Le diagnostican Trastorno del Espectro Autista a los 3 años y 5 meses.

Apéndice 4

Ejemplo de la presentación en power point de la emoción enojo para la fase de intervención.



Evidencias



El volcán del enojo



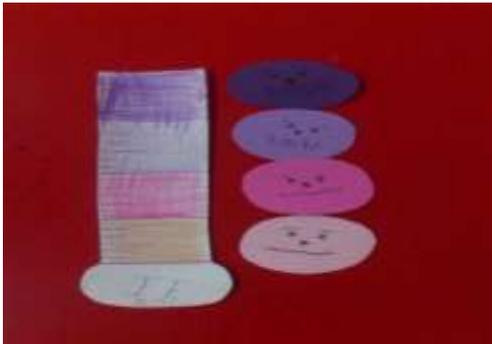
El volcán del enojo



El volcán del enojo



El volcán del enojo



Termómetro del miedo



Mural del miedo



Fantasma amigable come miedos



Botella de la calma



Enojo/furia



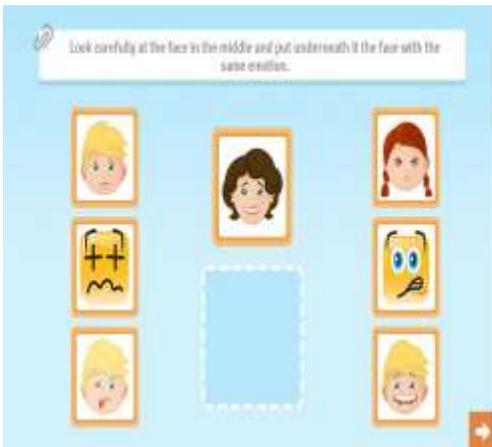
Alegría



Miedo/Temor



Tristeza



“Cada oveja con su pareja”



“Ruleta de las emociones”



“Esfúmate”



“Esfúmate”



“Nuestras emociones”



“Esfúmate”



“Nuestras emociones”



“Nuestras emociones”