



**Facultad de Psicología y Logopedia**  
Universidad de La Laguna

# **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES PRAGMÁTICAS DE UN CASO CON SÍNDROME DE ASPERGER**

**Trabajo Fin de Grado de Logopedia**

**Rubén Martín Mesa**

**Tutorizado por Víctor Manuel Acosta Rodríguez**

**Curso 2022-2023**

## **Resumen**

El Síndrome de Asperger es un trastorno severo del desarrollo que está asociado a una alteración neurobiológica en el procesamiento de la información. Las personas que se ven afectadas tienen una inteligencia normal o, en ocasiones, superior a la media, pero presentan un estilo cognitivo particular y, frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas. Se manifiesta de diferente forma en cada individuo, pero todos tienen en común las dificultades para la interacción social, alteraciones de la comunicación no-verbal, intereses restringidos, dificultades para la abstracción de conceptos, interpretación literal del lenguaje, dificultades en las funciones ejecutivas y en la interpretación de los sentimientos y emociones ajenos. Existe una relación entre la comparación social y los síntomas depresivos y, teniendo en cuenta que las personas con Síndrome de Asperger son muy sensibles y poseen una perspectiva compleja sobre sí mismos, en este trabajo se propone un programa de intervención en un caso único en el que se pretende conseguir como objetivos principales mejorar sus habilidades pragmáticas y fomentar su interacción social. Para comprobar si el programa es eficaz, su evaluación será antes, durante y después de toda la intervención.

Palabras clave: habilidades sociales, Síndrome de Asperger, teoría de la mente, autismo, pragmática.

## **Abstract**

Asperger syndrome is a severe developmental disorder associated with a neurobiological disturbance in information processing. Affected individuals have normal or sometimes above-average intelligence, but have a particular cognitive style and, frequently, special abilities in restricted areas. It manifests itself differently in each individual, but all have in common difficulties in social interaction, alterations in non-verbal communication, restricted interests, difficulties in the abstraction of concepts, literal interpretation of language, difficulties in executive functions and in the interpretation of other people's feelings and emotions. There is a relationship between social comparison and depressive symptoms and, taking into account that people with AS are very sensitive and have a complex perspective on themselves, this paper proposes an intervention program in a single case in which the main objectives are to improve their pragmatic skills and promote their social interaction. To check if the program is effective, it will be evaluated before, during and after the whole intervention.

Keywords: social skills, Asperger's Syndrome, theory of mind, autism, pragmatic.

## Introducción

El término del concepto actual de autismo se debe a la aportación de Leo Kanner con la publicación de su artículo ‘*Autistic disturbances of affective contact*’ en el Hospital de John Hopkins en el año 1943. En él se describen a los niños del estudio con características como la retracción social y emocional, preocupación por objetos y rituales específicos, estereotipias con un habla escasa o nula, ecolalia y con graves deficiencias cognitivas. Un año más tarde un pediatra vienés llamado Hans Asperger describió un estudio de cuatro niños con edades comprendidas entre siete y once años que habían sido atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad de Viena. En ese estudio, Asperger señaló los rasgos clínicos que se recogen en la Tabla 1, aunque no identificó cuáles de ellos debían considerarse como necesarios o suficientes para el diagnóstico de esta condición. El estudio de Hans Asperger fue publicado en alemán, por lo que fue poco conocido durante décadas hasta que la psiquiatra Lorna Wing descubrió su tesis y dio a conocer el diagnóstico en 1981 otorgándole el nombre de ‘‘Síndrome de Asperger’’ (Wing, 1981).

Durante el transcurso de los años se han publicado muchas investigaciones y tesis sobre el Síndrome de Asperger (en adelante, SA) y muchas maneras de cómo se puede entender el autismo y, aunque no existe una definición homogénea y específica, se puede entender como un trastorno severo del desarrollo que conlleva una alteración neurobiológica en el procesamiento de la información. Las personas que se ven afectadas tienen una inteligencia normal o, en ocasiones, superior a la media, pero presentan un estilo cognitivo particular y, frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas. Se manifiesta de diferente forma en cada individuo, pero todos tienen en común las dificultades para la interacción social, alteraciones de la comunicación no-verbal, intereses restringidos, dificultades para la abstracción de conceptos, interpretación literal del lenguaje, dificultades en las funciones ejecutivas y de planificación, y en la interpretación de los sentimientos y emociones ajenos (CONFAE, 2015).

Las alteraciones en el SA se hacen visibles a partir de los tres años, especialmente cuando comienzan el colegio. Justo en ese momento es cuando se observa y evalúa el juego social y las habilidades para relacionarse de los niños con SA, y se reconoce un retraso en la conceptualización de la amistad. Pueden tener un cociente intelectual (CI) general dentro del rango normal, pero la comprensión de esas habilidades se asemeja a la de un niño mucho más pequeño (Church et al., 2000). Dicho retraso juega un papel importante en la realización de

inferencias que resultan básicas para comunicarse con éxito, debido a que una persona necesita tener en cuenta las emociones, deseos e intenciones de otras personas (Cummings, 2014).

En una investigación en la que evaluaron niños con SA encontraron que los participantes mantienen dificultades para utilizar herramientas lingüísticas que permitan generar estados emocionales y de simpatía social y empatía con el interlocutor (Ayuda-Pascual y Martos-Pérez, 2007). Otras funciones deficitarias que se articulan con la pragmática del lenguaje tienen que ver con el manejo de la prosodia, los patrones de entonación, la regulación del volumen de la voz y el control de la velocidad del habla (Martín-Borreguero, 2005).

De lo anterior se puede concluir que las alteraciones más acentuadas que aparecen en niños con SA se localizan en las dimensiones de pragmática conversacional y de la comunicación social (Paul et al., 2009).

Dentro de este ámbito lingüístico, se detectan déficits en cuanto a la comprensión del lenguaje figurado, el sarcasmo, el humor y la mirada (Williams et al., 2008). Y también la destreza para formular aclaraciones en una conversación, iniciar y mantener un discurso espontáneo y deducir los estados mentales de los demás (Paul et al., 2009), así como tener un escaso repertorio de expresiones faciales y gestos no espontáneos acompañando la expresión verbal (Rodríguez Muñoz, 2013).

Tabla 1. Rasgos clínicos señalados por Hans Asperger en 1944.

- *Interacciones sociales* torpes e inadecuadas (comportamiento social extraño, ingenuo y despegado; introversión, egocentrismo y sensibilidad extrema a las críticas; dificultades para comprender los sentimientos de otras personas, aunque algunos muestran sentimientos intensos hacia algunas personas y objetos y desarrollan vínculos emocionales fuertes con sus familias).
- Dificultad para utilizar y para interpretar correctamente las claves sociales no verbales (p. ej., la mirada y la sonrisa)
- *Comunicación y uso del lenguaje* peculiares (gestualidad y entonación extrañas, habla pedante y tangencial, empleo abusivo del turno de palabra -conversación unilateral).
- Gusto por la *repetición* de ciertas conductas, e intereses restringidos (estereotipias motoras frecuentes en la infancia; interés por coleccionar objetos y acumular información sobre temas específicos).
- *Intelectualización del afecto* (empatía pobre, tendencia a racionalizar los

sentimientos, y ausencia de comprensión intuitiva de las experiencias afectivas de otras personas).

- *'Inteligencia autista'* (dificultad para imitar o asimilar lo que hacen otros, lo que da lugar a un pensamiento que sólo puede ser original; creatividad en las ideas y puntos de vista de los individuos más capaces, que se refleja también en su lenguaje por el empleo de palabras y frases inusuales).
- *Intereses excéntricos o poco usuales para su edad* (p.ej. por las ciencias naturales, los números, las reacciones químicas, la tecnología, las aeronaves, etc.).
- *Retraso y torpeza motora* (problemas de equilibrio y control postural inadecuado).
- *Lenguaje* que parece adquirido a la edad normal, antes incluso de empezar andar en algunos casos.
- *Control escaso o inadecuado de las emociones* (reacciones frecuentes exageradas que pueden resultar agresivas y molestas)
- Desarrollo, en algunos casos, de *habilidades especiales* (ligadas, por lo general, a sus temas de interés), y de un tipo particular de introspección que les lleva a observarse a sí mismos constantemente.
- *Problemas de conducta* (agresividad, desobediencia, negativismo y victimización; comportamientos sádicos y crueles y signos que hacen pensar que actúan maliciosamente y que disfrutan de la maldad).
- *Baja tolerancia a la frustración* y un comportamiento general que se rige por sus propios impulsos e intereses, al margen del mundo exterior.
- *Respuestas sensoriales inusuales* (distractibilidad y problemas con la caligrafía)
- *Ausencia de sentido del humor.*
- *Escasa atención al propio cuerpo* (desaliño en la ropa, falta de aseo y comidas desordenadas incluso en personas académicamente cualificadas).
- Presentación de los síntomas en la infancia tardía o adolescencia.
- *Rasgos similares*, pero de menor intensidad, en los padres y familiares más cercanos.
- Cuadro observable en todos los niveles de habilidad, desde individuos muy geniales y originales...hasta individuos con retraso mental.
- *Diferencias considerables entre sujetos* (dependiendo, sobre todo, del nivel intelectual).
- *Cambios muy marcados en la edad.*
- *Pronóstico relativamente positivo* (capacidad que pueden compensar los problemas,

permitiendo en muchos casos alcanzar logros excepcionales en la vida adulta.

Fuente: Belinchón et al., 2008.

### **Etiología**

En los años 60 fue la primera vez que se vinculó la etiología del autismo a una condición biológica. Algunos estudios poblacionales, familiares y en parejas de gemelos idénticos sugieren que una proporción considerable de los casos de autismo tiene algún componente genético. El TEA puede ser considerado como una enfermedad poligénica y multifactorial en la que cambios o variaciones genéticas de distintos tipos interactúan con factores ambientales, lo que resulta en fenotipos específicos (Reynoso et al., 2017). En la siguiente tabla se muestran algunos de los genes con los que se ha podido establecer una relación causal.

Tabla 2. Genes relacionados con el TEA

<b>Gen</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Funciones</b>	<b>Mutaciones y alteraciones</b>
CHD8 (Chromodomain-helicase DNA-binding protein 8)	Localizado en el Cromosoma 14	Codifica una proteína conocida como helicasa de cromodominio. Funciona como represor transcripcional al remodelar la estructura de la cromatina al alterar la posición de los nucleosomas.	Mutaciones inactivadoras del gen CHD8 se asocian a un subtipo específico de TEA, cuyo fenotipo incluye con frecuencia macrocefalia.
ADNP (Activity-dependent neuroprotector homeobox)	Localizado en el Cromosoma 20	Codifica una proteína involucrada en la remodelación de la cromatina, la	Mutaciones en el gen ADNP que presentan con frecuencia hipotonía y

		autofagia y la dinámica de los microtúbulos en los sitios de sinapsis y en células gliales.	dismorfismo cerebral.
TBR1 (T-box brain 1)	Localizado en el Cromosoma 2	Codifica una proteína que funciona como transcriptor. Es fundamental en la diferenciación de la célula estaminal neuronal y la corteza cerebral.	Se asocia a Alzheimer y Parkinson. El gen de susceptibilidad al autismo AUTS2 está regulado por TBR1.

Fuente: Reynoso et al. (2017).

### **Cambios diagnósticos en el Trastorno del Espectro Autista**

En el año 1991 (exactamente diez años después de la publicación de Wing sobre el SA), la psicóloga Uta Frith editó un volumen titulado “*Autism and Asperger syndrome*” en el que también se incluía la traducción al inglés de la tesis original de Hans Asperger. En este libro se recogían las valoraciones de expertos de varios países sobre las implicaciones psicológicas, neurobiológicas y sociales de este cuadro. También, se discutía si el SA era o no una condición distinta al autismo (Belinchón et al., 2008). Esta compilación como la revisión realizada por Szatmari en 1992 favorecieron que muy poco tiempo después, en el año 1994 el diagnóstico del SA fuera reconocido por la APA y OMS, convirtiéndose en un diagnóstico psiquiátrico oficial en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y en el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), respectivamente. La definición y los criterios diagnósticos del TEA han ido variando a lo largo del tiempo y en la última modificación publicada en el DSM-5 (APA, 2013) y la CIE 11 (OMS, 2019), el SA se eliminó como diagnóstico, lo mismo que ocurrió con el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado,

quedando fusionados en una categoría genérica de trastorno del espectro autista, dentro de la categoría de trastornos del neurodesarrollo (Petre, 2022).

Estos cambios han llegado a generar controversia dentro de la comunidad, puesto que su diagnóstico no era solamente una etiqueta, sino una oportunidad de construir un sentido de sí mismos y una identidad personal y social (Giles, 2014). De igual forma, autores como Tsai (2013) y Perry (2014) se oponen firmemente a este continuo justificando la utilidad clínica que tiene el diagnóstico de SA para facilitar a los especialistas la determinación del pronóstico y las orientaciones de intervención (Latorre y Puyuelo, 2016).

### **Criterios diagnósticos**

Los criterios diagnósticos del TEA según la última modificación en el DSM-5 (APA, 2013):

Tabla 3. Criterios diagnósticos del TEA según el DSM-5.

<p><b>A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:</b></p>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.</li><li>2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.</li><li>3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales y compartir juegos imaginativos o hacer amigos hasta la ausencia de interés por otras personas.</li></ol>
<p><b>B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):</b></p>

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

**C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida)**

**D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.**

**E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.**

## Epidemiología

Los estudios recientes de incidencia y prevalencia de TEA reflejan un incremento paulatino, posiblemente relacionado a cambios de criterios diagnósticos, de la definición de casos, y de un incremento de reconocimiento del TEA por los profesionales (Balmaña et al., 2017).

Tabla 4. Niveles de afectación del TEA.

<b>Categoría dimensional del TEA según el DSM-5</b>	<b>Comunicación social</b>	<b>Comportamientos restringidos y repetitivos</b>
Grado 3. “Necesita ayuda muy notable”	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin apoyo en el momento, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

Fuente: American Psychiatric Association (APA, 2013).

## Justificación de la propuesta del programa de intervención

La dependencia pragmática es una propiedad esencial del lenguaje (Rivière, 2001) y una de las áreas lingüísticas más complicadas de controlar para las personas del espectro autista, puesto que éstos se caracterizan por la presencia de un desarrollo cerebral diferente generando dificultades en la interacción social (Attwood, 2007).

En el estudio de (Hedley et al., 2006) se investigó la relación entre los procesos de comparación social y los síntomas depresivos en personas con SA y llegaron a la conclusión de que existía una correlación significativa entre síntomas depresivos y la escala de comparación social. Además, los estudios basados en la clínica sugieren que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más comunes en personas con trastorno del espectro autista (Martos y Paula, 2009) y que las personas con SA son muy sensibles y poseen una perspectiva compleja sobre el yo y los conceptos de identidad (Petre, 2022). Diagnosticar lo más pronto posible es importante porque niños con el SA que reciben intervención temprana en su vida tienen más oportunidades de sobresalir en la escuela y vivir independientemente (ASA, 2015). Teniendo en cuenta que, en relación con el resto de los sujetos del trastorno del espectro autista, el SA posee una gran capacidad de adaptación, la entrega de una adecuada estimulación podría alcanzar conductas en gran medida similares a las de un sujeto neurotípico (Murray et al., 2015). Es por esto que es importante trabajar y fomentar las habilidades pragmáticas y sociales en una persona con SA.

Una vez realizada la introducción anterior añadir que el objetivo general del programa de intervención es trabajar y mejorar las habilidades pragmáticas y fomentar la interacción social. A partir de aquí se podrían establecer los siguientes objetivos específicos:

- Fomentar la intencionalidad comunicativa.
- Identificar y nombrar emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco) y complejas (amor, vergüenza y nerviosismo)
- Mejorar la interpretación de situaciones en base a un contexto.
- Trabajar las inferencias predictivas y lingüísticas.
- Aplicación de la teoría de la mente en situaciones de falsa creencia, engaño, mentira y juicios morales
- Establecer las relaciones entre estados mentales y conductas (ver, querer, poder y saber).

## **Método**

### **Participantes**

El programa de intervención ha sido pensado y desarrollado para una niña de ocho años diagnosticada con SA. Fue valorada por el Servicio Canario de Salud a través de una evaluación neuropsicológica. Acude a un centro escolar ordinario en el que no recibe ningún apoyo ni adaptación educativa. La intervención está pensada para llevarse a cabo en un gabinete multidisciplinar en el que recibe de manera cooperativa apoyo psicológico y logopédico. El centro en cuestión es Cognitiva Unidad de Memoria situado en la zona de Los Cristianos en la isla de Tenerife, concretamente en el Paseo Pérez Valero. Este gabinete es ideal porque está especializado en la rehabilitación neuropsicológica y son pioneros en la estimulación integral en la atención a la infancia. Puesto que es un centro en el que se trabaja con más profesionales (tres psicólogas) y el espacio es limitado, la terapia tendrá lugar de principio a fin en una consulta amplia y luminosa, equipada con todo el material necesario y aislada de estímulos sonoros y visuales que interfirieran en la realización del programa.

### **Materiales e instrumentos**

Las pruebas que se le realizaron para su evaluación fueron el Test de Boston para niños (Goodglass et al., 1983), el Token Test (Renzi y Vignolo, 1992), DST-J IV (Fawcett y Nicholson, 2004) y el WISC-IV (Wechsler, 1949).

El Test de Denominación de Boston fue elaborado por Goodglass et al. en 1983. Es una prueba de vocabulario de amplio rango que se utiliza para la detección de problemas de acceso al léxico en sujetos afásicos, demencia y en niños/as con problemas de desarrollo de la lectura.

El Token Test se elaboró en 1962 por Ennio De Renzi y Luigi Vignolo. Esta prueba puede evaluar varias funciones cognitivas, pero se centra fundamentalmente en la comprensión a través de órdenes con una complejidad creciente.

El DST-J IV fue creado por Fawcett y Nicholson en 2004. Esta prueba se fundamenta para la detección de la dislexia en niños, midiendo aspectos como la lectura, dictado, copia y fluidez verbal y semántica.

El WISC-IV fue descrito por David Wechsler en 1949. Se trata de un test neuropsicológico que evalúa las capacidades intelectuales (comprensión verbal y razonamiento

perceptivo) y las habilidades de procesamiento cognitivo (memoria de trabajo y velocidad de procesamiento)

Para llevar a cabo la realización de la intervención, se hará uso de materiales como imágenes y láminas recuperadas de los libros “En la mente”, videos y diferentes tipos de actividades lúdicas. De manera complementaria, se le aplicará la batería de preguntas del CELF-5 (Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje) (Wiig et al., 2018) y el BLOC-SR (Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial- Screening R) (Puyuelo et al., 2007).

El CELF-5 es una prueba elaborada por Wiig et al. en 2018. Sirve para la identificación, diagnóstico y seguimiento de las dimensiones léxico-semántica, morfosintáctica y pragmática del lenguaje en niños y adolescentes entre 5 y 15 años. No solo es una herramienta que nos será útil para registrar información de su capacidad de lenguaje y de sus habilidades pragmáticas, sino que también es una prueba que complementa muy bien al WISC-IV.

Los apartados que se utilizarán del CELF-5 son “Perfil de habilidades pragmáticas (PHP)” y “Verificación de habilidades pragmáticas (VHP)”. A través del PHP, se podrá registrar la información sobre las destrezas lingüísticas sociales del sujeto y, aunque es de manera opcional, se requerirá de la ayuda de los padres para obtener un mayor espectro. Y, por medio del VHP, se exploran las destrezas comunicativas del sujeto en situaciones reales a través de actividades.

El BLOC-SR es una prueba elaborada por Puyuelo et al. en 2007 que trata de detectar las alteraciones en el lenguaje infantil y en el nivel concreto en el que se producen. Existen tareas específicas para evaluar de manera independiente los cuatro componentes del lenguaje, por lo que nos centraremos únicamente en el apartado de pragmática.

### **Desarrollo del programa de intervención**

El programa de intervención está pensado y personalizado para una niña de ocho años diagnosticada con SA. Se han tenido en cuenta todos los aspectos y ámbitos más relevantes y cercanos a ella para planificarla y llevarla a cabo. La propuesta está diseñada y estructurada para realizarse de manera individual en distintas sesiones en las que se trabajará en base a los objetivos ya descritos anteriormente.

Teniendo en cuenta que la intervención se propone en un gabinete multidisciplinar en el que la niña ya recibe apoyo psicológico, se ha elaborado la intervención teniendo en cuenta el trabajo y los aspectos aportados por la otra profesional. Por ello, la temporalización propuesta será de ocho semanas con un total de veinticuatro sesiones. En cada semana se impartirán tres

sesiones, establecidas los lunes, miércoles y viernes con una duración de cincuenta minutos cada una.

En el Anexo se desglosan todas las actividades una a una y el material necesario para llevarlas a cabo.

Tabla 5. Objetivos y actividades que se realizarán durante la intervención

<b>Semanas</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Materiales</b>
Semana 1	Sesión 1	Registrar las destrezas lingüísticas y sociales.  Obtener información sobre las destrezas comunicativas en situaciones reales.	Aplicación de la batería de preguntas del CELF-5. PHP. VHP.	Láminas de las pruebas estandarizadas PHP y VHP del CELF-5
	Sesión 2	Obtener una línea base y valorar su nivel pragmático	Aplicación del bloque de pragmática del BLOC-SR	Láminas del componente pragmático de la prueba estandarizada BLOC-SR
	Sesión 3	Fomentar la intencionalidad comunicativa	Juego simbólico	Todo el material que se encuentre en la consulta (muñecos, playmobil, pelota, lápices, dibujos de princesas, rotuladores, ceras, pegatinas, láminas de dibujos, pop-it, ruleta, cartas...)
Semana 2	Sesión 4	Fomentar la intencionalidad comunicativa	¡Cuéntame qué has hecho!  Juego simbólico  Si lo quieres... ¡pídelo!	Todo el material que se encuentre en la consulta (muñecos, playmobil, pelota, lápices, dibujos de princesas, rotuladores, ceras, pegatinas, láminas de dibujos, pop-it, ruleta, cartas...)
	Sesión 5		Juego simbólico  Escondite de los objetos	

				princesas, rotuladores, ceras, pegatinas, láminas de dibujos, pop-it, ruleta, cartas...)
	Sesión 6		Juego simbólico La pelota curiosa	Todo el material que se encuentre en la consulta (muñecos, playmobil, pelota, lápices, dibujos de princesas, rotuladores, ceras, pegatinas, láminas de dibujos, pop-it, ruleta, cartas...)
Semana 3	Sesión 7	Identificar y nombrar emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco)	¿Cómo me siento? ¿Cómo se sienten los niños?	Vídeo sobre las emociones básicas. Láminas de dibujos e imágenes de emociones básicas
	Sesión 8	Identificar y nombrar emociones complejas (amor, vergüenza y nervios)	¿Cómo se sienten?	Láminas de dibujos e imágenes de emociones complejas
	Sesión 9	Identificar y nombrar emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco) y complejas (amor, vergüenza y nervios)	¡Dibuja a la princesa!	Láminas de dibujos
Semana 4	Sesión 10	Mejorar la interpretación de situaciones en base a un contexto	¿Qué sentirías si...?	Fichas e imágenes
	Sesión 11		Y si ocurre esto...¿qué pasa?	Fichas y láminas "En la mente 1"
	Sesión 12		¡Observa y deduce!	Láminas de situaciones y vídeo
Semana 5	Sesión 13	Trabajar inferencias predictivas y lingüísticas	El juego del detective molón	Fichas y láminas de imágenes de "En la mente 2"

	Sesión 14		¿Qué significa la frase?	Fichas e imágenes
	Sesión 15		¡Averigua qué es lo que puede pasar!	Fichas e imágenes
Semana 6	Sesión 16	Aplicación de la teoría de la mente en situaciones de falsa creencia, engaño, mentira y juicios morales	¿Qué crees tú?	Láminas de dibujos
	Sesión 17		Láminas de "En la mente 1 y 3"	Láminas de dibujos de "En la mente 1 y 2"
	Sesión 18			
Semana 7	Sesión 19	Establecer las relaciones entre estados mentales y conducta (ver, querer, poder y saber)	Láminas de "En la mente 1 y 2"	Láminas de dibujos de "En la mente 1 y 2"
	Sesión 20			
	Sesión 21			
Semana 8	Sesión 22	Establecer las relaciones entre estados mentales y conducta (ver, querer, poder y saber)	Láminas de "En la mente 1 y 2"	Láminas de dibujos de "En la mente 1 y 2"
	Sesión 23	Obtener y valorar su nivel pragmático	Aplicación del bloque de pragmática del BLOC-SR	Láminas del componente pragmático de la prueba estandarizada BLOC-SR
	Sesión 24	Registrar las destrezas lingüísticas y sociales.  Obtener información sobre las destrezas comunicativas en situaciones reales.	Aplicación de la batería de preguntas del CELF-5 PHP. VHP.	Láminas de las pruebas estandarizadas PHP y VHP del CELF-5

### Evaluación del programa

La evaluación del programa de intervención se llevará a cabo de manera cualitativa y cuantitativa. De manera cualitativa mediante la elaboración de un registro observacional bajo el rigor y el criterio del logopeda en cada una de las sesiones y con la realización de una reunión de coordinación semanal en la que participan logopeda, psicóloga, profesor y padres para una puesta en común de todo lo sucedido durante la semana, poder valorar si lo trabajado en las sesiones se está implementando en su día a día en el ámbito familiar y académico y dar las pautas a seguir. Y de manera cuantitativa, a través de la realización de las pruebas del CELF-5 (PHP y VHP) y el bloque de pragmática del BLOC-SR al principio de la intervención para establecer una línea base y al final de ella para poder comprobar si se han cumplido los objetivos propuestos en el programa.

### **Resultados previstos**

Tras la aplicación del programa de intervención y, una vez finalizadas todas las sesiones propuestas, se espera que haya un aumento en su interacción social y una mejor comprensión y expresión de emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco) y complejas (amor, vergüenza y nerviosismo), mejorando así su comunicación con los demás.

Se espera también que exista una mejoría en su interpretación de situaciones concretas tras una buena aplicación de la teoría de la mente en situaciones de falsa creencia, engaño y mentira. Asimismo, teniendo en cuenta sus características, que tenga una mejor comprensión de situaciones en las que entren en juego los juicios morales. Por último, que sea capaz de poder establecer algunas relaciones entre estados mentales y algunas conductas como querer, poder y saber.

Cuando se haya finalizado la propuesta, es recomendable que se siga trabajando todas las habilidades adquiridas y mejoradas, puesto que el objetivo es que se consoliden y se perfeccionen. El rol de los padres durante y tras la intervención es fundamental, puesto que son ellos los encargados de seguir trabajando en la causa.

Por otro lado, es posible que durante y tras la aplicación del programa de intervención surjan diferentes limitaciones como pueden ser la singularidad de la usuaria o que la temporalización no sea suficiente para que se cumplan los objetivos propuestos, por lo que se recomienda que en ese caso se amplíe el programa de intervención hasta que sea necesario para conseguir los objetivos previstos.

## Referencias bibliográficas

- Artigas Pallarès, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Azul Fay, M., Leiva, S. y Margulis, L. (2018). Test de Denominación de Boston: Rendimiento de jóvenes adultos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista de Neuropsicología y Psicología Cognitiva*, 25, 343-351.
- Belinchón, M., Hernández, J.M., y Sotillo, M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Talleres de gráficas flora, S.L.
- Confederación Asperger España, Fundación Barrié y la RSC de Edisa. (2015). Síndrome de Asperger y otros TEA. Recuperado de: [https://www.asperger.es/mision\\_vision\\_valores.html](https://www.asperger.es/mision_vision_valores.html)
- Fundación CADAH. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV)*. (2010). <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-evaluacion-escala-de-inteligencia-de-wechsler-para-ninos-iv-wisc-iv-.html>
- Giles, D. C. (2014). ‘‘DSM-V is taking away our identity’’: the reaction of the online community to the proposed changes in the diagnosis of Asperger’s disorder. *Health (London)*, 18(2), 179-95.
- Kaplan, E., Goodglass, H. y Weintraub, S. (1996). *Test Vocabulario de Boston*. [Archivo PDF]. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.web.unex.es%2Fweb%2Fgial%2Fdocencia%2Fasignaturas%2Fpsicopatologia%2Fdocumentos%2520de%2520apoyo%2F%25BFC%25F3mo%2520evaluador%2520el%2520lenguaje%2520oral%2FTest%2520de%2520vocabulario%2520Boston.doc&wdOrigin=BROWSELINK>

- Latorre, C., y Puyuelo, M. (2016). Análisis del desarrollo lingüístico y comunicación de un niño con Síndrome de Asperger: un estudio de caso. *Revista de investigación en Logopedia*, 2(2), 142-168.
- Paula-Pérez, I. y Martos-Pérez, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: Comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*, 48(2), 31-34.
- Monfort, I. y Monfort, M. (2001). *En la mente: Un soporte gráfico para las habilidades pragmáticas en niños*. Entha ediciones.
- Monfort, I. y Monfort, M. (2009). *En la mente 2: Un soporte para las habilidades pragmáticas en niños*. Entha ediciones.
- Monfort, I. y Monfort, M. (2019). *En la mente 3: Un soporte para las habilidades pragmáticas en niños*. Entha ediciones.
- Murray, C., Soto, G., Tobar, A y Villablanca, F. (2015). El componente pragmático en adultos con Síndrome de Asperger: Actos de habla indirectos, metáforas y coerción aspectual. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 53(1), 35-58.
- Naranjo Flórez, R.A. (enero - junio de 2014). NOVA. Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. *Avances y perspectivas en el Síndrome de Asperger*, 12(21), 81-101.
- <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/998/984>
- Orientación Psicológica. (2022). *Trastorno del espectro autista (DSM-V)*. <https://orientacionpsicologica.es/trastorno-del-espectro-autista-dsm-5/>
- Pérez Rivero, P. F, y Martínez Garrido, L.M. (2014). Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de alto funcionamiento y el Síndrome de Asperger. *CES. Psicología*, 7(1), 141-155.
- Petre, L. (2022). Asperger Syndrome: Short Story of a Diagnosis. An Opinion. *Annuaire Roumain d'Anthropologie*, 59, 33-39.

Reynoso, C., Rangel, MJ. y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222

Vargas Parra, C. G., Cárdenas Rodríguez, J.D., Cabrera Moyano, D. M., y León Guaycha, A. G. (30 de diciembre de 2019). Síndrome de Asperger. *Revista científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(4), 416-433.

Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.

:

# ANEXO

