



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL DE RECONOCIMIENTO DE  
EMOCIONES PARA ESTABLECER LA COMUNICACIÓN EN UN NIÑO CON  
TRASTORNO DE ASPERGER.

T E S I S.  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
ROSALBA RUEDA TESILLO.

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA

COMITÉ: DR. RUBÉN LARA PIÑA

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING.

DR. FAUSTO TOMÁS PINELO ÁVILA

MTRO. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VILLEGAS

MÉXICO, D.F.

MARZO 2015



**FES**  
ZARAGOZA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatoria

A mi Madre **Cecilia Tesillo Varela**, por ser el ser más perfecto del universo, por enseñarme el esfuerzo diario para alcanzar mis sueños, apoyarme incondicionalmente y creer en mí a pesar de las dificultades.

A mi hermana **Angélica C. Rueda Tesillo** por el amor y apoyo incondicional de cada día.

A mi cuñado **Roberto G.V**, mis sobrinos **Dante, Luis y Aldo** por estar presentes en mi vida.

A **Ricardo Romero Fernandez** por ser el único hombre de mi vida que con su apoyo incondicional y el amor que nos profesamos hemos “aprendido a amar no cuando encontramos a la persona perfecta, sino cuando llegamos a ver de manera perfecta a una persona imperfecta.” Sam Keen

A mis amigas y amigos por ser personas admirables (**Gaby, Cris, Alejandro, Pame, Rosario, Diana J**).

A la maestra **Ana Lilia Muñoz** por su apoyo, comprensión, paciencia y amistad.

A los niños que vive con TEA y sus familias por enseñarme la tenacidad y que la diversidad es la vida misma.

A la mujer admirable que hizo posible que mi familia siguiera adelante, porque sacrifico su bienestar para cuidar de nosotros, mi abuela **Dolores Varela Ortega**, siempre estas conmigo.

## ÍNDICE.

I. RESUMEN.	1
II. INTRODUCCIÓN.	2
III. MARCO TEÓRICO.	3
<b>1. Definición de Trastornos Generales del Desarrollo.</b>	<b>3</b>
1.1. Etiología de los trastornos generales del desarrollo.	5
1.2. Tipos de los Trastornos Generales del Desarrollo.	11
1.3. Características del Trastorno de Asperger	14
<b>2. Definición y Teoría de las Emociones.</b>	<b>18</b>
2.1. Características de las emociones en el Trastorno de Asperger.	31
2.2. Rol de las imágenes en el aprendizaje de las emociones en el Trastorno de Asperger	34
<b>3. Comunicación</b>	<b>37</b>
3.1. Características de la comunicación en el Trastorno de Asperger.	39
3.2. Enseñanza de las emociones como proceso de comunicación funcional en el Trastorno de Asperger.	42
<b>4. Evaluación, diagnóstico e intervención.</b>	<b>44</b>
4.1. Evaluación.	45
4.2. Evaluación Psicológica.	50
4.3. Diagnóstico.	52
4.4. Intervención Cognitivo Conductual.	52
4.4.1. Abordaje terapéutico cognitivo.	55
<b>5. Metodología.</b>	<b>58</b>
5.1. Propósitos y objetivos.	58
5.2. Tipo de estudio.	58
5.3. Descripción del caso.	58
5.4. Escenario.	60
5.5. Participante (s).	60
5.6. Instrumentos.	61
5.7. Procedimiento.	62
5.7.1. Desarrollo del programa.	62
5.7.2. Objetivos del programa.	64
5.7.3. Lineamientos del programa.	65
5.7.4. Implementación del programa.	66
5.8. Resultados.	70

<b>6. Discusión.</b>	<b>91</b>
<b>7. Conclusiones.</b>	<b>95</b>
<b>Anexo 1.</b>	<b>97</b>
<b>Anexo 2.</b>	<b>110</b>
<b>IV. Referencias Bibliográficas.</b>	<b>116</b>

## **I. RESUMEN**

El presente trabajo tiene como finalidad la implementación de un Programa cognitivo conductual en un niño diagnosticado con Trastorno de Asperger para desarrollar habilidades en la adquisición y reconocimiento de las emociones, de esta forma lograr la comunicación-interacción funcional con otras personas mediante el uso de imágenes.

EL programa se dividió en cuatro fases (identificación, reconocimiento, expresión, comprensión.), con las siguientes emociones básicas: feliz, enojado, triste y asustado; el cual fue diseñado en tres etapas: Etapa I evaluación inicial, Etapa II elaboración del plan de intervención y Etapa III evaluación final.

Los resultados logran reflejar que el uso de imágenes es una herramienta eficaz para la comprensión y la explicación del medio que le rodea, El uso de imágenes facilitó el alcance de la comunicación funcional, como parte importante en el proceso de aprendizaje no solo de las emociones, es una herramienta útil para la expresión gestual en el aprendizaje de las emociones, generando una intención comunicativa, logrando así reducir los niveles de estrés que puede llegar a generar entornos nuevos y de difícil acceso a ser comprendidos por las personas con Trastorno de Asperger.

## **II. Introducción**

El Trastorno de Asperger es un espectro dentro de los Trastornos Generales del Desarrollo, que se caracteriza por los siguientes rubros: alteraciones en la interacción social, no hay un retraso general del lenguaje clínicamente significativo, existen patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, hay un deterioro clínicamente marcado de la actividad social y laboral, aunque no hay un retraso clínicamente importante del desarrollo cognoscitivo.

Las personas con Trastorno de Asperger tienen un modo de pensamiento que es diferente, más original por decirlo de alguna manera, en ocasiones mal entendido, pero no es la mayoría de las veces deficiente. En los últimos años se está comprendiendo mejor esta discapacidad a partir del conocimiento de las propias vivencias de quienes la padecen, por medio de evidencias concretas presentadas en investigaciones.

No hay que dejar de lado que estas personas a pesar de presentar capacidades extraordinarias, presentan dificultades en el área sociales y de comunicación, que se ven reflejadas principalmente en la escolarización, por la poca capacidad de ajustarse a las normas sociales y de interacción, con los profesores y sus pares, que en muchas ocasiones no se incluyen en los planes de intervención de los centros escolares que carecen de técnicas apropiadas para ayudar a estas personas.

La socialización es una área importante en la esfera del desarrollo de las personas, por medio de ella logramos comprender el contexto, las reglas, las conductas e incluso los sentimientos de las demás personas y a su vez es generadora de estos elementos.

Sin embargo, existen procesos específicos para que se desarrolle la socialización, se considera a las emociones parte del desarrollo de la capacidad, las destrezas y habilidades para responder a diversas situaciones, comprender la existencia y conductas de otras personas, así como la de nosotros mismos.

Por ello la capacidad de entender las emociones ayuda a entender quiénes somos, donde estamos y como nos sentimos ante diversas situaciones, esto permite tener una mayor regulación de escenarios que pudieran considerarse estresantes para poder darles solución y sentido en nuestras vidas.

Por lo tanto el objetivo de este trabajo es que un niño a través del programa de intervención desarrolle las habilidades para la adquisición de las emociones y de esta forma logre la comunicación-interacción funcional con otras personas mediante el uso de imágenes, en donde se revisará en el capítulo 1 los trastornos

Generales del Desarrollo, la etiología y tipos, exponiendo directamente las características del Trastorno de Asperger.

Las emociones explicadas por la teoría, sus características intrínsecamente en el Trastorno de Asperger y el rol de las imágenes en el aprendizaje de las emociones dentro del Trastorno de Asperger, describiendo la comunicación y sus características en el Trastorno y cómo es que la enseñanza de las emociones se convierte en un proceso de comunicación funcional.

Exponiéndose la evaluación, diagnóstico e intervención Cognitivo-Conductual, para las personas diagnosticadas con Trastorno de Asperger,

Para plantear la metodología que se llevó a cabo, en la planeación e implementación del programa, definiendo el objetivo y todo el procedimiento de la investigación, llegando a resultados concretos, llevando a realizar una discusión de los resultados obtenidos, que logra generar conclusiones de la investigación presentadas en el Capítulo 7

### **III. MARCO TEORICO.**

#### **1. Definición de Trastornos Generales del Desarrollo**

La definición del Autismo ofrecida por Kanner en 1943 sigue estando vigente actualmente, con sus tres núcleos de Trastornos: 1) Trastorno Cualitativo de la relación, 2) Alteraciones de la Comunicación y el Lenguaje, 3) Falta de flexibilidad mental y Comportamental (Rivière, 1997); Estas son las tres dimensiones que se incluyen en las definiciones diagnósticas más empleadas en la actualidad dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y la otra es la clasificación del CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (APA 2002).

Por medio del DSM IV TR y el CIE-10 (Cit. en Rivière, 1997), se hace un diagnóstico certero y fiable, éste se centra en objetivos clínicos de educación e investigación, siendo una guía para establecer una evaluación y el diagnóstico de los espectros del Trastorno Autista, mediante criterios establecidos de manera estandarizada. Estas clasificaciones no deben utilizarse como fundamentos rígidos del diagnóstico clínico, ya que siempre tiene que fundamentarse en observaciones rigurosas de las conductas del niño y en una interpretación puntual de su importancia.

La clasificación más utilizada es la del DSM-IV-TR, donde se define al Autismo dentro de los “Trastornos Generales del Desarrollo” (TGD), estos se caracterizan por una perturbación grave y generalizada en varias áreas del desarrollo, las cuales son: Habilidades para la interacción social; Habilidades para la comunicación; Presencia de comportamientos; Intereses y actividades estereotipadas. Estas alteraciones se ven de manera cualitativa en torno al nivel de desarrollo o edad mental de la persona, ya que suelen presentarse en los primeros años de vida y en algunas ocasiones, se asocia al retraso mental y a otras enfermedades médicas. En algunos casos, en la edad adulta, algunas personas con este trastorno pueden desarrollar esquizofrenia (APA, 2002).

Ambas escalas son de carácter internacional, por un lado, el DSM-IV-TR de la APA mencionan que los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD), son, Trastorno Autista, Trastorno Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado y Trastorno de Rett, entre otros. Y el CIE-10, utiliza igualmente el término TGD, por lo tanto se menciona el Autismo Infantil, Autismo Atípico, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno Hipercinéticos con Retraso Mental y Movimientos Estereotipados, Trastorno de Asperger, TGD sin especificación, Trastornos del Desarrollo Psicológico; Trastornos del Desarrollo Psicológico no especificado (Güemes, Martín, Canal y Posada, 2009).

También son considerados, los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD), como trastorno neuropsiquiátrico, porque presentan disfunciones multifactoriales del desarrollo del Sistema Nervioso Central. En el concepto de TGD no solo se

incluyen a los niños y niñas con trastornos específicos, o generales del desarrollo, descritos por las clasificaciones internacionales, como el CIE 10 o el DSM IV (Caballero, 2002), también se engloban a aquellos que presentan un conjunto de síntomas similares situados en un continuum de severidad que va desde el Autismo hasta el Trastorno de Asperger, en los casos más leves.

El Autismo y principalmente el Trastorno de Asperger, se engloba en un grupo más amplio de trastornos que comparten las mismas características clínicas. El Trastorno de Asperger se representa principalmente dentro de los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD), definidos en el DSM-IV-TR. El Autismo tiene una gran variabilidad con respecto a la presencia e intensidad de los síntomas, incluso dentro de las categorías del DSM-IV-TR, lo que sugiere que deben existir varios subtipos como mencionan Plauch y Johnson (Cit. en Güemes, et. al., 2009).

El término Trastornos Generales del Desarrollo (TGD) facilitará la comprensión de la realidad social de estos trastornos e impulsa el establecimiento de apoyos para las personas afectadas y sus familiares.

Para la investigación es imprescindible la utilización de clasificaciones internacionales, el establecimiento de los subgrupos específicos, tales como el Trastorno de Asperger, permite la descripción de sus características, ya que con esta evidencia clínica y a modo de generalidad, para referirnos al Autismo y de ahora en adelante, se usa solo el término Trastornos Generales del Desarrollo (TGD).

### **1.1 Etiología de los trastornos generales del desarrollo**

Es trascendente determinar, que los estudios de los síndromes y hallazgos clínicos de los diversos sub tipos, son importantes para ampliar las posibles causas y/o guiar las investigaciones de los TGD, así los expresan Sigman y Capps (2000), en el siguiente párrafo:

“Además, la identificación de las deficiencias básicas de un trastorno es muchas veces un primer paso en la búsqueda de las causas, mientras que las conceptualizaciones específicas influyen en las aproximaciones utilizadas para determinar la etiología...El modo en que se conceptualiza un trastorno influye en el tipo de características que se van a analizar y en los métodos que van a utilizarse.” p. 202

A través del estudio del origen de los TGD, las hipótesis de los factores ambientales y los componentes bioquímicos, fueron las primeras explicaciones, a estos, actualmente las investigaciones se han vertido hacia dos ramas de estudio: la neurobiología y la genética; donde la psicología encuentra un espacio importante, para generar hipótesis respecto a los orígenes de otros trastornos, como sería la Teoría de la Mente y la Teoría de las Funciones Ejecutivas.

Dentro de los planteamientos teóricos de la genética, la neurobiología y la psicología se pueden visualizar tres rubros que mencionan López, Rivas, Taboada, (2009):

- Causas primarias patógenas (causas de origen genético y anomalías cerebrales del entorno psicológico);
- Identificación de desórdenes fisiológico y psicológicos como rasgos principales de la etiología (organización cerebral diferente, trastornos neurofisiológicos)
- Déficit cognitivos perceptivos y/o sensorio motores.

### 1. Teoría genética.

En las últimas décadas, los avances tecnológicos han permitido la exploración de nuevos campos de la ciencia, esto ha permitido el desarrollo de nuevos descubrimientos, además de comprobar teorías o confirmar evidencias científica, tal es el caso de la genética, que ha encontrado una herramienta poderosa en las nuevas tecnologías, para descifrar cuáles son los componentes genéticos de los diversos trastornos.

En la genética en relación al estudio de los TGD, se han realizado pruebas en hombre y mujeres sobre el riesgo de recurrencia en hermanos, donde el hijo mayor es diagnosticado con el Trastorno de Asperger, además de investigaciones en gemelos diagnosticados con algún tipo de TGD (Wicks e Israel, 2000) así como estudios de cariotipo y genética molecular de ciertos síndromes, como el estudio de la delección o anomalía estructural cromosómica que consiste en la pérdida de un fragmento de ADN de un cromosoma y duplicación de la región 15q11-q13 y el síndrome de X frágil en casos con retraso mental (Artigas, Gabau y Guitart, 2005), los cuales consisten en saber si hay factores genéticos determinantes en la posesión de algún Trastorno, el estudio de estos tópicos nos muestra la importancia de los Factores Genéticos en el desarrollo del Sistema Nervioso sobre todo en los primeros meses del desarrollo embrionario como señala Gillberg (Cit. en López, et. al., 2009).

Se considera una media entre 2 o 4, hasta 10 genes o más, como señalan Cook; Smalley; Arsanow, Spencer y Smal (Cit. en López, et. al., 2009 y Artigas, et. al., 2005), que la persona debe heredar estos genes para expresar el fenotipo de los TGD, con un modo complejo y variado de transmisión, donde se encuentran otras anomalías asociadas de formas diversas. Con lo anterior se sugiere que son varios los genes que actúan independientemente en los TGD.

Artigas, Gabau y Guitart (2005), explican que existen ciertas zonas de peso importantes en los cromosomas para los TGD, las cuales son: la región 7q31-q33 con importante implicación en el lenguaje, alteraciones de locus en la región 15q11-q13, cierta variedad elica, en el gen transportador de la serotonina 17q11-

q22, el gen receptor de la oxitócica en la región 3p25-p26 y otros candidatos son los genes FOXP2, RAY 1/ST7, IMMP2L Y RELN en la región 7q22-q33, todos estos genes afectados están relacionados de manera directa al Autismo Idiopático, el cual no comparte rasgos con otros trastornos o síndromes, sin embargo hay patologías relacionadas que tienen componentes similares y que son de orden genético, como la fenilcetonuria, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, síndrome de X frágil (esta última incluida en el abanico de los TGD ) y otros síndromes congénitos (López, et. al., 2007)

También existen otros síndromes de base genética relacionados a los TGD, por ejemplo: la delección y duplicación de la región 15q11-q13, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman, inversión-duplicación 15q11-q13, permutación SXF, Síndrome de Williams, Síndrome de Rett, delección 2q37.3, Síndrome de XYY, Síndrome de Smith-Lemli-Opitz, Síndrome de Apert, mutación del gen ARX, Síndrome De Lange, Síndrome de Smith Magenis, Síndrome de Noonan, Síndrome de Down, Síndrome de velocardiofacial, distrofia miotónica (enfermedad de Steinert), complejo esclerosis tuberosa, enfermedad de Duchenne, síndrome de Timothy, delección terminal 10p, Síndrome de Cowden, mosaicismo 45.X/46.XY, Síndrome de Myhre, Síndrome de Sotos, Síndrome de Cohen, Síndrome de Goldenhar, Síndrome de Joubert, Síndrome de Lujan-Fryns, Síndrome de Moebius, Hipomelanosia de Ito, neurofibromatosis tipo 1, síndrome de Charge, Síndrome de Headd. Dado que en la gran mayoría de estos síndromes mencionados se comparte criterios clínicos del diagnóstico de los TGD (Artigas, et. al., 2005).

## 2. Teoría neurobiológica.

- **Estudios de alteraciones neuroquímicas y metabólicas.**

Se han encontrado hallazgos en estudios del metabolismo serotoninérgico (sobre todo en niveles en sangre) y en los receptores de serotonina relacionados al gen transportador de la serotonina, que se asocian al retraso mental y a síntomas conductuales del autismo (López, et. al., 2007), también se presenta en el eje hipotálamo-hipofisario, generando trastornos de sueño recurrentes en los TGD, el papel de la oxitócica en la conducta social, efectos del estrés en la función y estructura del cerebro, y del hipocampo. Las enfermedades metabólicas del sistema nervioso central son raras como causa del TGD, sin embargo se considera que su identificación es importante para lograr un mejor manejo dentro del tratamiento específico (Artigas, et. al., 2005)

- **Teoría neuroanatomía y neurofisiológica.**

Dentro de los factores neurobiológicos de los trastornos de comunicación relacionados con el TGD, se analizan en los hallazgos neuroanatomopatológicos, de neuroimagen, neuroquímicos y neurofisiológicos, relacionados a la sintomatología de los TGD (Cornelio, 2009).

Bauman y Kemper (Cit. en Abad, Etchepareborda, Hernández, Mattos, Mulas, Téllez, 2005) investigaron y generaron grandes hallazgos al estudio de la neuroanatomía, encontrando neuropatologías consistentes en el sistema límbico (hipocampo, amígdala, cuerpo mamilar, giro cingulado anterior y núcleo del septo) y en los circuitos cerebelosos en los cerebros de personas con TGD.

Ambos encontraron, que las células del sistema límbico son pequeñas en tamaño y están aumentadas en número por unidad de volumen, como si se tratara de muerte neuronal programada, para lo cual se postula una reducción del desarrollo madurativo del sistema límbico. En el cerebelo se mostró una disminución del número de células de Purkinje, especialmente en el neocerebelo posterobasal y en la corteza adyacente arquicerebelosa (porción posterior e inferior del cerebelo). Un hallazgo interesante es que el núcleo olivar inferior no mostró la pérdida neuronal retrógrada esperada, esto sugiere que lo que haya sucedido en el cerebro de individuos con autismo ocurrió durante las 30 semanas de gestación intrauterina, antes de que se estableciera la conexión entre la oliva y las células de Purkinje. (Abad, et. al., 2005).

Otros datos relevantes de la neuroanatomía encontrada en personas con TGD son las siguientes; el peso del cerebro en niños con TGD menores de 12 años es mayor al de otros niños de su edad que se encuentran en la norma, y el peso de los adultos con TGD es levemente inferior, entre 100 o 200 gr. que los esperados por edad y sexo como señala Bailey, y et. al. (Cit. en Abad, et. al., 2005), además se encuentran irregularidades en el lóbulo frontal, estas pueden estar relacionadas con anomalías cerebelosas ya establecidas; aunado a una actividad neuronal anormal en las proyecciones cerebelo tálamocorticales, pudiendo ser la causa del mal desarrollo del lóbulo frontal y de otras regiones que reciben el estímulo.

En otras investigaciones con estudios de neuroimagen, neurobiquímicos y neurofisiológicos, se postula una posible disfunción en el sistema de neuronas espejo, las cuales son: un conjunto de neuronas que controlan nuestros movimientos, y responden de manera específica a los movimientos e intenciones de movimiento de otros sujetos, participando en la generación de nuestros propios movimientos. Se denominan de carácter bimodal, siendo visuales y motoras, lo sorprendente de esto es que no se inclinan hacia una modalidad exclusiva, sino más bien, son de carácter dual, por este motivo se cree que desempeñan un papel crucial en la capacidad de comprender de forma casi inmediata los movimientos, las acciones y las intenciones de los demás.

En otros hallazgos sorprendentes se han descubierto neuronas espejo en áreas relacionadas con la expresión emocional, esto parece constituir la base de nuestra comprensión, de lo que le sucede a los demás, relacionado con la empatía, encontrando en el lóbulo temporal una región relacionada con el reconocimiento de rostros que se activa de forma específica cuando planificamos ciertos movimientos o cuando vemos a otros realizarlos (Cornelio, 2009).

La primera evidencia de disfunción en el sistema de neuronas espejo en personas con TGD fue descubierta por un grupo de investigadores liderado por Ramachandra Oberman (Cit. en Cornelio, 2009) en la Universidad de California, donde se estudió a un grupo de niños con TGD con electroencefalograma, presentando éstos supresión del ritmo cuando observaron a personas realizar actos motores, sugiriendo que no hay activación adecuada del sistema de neuronas espejo, la cual incapacita el reconocimiento empático de las conductas de otros.

### 3. Teoría psicológica.

En esta área de la ciencia las últimas investigaciones se han tornado hacia la incapacidad de las personas con autismo por establecer un contacto e interacción adecuadas con el entorno social que les rodea, los estudios realizados en las áreas de la neurociencias, indagan el porqué de la incapacidad social, de esta manera los estudios realizados a partir de la década de los 90's se han vertido en el ámbito cognitivo proveniente de los estudios neurofisiológicos (Sigman y Capps, 2000) y con esto han desarrollado la Teoría de la Mente (ToM) y la Teoría del déficit las Funciones Ejecutivas (FE).

La Teoría de la Mente (ToM), es la capacidad humana que nos permite realizar la actividad mental, atribuir creencias, deseos, emociones, intenciones a los demás y a nosotros mismos, esta función es considerada un proceso psicológico superior, permitiendo realizar inferencias, acerca de la conducta de otros, leer sus mentes, interpretar las intenciones o realizar predicciones sobre su curso de acción (Valdez, 2007).

En el año 2006 Servergnini (Cit. en Mebarak, Martínez y Serna, 2009) definió a la ToM, como la capacidad para ponerse en el lugar del otro, e interpretar lo que el interlocutor está pensando, proceso que se genera de forma natural, el cómo hablar, permite deducir los pensamientos y sentimientos de otras personas, los cuales son revelados a través de los gestos, las expresión facial y el tono de voz.

En los TGD, se ve afectada esta función, siendo un déficit de la modularidad cognitiva, la causa de las siguientes conductas, que presentan una ausencia del control de estas funciones, como señala Pacherie (Cit. en López, Rivas y Taboada, 2009), las cuales son:

- a) Dificultades para predecir correctamente las creencias de otras personas
- b) Problemas específicos para comprender deseos sencillos y predecir los deseos de otros.
- c) Se muestra poco o nulo juego de ficción espontáneo.
- d) Dificultad para distinguir estados mentales y físicos, lo mismo para entender funciones de corte mentalista.

La Teoría de la Función Ejecutiva (FE), plantea en palabras de Ozonoff (Cit. en Repeto, 2006), que existen dificultades o problemas en la capacidad para mantener la atención en un medio, generar soluciones a problemas con un

objetivo futuro, esto incluye conductas que formen planes, control de impulsos en tareas específicas, inhibir respuestas irrelevantes, mantener una acción constante, búsqueda organizada, flexibilidad de pensamiento y de acción.

Hay algunas alteraciones en el comportamiento, que se relacionan con un déficit en la función ejecutiva como son: conductas repetitivas o estereotipadas, rutinas y/o rituales, intereses restringidos e idiosincráticos, inflexibilidad, rigidez del pensamiento y la acción, falta de orientación hacia el futuro, no anticipación de consecuencias de la conducta a largo plazo, falta en control de impulsos, incapacidad para inhibir respuestas preestablecidas, comportamientos perseverantes.

En el caso de las personas con TGD, este déficit en la función ejecutiva es la causa de los siguientes problemas, como mencionan Sainz Alonso y Adrover (Cit. en Repeto, 2006):

- Problemas con tareas de organización.
- Atención a aspectos irrelevantes en la realización de una tarea.
- Problemas con pensamiento conceptual y abstracto.
- Literalidad en la comprensión de enunciados en tareas.
- Dificultades con el cambio de entorno de la tarea.
- Falta de iniciativa en la resolución de problemas.
- Falta de transferencia de conocimiento nuevo aprendido.
- Falta de sentido de lo que se está haciendo.

#### 4. Otras teorías de explicación.

En la actualidad se han desarrollado teorías que intentan explicar las causas u orígenes de los TGD, sin embargo algunas carecen de suficiente sustento teórico, por lo cual no son tomadas en serio, dado que sus estudios no ofrecen datos concluyentes un ejemplo de estas son las que exponen López, Rivas y Taboada, (2009) a continuación:

- Page maneja las radiaciones ambientales, carencias nutricionales y vitamínicas asociadas a trastornos metabólicos como causa del TGD.
- Whiteley, Rodgers y Shattock asocian a los procesos bioquímicos alterados, que afectan la digestión y absorción de ciertos alimentos, como el gluten y la caseína, como su causa.
- Courchesne al déficit en el crecimiento cerebral.
- Burger y Warren a la contaminación ambiental, deficiencias inmunes y toxinas patógenas, que afectan el cerebro.
- Croonenberghs a las altas concentraciones de albúmina y gammaglobulina en sangre.
- El equipo de Fein y Rodier atribuyen las causas a la exposición de determinadas sustancias, como la talidomida, pitocina, oxitócica, durante estadios tempranos de la formación cerebral,

Todo lo anterior, solo por mencionar los que más se manejan en la actualidad en relación a los TGD, nos muestra que los TGD, tienen sus orígenes de forma multicausal, así que la conclusión de lo que origina al mismo no está definida, incluso algunos estudios no llegan a ser concluyentes, en algunos casos.

## **1.2 Tipos de los Trastornos Generales del Desarrollo.**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado, DSM IV- TR (conocido así por sus siglas en inglés) (APA, 2002), plantea dentro de los Trastornos Generales del Desarrollo, una gama de trastornos, los cuales son integrados por características que comparten con su tópico principal, por lo tanto se aclaran sus diferencias, poniendo los cuadros completos con sus características para su diagnóstico.

A continuación se describe los trastornos que integran la gama de los TGD los cuales, cabe mencionar que se tomara de manera textual los cuadros de criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002), para después describir algunos aspectos propios de cada una.

### *Trastorno autista.*

Criterios para el diagnóstico.

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1) (2) y (3), con por lo menos dos de (1) y uno de (2) y de (3).
- (1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
  - (a) Importantes alteraciones del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
  - (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
  - (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrute, intereses y objetivos (p. ej. no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
  - (d) Falta de reciprocidad social o emocional.
- (2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
  - (b) En sujetos con un habla adecuada, alteraciones importantes de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
  - (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrático.
  - (d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- (a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
  - (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
  - (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
  - (d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparecen antes de los 3 años de edad. (1) interacción social. (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

### Trastorno de Rett.

#### Criterio para el diagnóstico

- A. Todas las características siguientes:
- (1) Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
  - (2) Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
  - (3) Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- B. Aparición de todas las características siguientes después del periodo de desarrollo normal:
- (1) Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.

- (2) Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
- (3) Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
- (4) Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
- (5) Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

### Trastorno desintegrativo infantil.

#### Criterios para el diagnóstico.

- A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriormente al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad), por lo menos dos de las siguientes áreas.
  - (1) Lenguaje expresivo receptivo
  - (2) Habilidades sociales o comportamiento adaptativo.
  - (3) Control intestinal o vesical.
  - (4) Juego.
  - (5) Habilidades motoras
- C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
  - (1) Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteraciones de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social y emocional).
  - (2) Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia del lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).
  - (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, en los que se incluye estereotipias motoras y manierismos.
- D. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

### Trastorno Generales de Desarrollo no especificado (incluye Autismo Atípico).

Esta categoría descrita en el DSM-IV-TR (APA, 2002) debe utilizarse cuando exista una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social reciproca o de las habilidades de comunicación verbal o no verbal, es decir, cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipada, pero no se cumple con los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, tales como esquizofrenia o trastornos esquizotípicos de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación, un ejemplo es el autismo atípico caso que no cumple un trastorno autista por edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal o por todos estos hechos a la vez.

### **1.3 Características del Trastorno de Asperger**

El Trastorno de Asperger es conocido como parte de los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD), cuyas características son descritas en un inicio por Wing y Cold (Cit. en Caballero, 2002) presentando una triada de afecciones en el área social como son:

- 1) Dificultades en la relación social, así como en la interacción social.
- 2) Dificultades en el área comunicativa: disminución de la comunicación verbal y no verbal.
- 3) Dificultades en la esfera imaginativa: afectando el juego, a los intereses y el entendimiento con los otros.

Lo que distingue el Trastorno de Asperger, es la habilidad en el lenguaje y más raramente, la coexistencia del desorden con la incapacidad de aprendizaje y dificultades en el área psicomotora.

Por lo regular son niños con campos de interés reducidos y absorbentes, buenos con habilidades de memoria, algunos destacan en áreas matemáticas y presentan conocimientos del medio, usan el lenguaje de manera extravagante y toman los significados de manera literal, de lo que oyen o leen, se desenvuelven mejor en rutinas y ambientes estructurados, tienen poca o nula tolerancia a la frustración, provocando así un mal comportamiento, debido a que tienen la inhabilidad de comunicar sus frustraciones o ansiedades (Caballero, 2002).

El trastorno de Asperger, está más inclinado a afectación de las relaciones sociales, perturbando severamente la disposición y capacidad del individuo para integrarse en el mundo de las relaciones interpersonales, adaptarse a las demandas de la sociedad, de esta manera Caballero (2002) nos expone que la afectación básica podría darse en:

- Alteración primaria de la interacción social. Dificultad para formar amistades verdaderas, fracaso en el uso y comprensión adecuados de las pautas no verbales de la comunicación, ausencia de reciprocidad social y emocional
- Rigidez mental y comportamental. Actitud poco flexible ante los cambios, rituales de naturaleza elaborada y poco funcionales, intereses inusuales, movimientos repetitivos y estereotipados
- Características del lenguaje y de la comunicación. No comprenden el significado de muchos aspectos de su ambiente, no es capaz de anticiparse a hechos o vivencias, no entiende gestos ni expresiones faciales, buen desarrollo verbal, dificultad en la expresión de afectividad y emociones.

El Trastorno de Asperger, presenta limitaciones para comprender el mundo mental de las demás personas y estas dificultades se dan en las siguientes áreas de comprensión del mundo, como:

- Predecir la conducta de otros.
- Darse cuenta de las intenciones de los demás.
- Conocer las razones que guían la conducta de otras personas.
- Explicar sus propias conductas.
- Entender sus propias emociones y las de los demás.
- La consecuencia de sus conductas, respecto hacia la afectación que generan en otras personas.
- Influencia de lo que pueden pensar de él.
- Dar información, así como el nivel de entendimiento con su interlocutor respecto hacia algún tema.
- Comprender el grado de interés del interlocutor sobre el tema de conversación que está llevando en determinado momento.
- Anticipar lo que los demás piensan de su comportamiento.
- Mentir.
- Comprender el engaño.
- Comprender las interacciones sociales cómo respetar turnos; seguir temas de conversación y contacto ocular adecuado. (Freire, Llorente, González, Marto, Martínez, Ayuda, y Artigas, 2004).

Para la teoría de las Funciones Ejecutivas, el déficit se observan en los comportamientos diarios de las personas con Trastorno de Asperger, tales como:

- Organización (a la hora de organizarse y secuenciar los hechos para la resolución de problemas)
- Ideación de planes y ejecución guiada de su comportamiento
- Comenzar y terminar actividades
- Toma de decisiones
- Carencia de flexibilidad de perspectivas sobre situaciones, en diferentes momentos, lo que se denomina como rigidez mental
- Poca resistencia a la distracción e interferencia

- Escasa habilidad de organizar el tiempo y el manejo del mismo. (Freire, et. al., 2004).

Dentro de la perspectiva neuropsicológica, también se plantea la Teoría de la Disfunción del Hemisferio Derecho propuesta por Klin, et. al. (Citado en Freire, et. al., 2004) explican que algunos rasgos nucleares del Trastorno de Asperger, están asociados a una disfunción del hemisferio derecho, dado que este hemisferio desempeñan las funciones de procesamiento de información visoespacial y relacionan la expresión e interpretación de la información emocional, como el reconocimiento, comprensión de gestos, expresiones faciales, regulación de la entonación y prosodia para la expresión verbal de los mismos.

Todos estos aspectos juegan un papel importante en el dinamismo de las interacciones entre los seres humanos, así las consecuencias de una disfunción en este hemisferio, pueden generar las siguientes dificultades:

- Dificultad para captar el significado de la información emocional a través de canales no verbales.
- Presencia de respuesta emocional exagerada o poco coherente con el contexto.
- Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.
- Limitación en la habilidad de organización visoespacial,
- Pobre rendimiento en tareas de integración de información viso-motora.
- Limitación en habilidades de relación social. (Freire et al, 2004).

Los criterios diagnósticos del DSM–IV–TR serían los siguientes para lograr un diagnóstico diferencial y preciso:

### Trastorno de Asperger.

Criterios para el diagnóstico.

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
  - (1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, postura corporal y gestos reguladores de la interacción social.
  - (2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel del desarrollo del sujeto.
  - (3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
  - (4) Ausencia de reciprocidad social o emocional.

- B. Patrones de comportamiento, interés y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características.
- (2) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados o restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por un objeto.
  - (3) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
  - (4) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo).
  - (5) Preocupaciones persistentes por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general de lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo, ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamientos adaptativos (distinto de la interacción social) y curiosidad del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni esquizofrenia.

De esta manera la integración de toda esta información nos da una clara perspectiva de cómo se manifiesta en el Trastorno de Asperger y cuáles son los problemas que se presentan.

## 2. Definición y Teoría de las Emociones.

Como hemos visto a lo largo del capítulo anterior, uno de los criterios diagnósticos de los TGD y más concretamente del Trastorno de Asperger (TA), consiste en la falta de interés o restricción de habilidades para la interacción en la esfera social. La base de las interacciones sociales son el entendimiento de lo que expresan los demás, y a su vez, las expresiones emocionales que acompañan estas interacciones.

En las relaciones sociales siempre se presentan las emociones como elemento primigenio de las mismas, de esta manera, se entiende que son un componente regulador o interventor del desarrollo a nivel social, con este enunciado, se da pie a explicar las emociones, para ir profundizando en la investigación, desarrollo o déficit de la misma, en el Trastorno de Asperger (TA).

Definir las emociones, es de suma importancia, ya que existen explicaciones desde varios ámbitos teóricos, como son la filosofía, la psicología, la fisiología, la sociología entre otras, las cuales tratan de explicar las emociones desde su propia perspectiva.

Arias (2008) define a las emociones como la “Reacción afectiva intensa de aparición aguda y de breve duración, determinada por un estímulo ambiental. Su aparición provoca una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico”.

Esto quiere decir, que posee una injerencia importante, en el estado somático o fisiológico y afecta funciones como la circulación, respiración, digestión y secreción, a nivel motor detona hipertensión muscular, a nivel sensorial reacciones como trastornos de oído y de vista. En las reacciones viscerales se observa la pérdida momentánea de control neurovegetativo y una incapacidad temporal (a este mismo nivel) como consecuencia de la abstracción del contexto emocional.

Las reacciones psicológicas se manifiestan, por medio de la reducción del control propio, propiciando dificultad de articular acciones y reflexiones, disminución de la capacidad de la autorregulación de las emociones, donde las emociones se ven afectadas, a través de ser demostradas, por reacciones expresivas, como son, la mímica facial, las actitudes corporales y las formas habituales de comunicarse.

La estructura de las emociones se da en tres fases según Arias (2008)

1. La Percepción: encargada de darse cuenta de las situaciones detonantes o evocación de las mismas, generando una desestabilización.
2. La Internalización: caracterizada por un estado de tensión hacia los esquemas propios de la persona, como referencia a la situación y a su vez potenciando nuevos aprendizajes, que serán insertados en los esquemas del sujeto.

3. La Disminución: donde entran los mecanismos homeostáticos que reestructuran esquemas de respuesta, produciendo distensión como ganancia potencializada.

Otra definición que va más apegada al dogmatismo psicológico, dentro de la teoría cognitiva, es la de Ortony, Clore y Collins (1996) indicando a las emociones como: "Reacciones con valencia, ante acontecimientos, agentes u objetos, la naturaleza particular de las cuales viene determinado por la manera como es interpretada la situación desencadenante". De esta manera las emociones tienen varios aspectos, como sentimientos y experiencias, fisiología y conducta e incluyen cognición y conceptualizaciones.

Por lo tanto existen clasificaciones en base a los principios de ordenación (Arias 2008) que se acogen en diversas disciplinas, los cuales son:

1) Principios Lógicos: Es un criterio realizado a nivel filosófico donde entran las explicaciones teóricas desde Aristóteles hasta la filosofía contemporánea, pasando por los criterios como la relación que tienen con el aparato cognitivo que se modifica por la persuasión, hasta la intención para establecer una relación con el mundo después de una inesperada desestructuración como menciona Sartre, confirmando la naturaleza del hombre original intencionada hacia un mundo.

2) Principios Psicológicos: Este es clasificado a partir de la evidencia comportamental de las emociones, es un proceso de adaptación o de desadaptación, ante las situaciones, donde varios autores los han definido, por ejemplo:

- Osgood establece los siguientes criterios; 1) Placer (P), 2) Activación (A) y 3) el Control (C) de la situación, donde realiza combinaciones que son importantes para generar emociones como: la felicidad, complacencia, repugnancia, horror, etc.
- Plutchik cataloga las emociones basándose en procesos adaptativos de comportamiento, por lo que estarán: 1) el miedo (protección), 2) la rabia (destrucción), 3) la tristeza (reintegración), 4) la felicidad (reproducción), 5) La aceptación (afiliación), entre otras.

Izard deriva a partir de las emociones primarias las emociones complejas, de estos modelos paradigmáticos se identifican emociones primarias fundamentales de cuya combinación nacen las complejas y así sus atributos fundamentales crean diversas combinaciones, de las cuales nacen las diferentes emociones, donde sus criterios son empíricos.

3) Principios Sociológicos: En este rubro las emociones se consideran en relación con las ideologías, la ratificación y el esfuerzo de las convicciones de grupo, con la frecuencia de determinadas emociones según lo social, la cultura de pertenencia, una organización jerárquica o igualdad social

4) Principios biológicos: Aquí se consideran las emociones en relación con los sistemas biológicos a los que se vinculan, donde se puede tener un mayor grado de objetividad y un menor grado de indicador de sentido. Las clasificaciones de Afax. Se proponen a nivel de indicadores fisiológicos en respuesta a la emoción (velocidad y pulso, latido cardíaco, respiración, temperatura de la cara, temperatura de las manos, reflejo cutáneo galvánico, corriente de acción muscular registrada arriba de los ojos), para después identificar la emoción.

Estos principios que se dan de las diversas disciplinas atienden a teorías divergentes, las cuales explican e interpretan las emociones de la siguiente manera: (Arias 2008)

- Teoría de Darwin. Ofrece una interpretación evolucionista de las emociones basándose en tres principios; 1) de las costumbres asociadas; 2) el principio de la antítesis; y 3) la acción directa del sistema nervioso. Este puede justificar la hipótesis de que en las emociones existen elementos primitivos como el control, que ejercen sobre las partes más antiguas del cerebro
- La teoría de James-Lange: Se basa en la respuesta somática de las percepciones subjetivas de las emociones, subraya el fenómeno de retroalimentación o feedback de las respuestas somáticas desencadenadas por las emociones. Esta teoría es plausible porque reconoce la emoción desde la respuesta fisiológica.
- Teoría Funcionalista: Es elaborada por Dewey, el cual integra la teoría de Darwin y la de Lange, interpretando las emociones como funciones psíquicas que permiten una valoración de las situaciones ambientales en función de su adecuación. En esta misma Janet define la emoción como reacción del fracaso describiéndola así como una forma de comportamiento no adaptativo. Angell sostiene que las emociones están en relación con el organismo físico y vinculado con la estructura del cuerpo, mediante la herencia que permiten protección y ventajas sin la reflexión, un aspecto común entre las teorías funcionalistas es que el significado de las emociones no esté en su descripción o en la relación con el ambiente, sino en la conciencia o en el sistema nervioso.
- Teoría Gestalt: Interpreta las emociones como el efecto interpretativo de la percepción, ya que siempre es un atributo del significado y cuando un estímulo provoca la emoción, es por default, una atribución de significado como menciona Koffka.
- Teoría Conductista: Interpreta las emociones como respuesta periférica del organismo a estímulos periféricos, Watson identifica tres emociones fundamentales, 1) miedo, 2) cólera, 3) amor; Todas las demás emociones

se dan en el organismo mediante un proceso de condicionamiento, a partir de las tres emociones primarias interpretada a través de respuestas periféricas a estímulos periféricos.

- Teoría Homeostática: Canon asigna al Sistema Nervioso Central la función como mecanismo de la emoción, a una estimulación excesiva, dará como respuesta una cantidad de energía potencial que permitirá la preparación a reacciones intensivas adecuadas, sin separarse de una desorganización de comportamientos debidos a la liberación energética.
- La Teoría de la Activación: Arnold y Lindsley sostienen que el estímulo determina una excitación, que tiene un efecto doble y simultáneo, que provoca una actitud emotiva y libera esquemas dinámicos hipotalámicos, que se manifiestan a nivel periférico donde las alteraciones se perciben como estímulos iniciales, y cuando rebotan modifican la actitud emotiva, que tiene sede en la corteza.
- Teoría Perceptivo-Motivacional: Toma de la teoría de activación, que la emoción no es solo pasión sino acción, que a su vez es organización, lo que permite la construcción de una secuencia percepción - valoración - emoción - manifestación, Leper expresa en tres principios la secuencia:
  - Percepción-valoración: no acentúa el carácter de ruptura de las emociones como procesos emotivos exclusivos sino que organiza los comportamientos que se relacionan a este.
  - Emoción: Reflejada en comportamiento motivados.
  - Manifestación: De la motivación íntimamente relacionada con la percepción de la situación.
- Teoría Fenomenológica: Toma la relación emoción – motivación, basada en el principio de que el hombre vive en un mundo con sentido, un sentido que la emoción vuelve incierto y la motivación reconstruye a partir del núcleo de certeza, que permite dirigirse hacia los objetos. Por medio de la interacción de estos dos momentos, el sujeto percibe su límite (emoción), como relación (búsqueda de sentido o motivación).
- La Teoría Psicoanalítica: Explica que las emociones son afectos unidos a las ideas y que su presencia altera el equilibrio psíquico e interfiere en la adaptación, así se sabe de la parte crucial de la afectividad en la organización y la facilitación de muchas funciones del yo, como señala Freud.
- La Teoría de Conjunto: I. Mate Blanco considera la emoción como el producto de un estímulo que se percibe como externo y provenga del cuerpo, porque en cuanto al objeto de percepción, nuestro cuerpo nos es extraño, el estímulo externo es pasado por el pensamiento de emoción que difiere del pensamiento de vida ordinaria en tres características las cuales

son; 1) la generalización, 2) la maximización y 3) la irradiación. La identidad entre individuo y clase es la manera propia de pensar del inconsciente, de modo que la emoción es el pensamiento consciente que piensa “por colección de conjuntos infinitos”.

- La Teoría Cognitiva. Esta se tomará como fundamento para este trabajo. En ella se argumenta que la respuesta emocional no se debe buscar en la reacción fisiológica o conductual, exclusivamente, porque estos son subprocesos de la valoración cognitiva de la información que se integra, unida al significado que subjetivamente atribuimos a las experiencias que tenemos.

Pribram (Arias, 2008) relaciona la experiencia y el equilibrio como planos de comportamientos que son importantes para el entendimiento del mundo, y cuando existe un desequilibrio, no hay planos apropiados de respuesta a nuevas experiencias, es cuando surgen comportamientos más básicos de reacción que vienen desde la actividad biológica, los cuales se usan para obtener el equilibrio y hacerse de nuevos planos.

Por lo tanto las emociones no solo están relacionadas con la actividad cognitiva, sino con necesidades biológicas para las cuales las habilidades cognitivas evolucionaron, en palabras de Plutchik (Arias, 2008) dice *“hacer posible que el organismo elabore un mapa de su ambiente y prediga el futuro con referencia al significado emocional o motivacional de los acontecimientos circunstanciales”*, esto muestra que la hipótesis de que los procesos cognitivos se desarrollan en el interior, a partir de experiencias emocionales.

Dentro de esta misma disciplina está el sustento teórico de Ortony, Clore y Collins (1996), dentro del cual se maneja un análisis global en donde las emociones se dividen en tres clases generales de reacción las cuales son:

- (1) Hacia acontecimientos
- (2) Hacia agentes y
- (3) Hacia a objetos.

El análisis de las emociones individuales especifica condiciones desencadenantes de cada emoción y las variables que afectan a la intensidad de cada una. Habiendo cuatro clases principales de pruebas en relación con las emociones siendo estas:

- (1) El lenguaje
- (2) Los informes personales
- (3) La conducta y
- (4) La fisiología,

Estas dos últimas interesan a las consecuencias de los estados emocionales, pero no a sus orígenes, que se basan en las interpretaciones cognitivas de los acontecimientos.

De lo anterior se toma las siguientes clasificaciones: agentes (personas), acontecimientos (situaciones) y objetos (cosas o lugares), da lugar a tres clases de emociones como:

- Contento frente a estar disgustado (reacción ante acontecimientos)
- Aprobación frente a desaprobación (reacción ante agentes)
- Agrado frente a desagrado (reacción ante objetos),

Con lo anterior, puede haber una graduación, que se puede evocar por orden: primero reacción ante acontecimientos, luego ante agentes y finalmente ante objetos. Así las emociones se pueden presentar en grupos cuya estructura intragrupal es muy simple mientras que la estructural intergrupal no lo es.

Las emociones tienen alguna función que les otorga utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas, con independencia de la cualidad placentera que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal (Ortony, Clore y Collins, 1996).

Según Reeve (Cit. en Chóliz, 2005), la emoción tiene tres funciones principales como:

- a) Funciones adaptativas.
- b) Funciones sociales.
- c) Funciones motivacionales.

a) Funciones adaptativas.

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandole la energía necesaria para ello, dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. Plutchik (Cit. en Chóliz, 2005) destaca ocho funciones principales de las emociones y establece un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde, de esta manera será más fácil sistematizar este proceso y poder aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción.

La correspondencia entre la emoción y su función se refleja en el siguiente cuadro (Cuadro 1):

<b>Lenguaje subjetivo</b>	<b>Lenguaje funcional</b>
1. Miedo	Protección
2. Ira	Destrucción
3. Alegría	Reproducción
4. Tristeza	Reintegración
5. Confianza	Afiliación
6. Anticipación	Exploración
7. Asco	Rechazo
8. Sorpresa	Exploración

Cuadro 1 Lenguaje objetivo y funcional de las emociones

La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo ya fue puesta de manifiesto por Darwin (Cit. en Chóliz, 2005) objetó que las emociones sirven para facilitar la conducta apropiada, dándole un papel relevante en la adaptación. No obstante, las emociones son uno de los procesos menos sometidos al principio de selección natural, estando gobernados por tres principios exclusivos de las mismas.

Los principios fundamentales que rigen la evolución en las emociones son: 1) hábitos útiles asociados, 2) antítesis y 3) acción directa del Sistema Nervioso. Los investigadores que se centran en el análisis de las funciones adaptativas de las emociones, ponen especial interés en el estudio de la expresión de las mismas, por medio de análisis diferencial de las emociones básicas, estudios transculturales de las emociones y funciones específicas que representan (Chóliz, 2005).

#### b) Funciones sociales.

Una de las funciones principales de las emociones en el ámbito social consiste en facilitar la aparición de conductas apropiadas, por tanto, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor, en los procesos de relación interpersonal. Izard (Cit. en Chóliz, 2005), destaca varias funciones sociales de las emociones, como son:

- Facilitar la interacción social.
- Controlar la conducta de los demás.
- Permitir la comunicación de los estados afectivos.
- Promover la conducta prosocial.

Emociones como la felicidad, favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar repuestas de evitación o de confrontación. La expresión de las emociones puede considerarse como una serie

de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

La propia represión de las emociones también tiene una evidente función social. En un principio se trata de un proceso claramente adaptativo, que es socialmente necesario, la inhibición de ciertas reacciones emocionales podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura social, el funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social. En algunos casos, la expresión de las emociones puede inducir altruismo y conductas prosociales, mientras que la inhibición de otras puede producir malos entendidos y reacciones indeseables, que no se hubieran producido en el caso de haber conocido el estado emocional en el que se encontraba la persona. (Chóliz, 2005).

En algunos casos las experiencias emocionales son saludables y beneficiosas, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición como señalan Pennebaker, Colder y Sharp e incluso favorece la creación de una red de apoyo social ante la persona afectada como mencionan House, Landis y Umberson, ya que los efectos sobre los demás, pueden llegar a ser perjudiciales, comprobado por la evidencia, que aquéllos que proveen apoyo social al afligido, sufren con mayor frecuencia trastornos físicos y mentales como mencionan Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman y Greden (Cit. en Chóliz, 2005).

### c) Funciones motivacionales

La relación entre emoción y motivación es estrecha, se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad.

Una conducta emocional motivada se realiza de forma más contundente, cuando la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria de cada experiencia, así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría, la atracción interpersonal, la sorpresa, la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otra parte, dirigen la conducta y guían su experiencia, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada, en función de las características que brinden mayor estabilidad. (Chóliz, 2005).

La función motivacional de la emoción será congruente con la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: dimensión de agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva.

La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción, facilita la aparición de ciertas conductas motivadas y no otras.

## EMOCIONES BÁSICAS.

Una de las cuestiones teóricas actuales más controvertidas en el estudio de la emoción es la existencia, o no, de emociones básicas universales, de las que se derivarían el resto de las reacciones afectivas. La evidencia de la existencia de tales emociones básicas deriva directamente de los planteamientos de Darwin y significaría que se trata de reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los seres humanos y que se expresan de forma característica.

La diferencia entre las mismas, no podrían establecerse en términos de gradación en una determinada dimensión, sino que serían cualitativamente diferentes. Según Izard (Cit. en Chóliz, 2005), los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son los siguientes:

- Tener un sustrato neural específico y distintivo.
- Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
- Poseer sentimientos específicos y distintivos.
- Derivar de procesos biológicos evolutivos.
- Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas.

Este mismo autor, señala que las emociones que cumplen estos requisitos son: placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio. Considera como una misma emoción culpa y vergüenza, dado que no pueden distinguirse entre sí por su expresión facial. Por su parte, Ekman (Pinel, 2001), en su estudio sobre las emociones, considera que son seis las emociones básicas (ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo), a las que añadiría posteriormente el desprecio.

En general, algunos argumentan que la teoría de las emociones básicas, tratan de procesos directamente relacionados con la adaptación, la evolución y que tienen un sustrato neural innato y universal, así como un estado afectivo único asociado. Para Izard, así como para Plutchik, (Cit. en Chóliz, 2005), las emociones son fenómenos neuropsicológicos específicos, fruto de la selección natural, que organizan y motivan comportamientos fisiológicos y cognitivos que facilitan la adaptación.

La existencia de las emociones básicas es un tema controvertido, ya que no existe todavía el suficiente consenso entre los investigadores, cada autor propone un número y unas emociones determinadas que no suelen coincidir con las que proponen otros investigadores, a este aspecto Ortony y Turner (Cit. en Chóliz, 2005), señalan que no existe una gran gama de emociones básicas; y que solo se expresan en 2 divisiones, a partir de las cuales, pueden generar las emociones. Existen 2 corrientes principales que abordan las emociones: La primera de carácter biológico en donde define que las emociones han permitido la adaptación

al medio, y se encuentran en diferentes culturas, con un sustrato neurofisiológico común entre las emociones básicas de los mamíferos, y de los vertebrados. La otra corriente, psicológica, plantea que todas las emociones se pueden explicar en función de emociones irreducibles. Ambas concepciones están muy relacionadas y su distinción es fundamentalmente didáctica.

Ekman (Pinel, 2001) sale al paso de las críticas de Ortony y Turner para defender la existencia de las emociones básicas a nivel fisiológico, corroborando la existencia de una serie de características universales en la expresión emocional demostrados transculturalmente, así como por un patrón fisiológico que caracteriza a cada una de ellas. Las diferentes manifestaciones de actividad del Sistema Nervioso Autónomo estarían sobre la base de las conductas motoras apropiadas para las distintas emociones, tales como miedo, ira o aversión. Tales emociones estarían directamente relacionadas con la adaptación del organismo, consecuentemente tienen un patrón de actividad autónoma específica, no así otras emociones, tales como la felicidad o el desprecio.

El argumento que se ha utilizado mayormente para demostrar la existencia de emociones básicas es el hecho de que tanto la expresión como el reconocimiento de las emociones es un proceso innato y universal. Este argumento darwinista fue expuesto inicialmente por Tomkins y ha sido desarrollado especialmente por Ekman (Pinel, 2001), sin embargo, aparecen estudios experimentales que no corroboran la hipótesis de la universalidad en la expresión y reconocimiento de la expresión facial de las emociones, y que ponen de manifiesto que se trata de una conclusión producto de importantes sesgos metodológicos

A continuación Chóliz (2005) describe en tablas (Tablas I-IV) las emociones que en consenso son las usadas como emociones primarias o básicas:

<b>Felicidad</b>	
Características	La felicidad favorece la recepción e interpretación positiva de los diversos estímulos ambientales. Pretende una estabilidad emocional duradera.
Actividad Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en actividad en el hipotálamo, septum y núcleo amigdalino</li> <li>• Aumento en frecuencia cardiaca, si bien la reactividad cardiovascular es menor que en otras emociones, como ira y miedo.</li> <li>• Incremento en frecuencia respiratoria.</li> </ul>
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita la empatía, lo que favorecerá la aparición de conductas altruistas.</li> <li>• Favorece el rendimiento cognitivo, solución de problemas y creatividad como mencionan, así como el aprendizaje y la memoria.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estados muy intensos de alegría que pueden retardar la ejecución e incluso pasar por alto algún elemento importante en la solución de problemas y puede interferir con el pensamiento creativo.</li> </ul>
Función	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento en la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida.</li> <li>• Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás, favorece el altruismo y empatía.</li> <li>• Establecer nexos y favorecer las relaciones interpersonales.</li> <li>• Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad.</li> <li>• Favorece procesos cognitivos y de aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental.</li> </ul>
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado placentero, deseable, sensación de bienestar.</li> <li>• Sensación de autoestima y autoconfianza.</li> </ul>

Tabla I Descripción de la primera emoción básica: Felicidad.

<b>Ira</b>	
Características	La ira es el componente emocional del complejo AHI (Agresividad- Hostilidad-Ira). La hostilidad hace referencia al componente cognitivo y la agresividad al conductual. Dicho síndrome está relacionado con trastornos psicofisiológicos, especialmente las alteraciones cardiovasculares.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevada actividad neuronal y muscular.</li> <li>• Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica).</li> </ul>
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración.</li> <li>• Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos.</li> </ul>
Función	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque.</li> <li>• Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.</li> </ul>

Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática.</li> <li>• Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia.</li> </ul>
-----------------------	---

Tabla II Descripción de la segunda emoción básica: Ira.

<b>Miedo</b>	
Características	El miedo y la ansiedad quizá sean las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se han desarrollado un arsenal de técnicas de intervención desde cualquier orientación teórica en psicología. El componente patológico son los trastornos por ansiedad están relacionados con una reacción de miedo desmedida e inapropiada. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. La distinción entre ansiedad y miedo podría concretarse en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que la ansiedad es desproporcionadamente intensa con la supuesta peligrosidad del estímulo.
Actividad fisiológica	Aceleración de la frecuencia cardiaca, incremento de la conductancia y de las fluctuaciones de la misma como mencionan.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración primaria: amenaza. Valoración secundaria: ausencia de estrategias de afrontamiento apropiadas.</li> <li>• Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, obnubilación. Focalización de la percepción casi con exclusividad en el estímulo temido.</li> </ul>
Función	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa. El miedo es la reacción emocional más relevante en los procedimientos de reforzamiento negativo, como menciona.</li> <li>• Al prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el organismo reaccione rápidamente ante el mismo.</li> <li>• Moviliza gran cantidad de energía. El organismo puede ejecutar respuestas de manera mucho más intensa que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la</li> </ul>

	eficacia disminuye, según la relación entre activación y rendimiento.
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar.</li> <li>• Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud.</li> <li>• Sensación de pérdida de control.</li> </ul>

Tabla III Descripción de la tercera emoción básica: Miedo.

<b>Tristeza</b>	
Características	Aunque se considera tradicionalmente como una de las emociones displacenteras, no siempre es negativa, como apunta Stearns. Existe variabilidad cultural e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad neurológica elevada y sostenida.</li> <li>• Ligeramente aumento en frecuencia cardíaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel.</li> </ul>
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado</li> <li>• Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación.</li> <li>• La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (tríada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información), que son, según Beck, los factores principales en el desarrollo de dicho trastorno emocional.</li> </ul>
Función	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohesión con otras personas, especialmente con aquéllos que se encuentran en la misma situación.</li> <li>• Disminución en el ritmo de actividad. Valoración de otros aspectos de la vida que antes de la pérdida no se les prestaba atención.</li> <li>• Comunicación a los demás que no se encuentran bien y ello puede generar ayuda de otras personas, así como apaciguamiento de reacciones de agresión por parte de los demás, empatía, o comportamientos altruistas.</li> </ul>
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desánimo, melancolía, desaliento.</li> <li>• Pérdida de energía.</li> </ul>

Tabla IV Descripción de la cuarta emoción básica: Tristeza.

## 2.1 Características de las emociones en el Trastorno de Asperger.

Las emociones son factores que determinan el desarrollo evolutivo de la esfera social de todas las personas, ya que desde el nacimiento existen indicadores de respuestas a conductas particulares hacia las personas que ejercen el rol de cuidadores en la crianza desarrollando así vínculos afectivos.

La certeza de los estudios de las emociones en el Trastorno de Asperger (TA), se evidencian por medio de videos domésticos, donde se analizaron las conductas de interacción de los niños con diagnósticos relacionados al TGD. En su primer año, las pruebas fueron pequeñas, sin embargo se muestra que la participación en la interacción con otras personas es poca, sobretodo cara a cara, estos niños seguían menos los gestos de señalar y no direccionaban la vista o la cabeza cuando se les hablaba por su nombre (Sigman y Capps, 2000).

En otro estudio realizado en Gran Bretaña, se utilizó el Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) realizado por Baron-Cohen, Allen y Gilbert (Cit. en Sigman y Capps, 2000), donde se elaboró una lista que mostraba las deficiencias en conductas específicas que son indicativas del TA, como son: el juego de simulación, seguir la mirada de otras personas, señalar para seguir objetivos de interés más que para obtenerlos, mostrar interés social y participar en el juego social como señalan Buitelaar, Van Engeland, de Kogel, de Vries, Van Hoof; Lewy, Dowson; Loveland, Landry; Mundy; Mundy, Sigman, Ungerer, Sherman; Sigman, Mundy, Sherman, Ungerer; Wetherby (Ver Sigman y Capps, 2000). Indicando estos estudios que los niños diagnosticados con TA manifiestan respuestas anómalas para el segundo año de vida. De esta manera a lo largo del desarrollo de las edades tempranas en los niños, se mostraba más conductas anómalas, las cuales indicaban que los niños con TA carecen de interés y capacidad para leer las expresiones faciales de las demás personas.

Los criterios antes mencionados se volvieron un factor clave dentro del diagnóstico, como uno de los factores principales para cumplir con el mismo, dado que existe una carencia de la comprensión social y que este déficit caracteriza el diagnóstico en todos los periodos de las diversas edades

Estas dificultades o carencias, aportan una evidencia muy importante, ya que como mencionan Sigman y Capps (2000):

“Estas carencias limitan el acceso a la información que es relevante para una situación determinada, y –lo que es más importante- reducen la participación de la persona autista en la creación de un significado compartido”. (p. 73)

De este modo la comprensión social y la emocional, es parte de un estilo de aprendizaje, así como parte importante de éste, de las demás personas y del conocimiento de ellos mismos, como forma de responder e interactuar con los objetos y el medio dentro de las experiencias.

Todas estas evidencias han dado como resultado la respuesta de las diversas disciplinas que generan teorías y desarrollan explicaciones para estos déficits como son la Teoría de la Atención Conjunta y la Teoría de la Mente.

El concepto de la Atención Conjunta, nos plantean el desarrollo socio-afectivo normalizado de los primeros años de vida, estas conductas se llaman también interacciones tríadicas, y se muestran en ciertas conducta como, capacidad de sintonizar preferentemente con los instigaciones que brindan las personas (rasgos visuales redondeados, estructurados, móviles, complejos relativamente y abultados, como características de la cara) respondiendo armónicamente a esos estímulos con imitaciones (Rivière, 2001).

El seguimiento visual hacia los objetos se relaciona con la mirada de un bebe, por ejemplo, que ve a una persona y después dirige la mirada a un objeto para después volver a mirar a la persona, todo esto como señal de comunicar la necesidad de ese objeto o una afirmación de la existencia del mismo. Es un aprendizaje empleado para dirigir la atención de los cuidadores hacia el objeto de interés propio para él bebe, como señalan, Butterworth y Cochran; Collis y Schaffer; Scaife y Bruner (Cit. en Sigman y Capps, 2000), de esta manera aprenden a seguir los gestos de señalar, dar y demostrar siguiendo, también, la atención visual de los adultos, e imitar de esta manera la forma de manipular los objetos y la función de acción dirigida a objetos, una vez que se les enseña cómo hacerlo.

Este concepto demuestra la falta de capacidad que las personas con TA presentan desde los primeros años de vida, en el ámbito de la esfera socio-afectiva, son sutiles, por el hecho de que es necesaria la observación y una implementación de Teorías del Desarrollo, en los primeros años de vida. Por ende las relaciones y las emociones somático-tónicas son la primera puerta para que los niños comprendan las mentes de las demás personas, gracias a una simpatía que permiten experimentar las emociones que el otro siente en un intercambio mutuo (Rivière, 2001) y que la misma evidencia muestra que las personas con TA están privadas de estas características. Este proceso se relaciona directamente con la Teoría de la Mente dado que forma parte de ésta.

La Teoría de la Mente, es la habilidad humana que nos permite realizar actividades mentales, como lo menciona Valdez (2007):

“atribuir creencias, deseos, emociones, intenciones a los demás y a nosotros mismos. Precisamente, la mirada mental posibilita realizar inferencias acerca de la conducta de los

otros, leer sus mentes, interpretar las interacciones humanas, realizar predicciones sobre sus cursos de acción... ”

Esta pone de relieve la capacidad humana de interpretar conductas en base a constructos teóricos, que las hagan consistentes y comprensibles, partiendo del supuesto de que las acciones de las personas son dirigidas por representaciones, creencias y deseos internos, que hacen suponer que existe una interioridad en los otros, que es semejante a la de nosotros mismo (Valdez, 2007).

Dentro de estas explicaciones existen dos teóricos que postulan sustentos relacionados a la misma Teoría de la Mente (esto no quiere decir que sean los únicos, pero manejan tesis conjuntas con las emociones); Baron-Cohen (Cit. en Sigman y Capps, 2000), considera a la Teoría de la Mente como un proceso natural, es decir innato, una clase de instinto de lectura mental, para lo cual considera un problema adaptativo específico que se presenta en las personas con TA, porque no pueden generar estas clases de lecturas, así como no comprender y predecir el comportamiento de otras personas, y así solucionar estos problemas se da a través de la misma lectura mental, con mecanismos de tipo neurocognitivos derivados de alguna clase de modularidad mental, con lo que postulan cuatro mecanismos que pueden ser pensados como cuatro dispositivos del sistema de lectura mental manifestando propiedades del mundo: 1) volición, 2) percepción, 3) atención compartida y 4) estados epistémicos (Valdez, 2007).

El modelos citado anteriormente tiene una carencia evidente que puede ser criticable, dado que da una idea de estar presentando un funcionamiento computacional, que excluye de alguna manera las experiencias emocionales-afectivas y los significados-sentidos, dificultando ser envueltos en la sintaxis del modelo.

Otro postulado es el de Hobson (Cit. en Valdez, 2007) donde plantea que los niños obtienen la comprensión acerca de la naturaleza de las personas a través de la experiencia, de las relaciones afectivas interpersonales y de la implicación intersubjetiva que le permite la comprensión de naturaleza subjetiva. Desde esta perspectiva la afección innata de percibir afecto de las otras personas y responder al mismo, esto impide a las personas con TA participar en las interacciones sociales que son necesarias para desarrollar formas más complejas de comprensión social incluidas la Teoría de la Mente (Sigman y Capps, 2000), y este se muestra a través de la dificultad que tienen las personas con TA para valorar o reconocer las expresiones faciales, como su carencia de contacto afectivo y social, su actitud renuente a combinar atención conjunta con afectividad y su carencia empática siendo esta independiente de la capacidad intelectual.

Happè, Frith y Hobson (Cit. en De la Iglesia y Olivar, 2008) hablan de la importancia de relacionarse e interactuar en lo social, en los TGD, sobre todo en el TA, esto se refiere a las alteraciones en las habilidades de intersubjetividad, acción y atención conjunta, junto con las capacidades de referencia conjunta, las cuales son básicas para establecer relaciones sociales de manera adecuada.

En el Trastorno de Asperger puede explicarse la evidencia de las investigaciones en el ámbito emocional en las siguientes áreas: relaciones interpersonales, habilidades socioafectivas, competencias socioemocionales y habilidades sociales (De la Iglesia y Olivar, 2008).

## **2.2 Rol de las imágenes en el aprendizaje de las emociones en el Trastorno de Asperger**

En este apartado es importante destacar el rol del aprendizaje como el proceso rector que favorece la adquisición de nuevas habilidades a las personas diagnosticadas con TA, de esta manera resaltar, que existen puntos fuertes en el uso de herramientas que favorece este proceso y darán amplitud al mismo.

De acuerdo con Vigotsky (Cit. en Valdez, 2007), se parte de la idea, de que las imágenes pueden ser usadas como signos, dado que se ha demostrado ser una herramienta útil en la intervención en el TA. Se presenta una analogía entre herramientas y signos, de sus funciones mediadoras correspondientes a cada una, pero diferentes en la aplicación de las mismas, ¿cómo se da esto? Continuando con la explicación de Vigotsky, las herramientas son externas y son orientadas a cambios físicos y los signos son cambios internos direccionados a regular la actividad interior del ser humano, lo que los hace fundamentales como mediadores y facilitadores de los procesos psicológicos superiores, estos artefactos *sociales* son: palabras, números, dispositivos mnemotécnicos, símbolos algebraicos, sistemas de escritura, mapas, esquemas, diagramas.

Las personas con TA tienen habilidades específicas que les permite fácilmente el uso de imágenes dado que son más sencillas de integrar. Estas habilidades serían las capacidades viso-espaciales que permanecen intactas y que no se ven en su mayoría alteradas por el Trastorno, un elemento que favorece es la memoria eidética, posibilitando el recuerdo literal de las cosas o sucesos (De la Iglesia y Olivar, 2008), así demuestra habilidades o puntos fuertes en la capacidad de pensamiento no verbal o pensamiento visual que como su nombre lo dice es una área en la cual no es necesario o no se cree necesario el uso de signos elaborados, ya que va relacionado con imágenes (Hogan, 1997).

Como Temple Grandin (2006) lo maneja en su ensayo titulado *el autismo y el pensamiento visual*:

“Uno de los misterios más profundos del autismo ha sido la notable capacidad de la mayoría de los autistas para sobresalir en su habilidad visual espacial, al mismo tiempo que su desempeño verbal es muy pobre.” (s/a p. 2)

O en este otro párrafo:

“Muchas personas se quedan totalmente perplejas ante los símbolos de los autistas, pero a éstos les pueden proveer la única realidad tangible o la forma de entender el mundo. Por ejemplo, para un niño autista “bizcocho” puede significar “feliz” si él fue feliz mientras comía un bizcocho. Cada vez que el niño visualiza un bizcocho, se pone feliz. Una imagen visual o una palabra queda asociada a una experiencia”. (s/a p.12)

En estos párrafos la autora nos la explica el pensamiento visual y nos da a conocer un posible significado de los mismos volviéndose así signos o símbolos tangibles y relevantes en el TA.

También se puede hablar de pensamientos en forma de imágenes como una parte del proceso, para que se vuelva un pensamiento de alto orden independiente del lenguaje, a esto Paivio (Cit. en Garnham y Oakhill, 1996) realizó su trabajo en el aprendizaje verbal demostrando que, cuando otros atributos se ajustaban a las palabras concretas, los objetos fácilmente imaginables se recordaban mejor que las palabras abstractas, explicar esto lo llevó a formular la hipótesis de la codificación dual, sugiriendo que las palabras concretas se recordaban mejor porque podían codificarse en la memoria de dos maneras, usando un código verbal o uno visual.

Podemos hacer uso también de los argumentos de Kosslyn (Citado en Garnham y Oakhill, 1996) que realizó un estudio, que demostraba el uso de imágenes, apoyándose de mapas, este pedía a los sujetos que memorizaran los mismos, consideró que los resultados indicaban que la tarea se realizó usando una representación del mapa que compartía ciertas propiedades espaciales con la percepción del mismo, siendo una representación análoga y no frases mentales sobre la ubicación de ciertos elementos del mapa. Aclarando que lo importante del uso de imágenes no es su naturaleza fenoménica, sino la manera cómo funciona a la hora de producirse el comportamiento, sin necesidad de ser imágenes de sentido ordinario, solo representaciones de parte de lo real o de algún mundo imaginario.

Las emociones juegan un papel fundamental en la socialización de las personas, sin ellas seríamos incapaces de lograr una comprensión de lo abstracto, también se puede observar que otras áreas de la esfera bio-psico-social son permeadas por estas mismas, dando un marco de referencia para poder lograr que las personas con TA se puedan desenvolver en la sociedad, a su vez, estas se modifican a través de la experiencia, adaptándose a las situaciones prácticas que las personas llegan a vivir con el día a día.

Es un hecho que sin estas la existencia sería, sino imposible, poco tolerable, demostrando que puede haber, a través de la patología neuronal, la falta de comprensión de las emociones, pero no una ausencia de todas ellas, asimismo estas regulan los comportamientos y cogniciones de cada ser humano y nos dan

una referente de la otra persona, además también del espacio relacional que existe entre el otro individuo y nosotros.

Por estas razones, el uso de imágenes es sumamente importante, ya que los dibujos secuenciados de acontecimientos los convierte en material específico; confiable y asimilable para las personas con TA, donde se considera que lo que se almacena es, probablemente, el contenido verbal donde el código de retención es el semántico y que los dibujos actúan como convertidores, o traductores (Ventoso, 2005).

### 3. Comunicación

La comunicación se usa en un plano biológico, ecológico, etnológico, etológico y humano para señalar el intercambio de mensajes que van desde los organismos unicelulares a los animales; de las máquinas a los humanos, el modo de sus estructuras se estudia según la forma, la función y el destino de los mensajes, por las diversas disciplinas como la psicología, lingüística, sociología, teoría de la información y la cibernética (Rodas, 2009)

Jakobson (Rodas, 2009) asigna seis funciones de la comunicación, las cuales son: 1) referencial denotativa o cognitiva; 2) expresiva (emotiva); 3) connotativa; 4) fáctica; 5) metalingüística y 6) poética; Con lo anterior los mensajes se basan en un orden jerárquico en base a estas funciones, dando importancia a todas y cada una de ellas como agentes sustentables del mismo.

La comunicación regularmente se asocia al uso del lenguaje y marca significativamente lo biológico y social de cada individuo, de esta manera la capacidad de aprenderlo y usarlo cambia la vida mental y social de las personas. El dominio del lenguaje y sus reglas (de fonología, sintaxis, semántica y pragmática) guían a objetivos de comunicación específica, como explican las autoras, Sigman y Capps (2000), en el siguiente párrafo:

“Se puede pensar en el acto del habla como una decisión comunicativa diseñada para alcanzar cualquier objetivo, desde obtener un objeto hasta decir una plegaria o expresar compasión. La forma en que se consigue este tipo de objetivos varía entre las diversas culturas, pero el aprendizaje del lenguaje es una parte integral del proceso por el que nos socializamos y llegamos a formar parte de una comunidad determinada.” (p. 90).

Con el párrafo anterior, las autoras nos refieren al hecho de que cuando hablan, las personas comparten el conocimiento sobre los objetos y las experiencias.

Dentro del desarrollo del lenguaje se encuentran, la fonología referente a los sonidos del habla, la sintaxis que es el uso de reglas gramaticales, la semántica siendo la comprensión del significado y la pragmática o uso del lenguaje. En la comunicación eficaz, estos aspectos se desarrollan en los primeros años de vida, apareciendo conforme al contacto de socialización, sin dejar de lado que existe estructuras biológicas que permiten el progreso normalizado del lenguaje (Sigman y Capps, 2000).

Dentro de la comunicación se dan los elementos verbales y no verbales, teniendo entre ellos una constante interrelación, la comunicación no verbal se determina por factores culturales, dándose en relación con la situación psicológica del sujeto y con las personas con las que se está dando este contacto, dado que cualquier

comportamiento humano constituye una comunicación, nadie deja de ser emisor, sin embargo existen mecanismos de filtro que sirven para controlar el acceso de información en cada individuo (Rodas, 2009).

De esta manera los hablantes pueden poseer diferentes intenciones comunicativas y usar diversidad de expresiones para manifestar una misma intención comunicativa, como las expresiones faciales, los gestos, la postura del cuerpo, las claves del contexto y la entonación, siendo portadores de significado, demostrando una profundidad de intenciones asociadas a esta comunicación, exigiendo ir a la flexibilidad para la comprensión y agilidad para interactuar en el contexto dinámico y cambiante de las conversaciones (Valdez, 2007).

Con lo anterior es importante destacar que el lenguaje se relaciona de varias maneras, a través de las diversas esferas del desarrollo integral de las personas, como referente también, si el desarrollo de las diversas áreas es adecuado, el lenguaje se vuelve no solo un proceso, sino un predictivo de ciertas habilidades o carencias propias en el individuo.

Rivière (Cit. en Valdez, 2007) plantea que el objetivo de la comunicación interpersonal es mentalista, desde el momento en que la comunicación se vuelve relevante, es necesario que se adapte a la mente de los interlocutores. Con esto se explica la estructura del lenguaje como actividad psicológica, este se organiza en torno a los mecanismos pragmáticos de la comunicación. De esta manera las funciones comunicativas y de interacción actúan como reguladoras de las emisiones de los individuos al hablar, a medida en que organizan su producción discursiva en función de los estados mentales que le atribuye a su interlocutor. De la misma manera Rivière plantea que el conjunto de supuestos entre los interlocutores funcionan para el intercambio comunicativo, que se puede dar en las siguientes claves:

- Claves temática. Conocimiento de un tema específico de interlocución, estableciendo el conocimiento del hablante referente del conocimiento del oyente.
- Claves interpersonales. Es el conocimiento que posee el hablante acerca del oyente mismo y están condicionadas por las situaciones previas de la comunicación, confianza y presuposiciones comunes entre el hablante y oyente.
- Claves contextuales. Es el hecho de compartir o no una situación común en el momento de la comunicación, además de que el tiempo y el espacio sean compartidos.
- Claves paralingüísticas concurrentes. Son los gestos, expresiones del oyente, que periten al hablante calcular hasta qué punto se da a entender y se comunica.

- Claves lingüísticas previas. Es lo que el hablante ha dicho explícitamente o puede establecer como conocido por el oyente a partir de lo que se comunica.
- Claves prácticas. Es lo que el oyente hace o ha hecho, permitiendo inferir los conocimientos acerca del tema de acción.

De esta manera, para llegar a ser un miembro competente de la comunidad lingüística, hay que ser capaz de comprender el habla y producirla dentro de un contexto mediante unos objetivos de comunicación determinados (reglas lingüísticas) que requieren de experiencias previas y destrezas considerables. Wittgenstein (Cit. en Sigman y Capps, 2000), plantea el hecho de que el uso del lenguaje en la comunicación es un proceso de trasmisión de información, de una mente a otra.

Por ende la comunicación comprende una conducta de relación, según Rivière (Cit. en Valdez, 2007) posee tres propiedades esenciales; la primera que es una actividad intencionada o propositiva de relación, en segundo orden se trata de una relación referente a algo, ósea a algún tema siendo intencional, y en tercero es realizada mediante significantes (signos) por medio de actos instrumentales como los que se realizan con los objetos.

### **3.1 Características de la comunicación en el Trastorno de Asperger.**

La insuficiencia lingüística es una característica esencial de los TGD, casi la mitad de la población de las personas que viven con este trastorno nunca adquieren el lenguaje funcional, aunque la cantidad verbal está fuertemente asociada a la gravedad del retraso mental, la adquisición del lenguaje se retrasa de forma significativa en la relación con el nivel cognitivo general incluso en las personas con TGD que no presentan retraso, generalmente se manifiestan a los 4 o 6 años, con dificultad para comunicarse con los demás a lo largo de toda su vida, esto no es extraño dado que el lenguaje se desarrolla de formas prelingüísticas de comunicación social las cuales son distintas en los TA, estas formas prelingüísticas son la atención conjunta y referencia social.

Las personas con TA que presentan lenguaje es posible que usen las palabras y estructuras gramaticales de forma correcta, sin embargo, en su habla existen carencias en la comprensión y expresión de actitudes e intenciones (Sigman y Capps, 2000).

Para dar una explicación más detallada Belinchón (Cit. en Valdez, 2007) describe tres patrones de competencias lingüísticas en lo que llama Continuo Autista:

1. El primero y más bajo, ubica a las personas con mutismo funcional teniendo una dificultad severa de entendimiento de enunciados simples, no se comunican de manera gestual, sobretodo en la comunicación protodeclarativa.
2. En el nivel medio se ubica a las personas que gramaticalmente en su lenguaje son limitados, pudiendo emitir palabras de manera esporádica y breve, comprenden palabras aisladas o enunciados simples, presentando ecolalia.
3. En el nivel más alto hay individuos que se les considera más competentes cognitivamente y lingüísticamente, en un plano morfosintáctico del lenguaje, manejan vocabulario y estructuras sintácticas más complejas, participan poco en las conversaciones, son demasiado literales en la comprensión del lenguaje, omiten términos abstractos y verbos mentales en sus narraciones, o respetan convenciones sociales que rigen los intercambios comunicativos, se les nota poco amables o groseros en intercambios comunicativos, la prosodia no se relaciona con la competencia gramatical, deficiencias en intercambios comunicativos de relevancia.

Por su parte el autor Ángel Rivière (Cit. en Valdez, 2007) elabora un inventario para TA (IDEA), donde plantea la escala relativa a los Trastornos de la comunicación y lenguaje, mostrando tres dimensiones con cuatro niveles, en un continuo dimensional, que va desde lo normal hasta la alteración más severa, mostrándose a continuación:

#### 1.- Dimensión de Trastorno Cualitativo de la Relación Comunicativa:

- La persona presenta ausencia de comunicación, entendida como cualquier clase de relación intencionada con alguien, acerca de algo, que se realiza mediante el empleo de significantes.
- Mediante conductas instrumentales la persona diagnosticada con TA piden las cosas, por ejemplo, toman la mano de otra persona y la llevan hacia el objeto deseado y esta conducta manifiesta la propiedad de intención, pero sin interacción significativa.
- La persona realiza signos para pedir mediante palabras como símbolos en activos, gestos suspendidos, símbolos aprendidos en un programa de comunicación, etc. Sin embargo, solo hay comunicación para cambiar el mundo físico. Por tanto, sigue habiendo ausencia de comunicación con funciones ostensivas o declarativas.
- La persona emplea conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no solo buscan cambiar el mundo físico. Sin embargo, suele haber escasas de declaraciones capaces de cualificar subjetivamente la

experiencia (es decir, referidas al propio mundo interno), y la comunicación tiende a ser recíproca y poco empática.

## 2.- Dimensión del Trastorno de Lenguaje Expresivo:

- Ausencia total del lenguaje expresivo. El mutismo puede ser total o funcional, este último se define por la presencia de verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas (puede ser, por ejemplo, emisiones con funciones musicales). Es decir, no implica análisis significativo ni tiene la función de comunicar
- Lenguaje predominante ecológico o compuesto de palabras sueltas. Aparecen ecolalias y palabras funcionales. No hay propiamente creación formal de sintagmas o de oraciones. No hay discurso ni conversación.
- Lenguaje oracional. Capacidad de producir oraciones que ya no son predominantemente ecológicas y que implican algún grado de conocimiento implícito de reglas lingüísticas (una cierta competencia formal). Sin embargo, los sintagmas y las oraciones no llegan a configurar un discurso ni se organizan en actividades conversacionales. La interacción lingüística produce la impresión de juego de frontón, que carece del espontáneo dinamismo de las verdaderas conversaciones. Puede haber muchas emisiones irrelevantes e inapropiadas.
- Lenguaje discursivo. Es posible la conversación, aunque tienda a ser lacónica. Las personas en este nivel pueden ser conscientes de su dificultad para encontrar temas de conversación y para transmitir con agilidad información significativa en las interacciones lingüísticas; intercambian con dificultad roles conversacionales: comienzan y terminan las conversaciones de forma abrupta, pueden decir cosas poco relevantes o poco apropiadas socialmente. Se adaptan con dificultad a las necesidades comunicativas de sus interlocutores. Con frecuencia, su lenguaje está prosódicamente muy alterado. Parece pedante, rebuscado y poco natural o abrupto y poco sutil. Hay dificultades para regular los procesos de selección temática y de cambio temático en la conversación y en el discurso. (p 101. Valdez 2007)

## 3.- Dimensión de Lenguaje Receptivo:

- Sordera central. El niño o el adulto en este nivel ignora por completo el lenguaje, independientemente de que este dirigido a él. No responde a órdenes, llamadas o a indicaciones lingüísticas de ninguna clase. Con frecuencia, se sospecha que es sordo.
- Asociación de enunciados verbales con conductas propias. La persona con TGD y TA en este nivel comprende órdenes sencillas. Sin embargo, su comprensión consiste, esencialmente en un proceso de asociación entre

sonidos y contingencias ambientales o comportamientos. No implica ni la asimilación de los enunciados a un código, ni su interpretación e incorporación a su sistema semántico-conceptual, ni su definición intencional en términos pragmáticos.

- Comprensión de enunciados. En el nivel tercero, hay ya una actividad mental de naturaleza psicolingüística, que permite el análisis estructural, al menos parcial, de los enunciados. La comprensión suele ser extremadamente literal y muy poco flexible, e incorporan a ella, con gran dificultad, las claves pragmáticas. Así, no es modulada por los contextos interactivos. Los procesos de inferencia, coherencia y cohesión que permiten hablar de comprensión del discurso son muy limitados o inexistentes. Hay tendencia a interacciones verbales solo cuando se dirigen a la persona de forma muy específica y directiva.
- Capacidad de comprender planos conversacionales y discursivos del lenguaje. Este es el nivel más alto. Sin embargo hay alteraciones sutiles en el proceso de diferenciación del significado intencional del literal, en especial cuando uno y otro no coinciden, así con los procesos de doble semiosis (comprensión del lenguaje figurado) y de modulación delicada de la comprensión por variables interactivas y de contexto. (Véase Valdez, 2007.)

Citar el inventario y sus dimensiones expone las dificultades en el lenguaje desde sus características más graves hasta las más leves y genera una explicación de áreas detalladas para cada dimensión, que va desde lo profundo hasta lo superficial de las características del lenguaje en los TA y TGD siendo las anomalías presentadas en el lenguaje diversas y heterogéneas dependiendo de cada caso en particular.

### **3.2 Enseñanza de las emociones como proceso de comunicación funcional en el Trastorno de Asperger.**

Valdez (2007) plantea que: *“Ese lenguaje de los ojos o mirada mental está íntimamente vinculado con nuestra competencia social y con la posibilidad de compartir dichos estados mentales. En diferentes situaciones de interacción y de manera más o menos consciente, el intercambio social, al servicio del contacto afectivo, la comunicación y de la intersubjetividad”*.

El párrafo anterior nos muestra la intrincada necesidad del desarrollo de la Teoría de la Mente, como capacidad propia de los humanos, de esta manera nos muestra que ninguna de las funciones para el desarrollo de la misma podría darse sin la otra y cabe la posibilidad que estén entrelazadas para que la una sea parte importante y fundamental de la otra, ¿Cómo es que ocurre este proceso?, ¿cómo es que se dan las situaciones adecuadas para estos desarrollos? aún sigue en

proceso de teorización, sin embargo las explicaciones se van cada día acercando más a las explicaciones de estas dudas, pero aún falta mucho camino que recorrer.

El planteamiento de que las emociones pueden favorecer el proceso de adquirir una comunicación funcional, deriva en gran medida del hecho de la interrelación entre afecto y comunicación dado que una puede ser expresada por la otra y que la otra puede ser propiciada por la primera, esto es más evidente en un fundamento teórico propio para esta disertación que a continuación se dará con más detalle.

Vygotsky (Cit. en Valdez, 2007) en su trabajo llamado pensamiento y lenguaje, declara que la cuestión de hablar entre pensamiento y lenguaje, y de los demás aspectos de la conciencia, se da en la conexión entre el intelecto y el afecto, considerando la separación de la conciencia y el afecto como un error dentro de la psicología, obstruyendo las posibilidades de indagar acerca de cómo el afecto influye en el pensamiento y como el pensamiento influye en lo afectivo; postulando que el pensamiento no nace de sí, sino de la esfera motivacional de nuestra conciencia, que abarca inclinaciones y necesidades, intereses e impulsos, afectos y emociones, así detrás de cada pensamiento hay una tendencia afectivo-volitiva.

De esta manera Vygotsky (Cit. en Sigman y Capps, 2000), afirmaba que los primeros sonidos de los niños son actos de comunicación, ya que con estos logran interactuar con las personas y objetos del mundo, así la adquisición del lenguaje alimenta los deseos de comunicarse intencionadamente sobre temas con sentido o significado lo que con llevan emociones.

Conforme a lo anterior Valsiner (Cit. en Valdez, 2007) sostiene que la intersubjetividad es un campo afectivo, donde se lleva a cabo la comunicación interpersonal y donde los signos son creados, usados, abstraídos y generalizados, siendo la relación afectiva con el mundo la que subyace a los procesos mentales, sosteniendo que los procesos mentales son generados a través de una diferenciación progresiva de los sentimientos, encontrándose al afecto dentro del corazón de los procesos mentales.

#### **4. Evaluación, diagnóstico e intervención.**

Para el desarrollo integral de las personas con TGD es necesario realizar una buena intervención, sin embargo, ésta debe tener un apoyo precedente, el cual debe generar objetivos claros, los cuales se derivaran de un evaluación guiada por un buen diagnóstico. Estos elementos son de suma importancia, dado que definirán la evolución de la persona en el proceso de intervención, para garantizar que puedan ser adaptados, en base a las necesidades de la persona, valorando las necesidades específicas y de su entorno.

La evaluación, el diagnóstico y la intervención, de las personas que presentan TGD en ocasiones no coinciden, refiriéndose a aspectos que dependen de criterios y modelos diferentes, de las diversas disciplinas encargadas de su atención. (Agost. 2008), manejan que estas diferencias pueden deberse al término diagnóstico que describe el proceso de identificar trastornos mentales específicos, pero se puede usar en sentido más amplio, para referir una evaluación comprensiva no limitada de caracterización de los TGD.

El diagnóstico y la evaluación, pueden tener disímiles propósitos que dan más peso a unos aspectos que a otros en función de ser usados para la investigación o intervención psicopedagógica, con fines administrativos de apoyo gubernamental o ubicación en programas específicos, sin embargo el propósito ideal es que sean un consenso básico general.

El diagnóstico y la evaluación, tanto en ámbitos privados o públicos, tienen como propósito el proporcionar al niño con TGD y a su familia, un plan de atención global incluyendo programas psicopedagógicos, conductuales, psicofarmacológicos, de apoyo a familiares, a través de medidas sociales; una intervención adecuada a sus necesidades, para contribuir a la investigación, permitiendo ser revisado periódicamente, con la finalidad de que la información recabada se compare con las posibles variaciones y de esta manera analizar la evolución para valorar los tratamientos aplicados. (Agost. 2008),

La intervención por su parte, tiene el propósito de que las personas que viven con TGD generen, mantenga o desarrollen habilidades, que les permitan de manera adecuada integrarse a los diversos contextos, y fomentar la enseñanza – aprendizaje de habilidades útiles en todas las áreas del desarrollo (básica, motrices, de autocuidado y socioafectivas), siendo una constante que debe estar presente a lo largo de su vida, e irse acoplando en base a sus necesidades de la persona, y del momento evolutivo en el que se encuentre, así como las necesidades de la familia.

El principal objetivo de la intervención es que se pueda generar independencia en los diversos contextos y que haya una guía adecuada de comportamientos, en donde las conductas inadecuadas se disminuyan o desaparezca, sin que generen conflictos en la estructura de su ambiente.

## 4.1 Evaluación.

Las evaluaciones anteceden al diagnóstico y en estas se puede integrar la detección temprana, dado que múltiples investigaciones han demostrado que existen signos representativos del TGD desde los primeros meses del desarrollo.

El grupo de estudio de los TGD del Instituto de Salud Carlos III en España (Hernández, Artigas, Martos, Palacios, Fuentes, Belichon, Canal, Diez, Ferrai, Hervás, Idiazábal, Mulas, Muñoz, Tamarit, Valdizan, Posada. 2005) plantean dos niveles para que se pueda dar un buen proceso de detección temprana los cuales son: 1) vigilancia del desarrollo; y 2) detección específica, esta última debe ser seguida con el proceso de diagnóstico, evaluación e intervención temprana, para lo cual estos dos niveles derivan en un diagnóstico especializado, que se puede considerar como un tercer nivel, para la implementación de un programa de atención integral, donde los servicios implicados sean el sanitario, educativo y social.

Dentro de cada nivel existen especificaciones que sirven como guía de detección, en el primer nivel, se considera la vigilancia rutinaria del desarrollo, lo que implica evaluar aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de Autismo, esto quiere decir, detectar la existencia de algún familiar directo con antecedentes del diagnóstico, antecedentes biológicos y/o genéticos. Es importante considerar los motivos de preocupación de los familiares, por lo tanto, los servicios de salud deben revisar el desarrollo normalizado de los niños y niñas durante los tres primeros años de vida, implicando, esto la valoración sistemática de escalas de desarrollo normalizado, las cuales serán una guía para detectar o descartar alguna complicación en estas etapas del desarrollo (Hernández, et al., 2005).

En el segundo nivel, la detección específica se da entre los 9 y 12 meses, estos se miden en diversos periodos, el primero a los 9 meses, en el cual se evalúan los indicios de reportes verbales por parte de los padres o cuidadores y los videos caseros de algunos de los niños, que se consideran que puedan tener el riesgo, a estos se les llama estudios retrospectivos, los cuales arrojan evidencia de problemas en la coordinación motriz, sobre reactividad sensorial, y pérdida de competencias sociales.

Para la evolución de 18 y 24 meses, existen unos instrumentos de evaluación el CHAT, para los 18 meses, y el M-CHAT para los 24 meses respectivamente, estas dos listas distinguen Autismo de Retraso del Desarrollo en niños y señala el riesgo con indicadores específicos.

La detección a partir de los 36 meses se dirige a la ubicación de alteraciones según Rivière (Cit. en Hernández, et al., 2005), se dan en las áreas de comunicación social, intereses, actividades y conductas, localizando en todas ellas alteraciones. La detección a los 5 y 6 años es tardía dado que algunos niños con

TGD son menos visibles, hasta que los niños interactúan en contextos sociales, por lo que regularmente se detectan en los centros escolares, evaluando áreas en específico, donde se llegan a usar otros instrumentos de evaluación que principalmente extraen información de los padres y maestros (Hernández, et al. 2005).

Otra parámetro importante dentro de la detección temprana de los TGD es el desarrollo socio-comunicativo dado que existe una alteración en esta esfera, el British Columbia Ministry (Citado en Hernández, et al., 2005) determinó los hitos de desarrollo para esta área dentro del desarrollo normalizado, por lo cual la ausencia o deficiencia de estos, es un factor de valoración para detectar los TGD.

Para Filipek, et. al. (Cit. en Hernández, et al., 2005) señalan que para diferenciar es necesario observar los siguientes factores: no balbucear, no hacer gesto de señalar o decir adiós (por ejemplo), a los 12 meses, no decir palabras sencillas, a los 18 meses, no dice frases espontáneas de dos palabras y a los 24 meses, cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social.

Otra lista de señales de alarma proviene del Estado Nueva York, que consisten en: retraso o ausencia del habla, no prestar atención a las otras personas, no responder a las expresiones faciales o sentimientos de los demás, falta de juego simbólico o ausencia de imaginación, no mostrar interés por niños de su edad, no respetar la reciprocidad en actividades de toma y daca, incapacidad de compartir placer, alteraciones cualitativas en la comunicación no verbal, no señalar objetos para dirigir la atención de otra persona, falta de iniciativa en actividades o juego social, falta de utilizar socialmente la mirada, estereotipias o manierismos de manos y dedos, reacción inusual o falta de reacción a estímulos sonoros.

## **4.2 Evaluación Psicológica.**

La evaluación psicológica se encarga de procesos específicos que son necesarios para el diagnóstico, su objetivo es realizar un diagnóstico diferencial dentro de la amplia gama de los TGD, así como de las evaluaciones a los procesos correspondientes de las áreas de desarrollo. Los puntos de referencia habrán de ser las necesidades que presentan las personas con TA que no pueden llegar a ser cubiertas como único sistema individual, ya sea en lo familiar, educativo, laboral, comunitario o social de manera ordinaria, por lo que se necesitan respuestas específicas y especializadas, analizando así las áreas con habilidades o déficit para integrar recomendaciones que ayuden a la intervención. Por lo tanto la evaluación no debe separarse de la intervención dado que, no solo le da sentido y coherencia sino que además la valida en ámbitos socioeducativos.

Existe una serie de factores que hacen importante y a su vez difícil, además de delicada la valoración, estos son las disarmonías evolutivas y disociaciones funcionales que dentro de los TGD son más la norma que la excepción, de esta manera Rivière (2005) nos maneja exigencias dentro de la valoración que deben

ser tomadas no solo en cuenta sino como una guía dentro en la aplicación de la misma, que están concretamente establecidas:

1 *Delimitar competencias funcionales distintas con claridad.* Dado que las disarmonías y disociaciones funcionales están presentes en el continuo existe no solo la necesidad, sino la obligación de delimitar claramente las áreas, no encasillando únicamente a índices globales de evaluación.

2. *Incluir estimación cualitativa y cuantitativa de la organización funcional de las capacidades de la persona con TGD.* Con lo que se ha venido mencionando los TGD son un trastorno profundo del desarrollo, por ende existen distorsiones cualitativas que no son comprendidas al máximo en las evaluaciones cualitativas, de esta manera se vuelve necesario comprender y definir cualitativamente la lógica subyacente a ese modo diferente del desarrollo.

3. *Valorar contextos y conductas de la persona.* Es preciso analizar y frecuentemente modificar las intervenciones con las personas que se convive o se relaciona la persona, por lo tanto, el análisis del contexto debe definir los siguientes pasos: relaciones funcionales entre conductas de la persona y las contingencias del medio (en que situaciones producen las conductas indeseables y que consecuencias tienen); oportunidades reales de interacción y aprendizaje; la percepción de las demás personas hacia la persona que viven con TGD, igualmente como los grados de ansiedad, asimilación, sentimiento de impotencia, frustración, culpabilización, satisfacción al relacionarse, entre otras, en función a las relaciones con los niños o personas diagnosticadas con TGD.

4. *No solo llevar pruebas psicométricas de ciclos cortos, sino observación detallada.* Para lograrlo es necesario establecer una relación lúdica, positiva y libre de ansiedad, sabiendo escuchar su ritmo, comprendiendo que es diferente del propio evaluador.

5. *Para realizar la valoración es necesario e imperante interactuar con la persona.* Establecer cierta calidad de relación, dado que por el mismo diagnóstico suele ser complicado, es necesario convertirse en un observador a profundidad reconociendo las interacciones gratificantes para la persona, los estilos interactivos contingentes, tranquilos, no ansiógenos, presentación de señales claras, y de esta manera eliminar estímulos, gestos y palabras innecesarias o irrelevantes para llegar a una interacción adecuada.

Con estos factores las evaluaciones se vuelven necesarias y complementarias, para definir las fortalezas y retos en las diversas áreas planteadas del desarrollo.

#### Evaluación de la capacidad cognitiva.

Para su valoración se incluyen las siguientes áreas:

- Sensomotriz: se recomienda la orientación neopiagetiana, escalas donde se evalúan pertenencia del objeto, de medios-fines, imitación vocal y gestual, causalidad operacional, relaciones de objeto espacio o esquema relacional de objetos; imitación y juego simbólico; en esta se valora la imitación diferida y simbólica que pudiéndose hacer tareas específicas, por ejemplo, la evocación verbal del sonido que emite un animal, la del juego simbólico que puede hacerse mediante tareas, instrumentos o metodología observacional evaluando así el juego sensomotriz, ordenado, funcional y si es por iniciativa o por iniciación del adulto.
- Mentalización: se evalúa mediante el desarrollo de tareas de atención conjunta, capacidad simbólica, entendimiento del engaño, en comparación con el desarrollo normal, usando la observación directa, uso de tareas concretas, así como información de las personas encargadas de su cuidado, a través de los componentes de observación prolongada, en diversos ambientes, es obligatorio para comprender el funcionamiento cognitivo e intelectual actual de sus posibilidades. (Agost. 2008),

En este mismo contexto es importante aplicar pruebas que les motiven y que midan aspectos relevantes de su capacidad cognitiva.

#### Evaluación de la comunicación y lenguaje.

En este apartado se toman en cuenta los componentes del lenguaje, sea contenido, forma o uso, partiendo de esto se desarrollan tareas o se seleccionan instrumentos que den cuenta del nivel de desarrollo verbal o gestual y su alteración, de tal forma que, la obtención mediante observación directa de muestras de conducta, junto con el diseño de tareas específicas e instrumentos estándares, completan el cuadro de evaluación verbal.

#### Evaluación de las relaciones interpersonales.

Mediante los instrumentos se proporciona una idea de cuál es el tipo de relación con que cuenta la persona con TGD o TA, la forma en que interactúa, funciones de estas relaciones que tiene por medio las habilidades propia de los sujetos con TGD o TA, existen otros aspectos con respecto a las relaciones interpersonales que deben ser valorados en los TGD; que son esencialmente los siguientes puntos:

- Con qué personas.
- En qué contexto se establece la relación.
- Con que frecuencia.
- Grado de iniciativa.
- Que finalidades tienen dichas relaciones.
- Cuál es su valencia.
- Cuál es su consecuencia.

El establecer relaciones con iguales es uno de los objetivos más difíciles de alcanzar, en los contextos educativos en las personas con TA, las consecuencias de las interacciones pueden ser variables, en algunos casos la iniciativa de relación existe, pero se expresa de forma débil e indiferenciada, que no se reconocen con facilidad por los compañeros potenciales de la relación. Se valoran estos extremos exigiendo una observación cuidadosa y estructurada, con procedimientos observacionales y con tareas que se deben construir. Hay instrumentos estandarizados que valoran las conductas de relación, que son más difíciles de determinar de forma estructurada, ya que exigen tipos de observación prolongadas e implican por definición evaluar el grado de espontaneidad de las conductas interactivas de la persona, sin embargo la evaluación de las personas con TGD y TA debe ir más allá de la superficie conductual y ser más objetivable. (Rivière, 2005)

#### Evaluación de aspectos emocionales y de la personalidad.

La evaluación debe tener un intento riguroso de reconstruir un mundo mental, un mundo extraño del interior de las personas con TGD y TA, definiendo sus emociones y de los contextos en que se producen, determinando sus afectos y la captación de su personalidad. La valoración se debe situar en un contexto más equilibrado y eficaz, sin limitarse a los aspectos cognitivos o conductas obvias.

#### Evaluación curricular.

Es necesario definir en la valoración, la zona de desarrollo próximo, como expresaba Vigotsky (Cit. en Rivière, 2005), dentro de las posibilidades de aprendizaje, así como sus necesidades específicas dentro de ámbitos escolares de las personas con TGD y TA, aumentando las posibilidades de inserción dentro de la currículo escolar, implicando un conocimiento preciso de estos, el establecimiento de relaciones claras entre las competencias evaluadas y los proyectos curriculares

La valoración debe terminar con:

- a) Una definición específica de objetivos concretos de enseñanza-aprendizaje, para el niño evaluado.
- b) Una determinación, también clara de las adaptaciones de objetivos, estrategias o procedimientos de los proyectos curriculares vigentes.
- c) Consideración de los contextos de aprendizaje y de actitudes educativas globales como respeto al niño o persona con TGD y TA.

Rivière (2005), aconseja que se tengan en cuenta tres aspectos:

1. La relación directa de psicopedagogos y profesores es necesaria para el fin de las actividades educativas.
2. Lo que necesitan las personas con TGD y TA al sistema escolar es diversidad, flexibilidad, capacidad de adaptación, un alto nivel de personalización de las actividades de enseñanza y de las actitudes educativas.
3. La valoración psicopedagógica debe incluir una definición precisa de los recursos de apoyo a la labor educativa.

Existe otro tipo de evaluación médica o biomédica, la cual consiste en la evaluación del ambiente, no importando que la etiología de los TGD se relacione directamente con factores genéticos. Esta evaluación permite, también, detectar enfermedades o trastornos que pueden ser acompañados con síntomas de Autismo, por ejemplo el síndrome de Rett que es de corte genético y con características bien definidas, sirve para descartar o aprobar complicaciones físicas derivadas del déficit en los TGD, la evaluación en este rubro debe incluir todos los aspectos globales, y dependiendo de datos obtenidos en la misma se pueden realizar exámenes complementarios.

#### **4.3 Diagnóstico.**

El diagnóstico, por su parte, es un proceso de carácter deductivo, por el cual los profesionistas especializados a través de sus conocimientos, experiencia clínica y categorías universales avaladas por la comunidad científica, clasifican y caracterizan el comportamiento del individuo, estableciendo un plan de intervención apropiado a las características de la persona con TGD. Una vez categorizado el TA y realizado el diagnóstico diferencial, se procede a un estudio biomédico que busque o identifique causas subyacentes, ayudando a entender las necesidades de la persona con TA, así como orientar sobre las exploraciones posteriores. Todo lo anterior debe tener un carácter multidisciplinario, asegurando la participación de todos los especialistas y para que no se realicen pruebas innecesarias (Rivière. 2000).

Existen fases específicas del proceso diagnóstico, como la recopilación de información a través de la historia clínica, la administración de pruebas (evaluaciones que anteceden siempre al diagnóstico), las cuales permitirán, conocer la sintomatología, así como el perfil psicológico, evaluación psicológica y psiquiátrica y por último, la entrega de un informe, las cuales se describirá en las siguientes líneas.

1.- Historia clínica. Esta es la recopilación de datos relevantes de la persona, como ha evolucionado el niño desde el periodo prenatal hasta el momento actual así como las aplicaciones de pruebas de evaluación y diagnóstico diferencial, los datos deben recogerse de manera detallada y en un ambiente de tranquilidad, dar importancia a la información dada por los padres y construir entre los padres y los

profesionales un ambiente de confianza. Los contenidos deben de tomarse de antecedentes familiares, datos pre y neonatales, historia evolutiva, antecedentes en cuanto a salud, aspectos familiares y psicosociales, consultas y tratamientos anteriores, y detalles de observaciones a lo largo de la vida de la persona con TGD y TA.

Estos aspectos dentro de la historia clínica son relevantes porque apoyan el diagnóstico diferencial, por ejemplo, nos permite conocer la edad de inicio de los primeros síntomas, o cuando los padres se comenzaron a preocupar. Es importante profundizar en aspectos característicos del TGD y TA como son deficiencias de la interacción social, alteraciones de la comunicación, patrones restringidos de actividad, y comportamientos e intereses.

2.- Administración de pruebas. Existen diversos instrumentos que pueden ser aplicados por distintos profesionales, todos ellos relacionados en el ámbito de la salud, principalmente psicólogos y profesionales del área de la educación, centrados en las necesidades de la persona con TGD y TA así como a sus familias, donde impera la multidisciplinariedad.

Existen diferentes tipos de pruebas que evalúan aspectos como: la historia de la persona (ADI-R, DISCO), pruebas para codificar el comportamiento presente del TEA (ADOS-G, CARS, GARS), pruebas para la evaluación cognitiva (Uzgiris/HDD, Merrill-Palmer SMTS, LIPSL, WPPSI, WISC, WAIS, test de matrices progresivas Raven, escala Bayley de desarrollo infantil, PER-R, escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad, K-ABBC), pruebas para la evaluación comunicativa, adaptativa y simbólica (CSBS, ACACIA, RDLS, VINELAND, Costello Symbolic), pruebas para detección temprana (CHAT par los 18 meses y el M-CHAT para los 24 meses), por mencionar los más usados en las diversas áreas del desarrollo. (Rivière. 2000)...

3.- Evaluación psicológica y psiquiátrica. Se encuentra en el proceso del diagnóstico general y no como algo independiente de este. Para la evaluación psicológica uno de los objetivos es establecer un diagnóstico diferencial, entre el abanico de los TGD, es decir dentro de los subtipos del Trastorno, esto facilitará la identificación de otros Trastornos comórbidos, determinando así un perfil general de habilidades y deficiencias, para poder elaborar un plan de intervención, dirigido a un perfil de funciones psicológicas, el cual funcionará como línea base del funcionamiento de la persona con TGD y TA. Esto permitirá evaluar de forma paralela progresos e idear tratamiento donde las capacidades a evaluarse las mismas como son: el nivel de inteligencia, las funciones neuropsicológicas, el lenguaje y la comunicación, problemas comportamentales, y evaluación contextuales de necesidades y posibilidades de la familia. (Rivière. 2000).

En la evaluación psiquiátrica se busca que el especialista tenga una formación infanto-juvenil, donde su papel sea el establecimiento del diagnóstico, siempre y cuando los síntomas coincidan con lo esperado en el diagnóstico de los TGD. Su función es recomendar tratamientos psicofarmacológicos dado que las personas con TGD en su mayoría, requieren del uso de medicamentos específicos para el

control de situaciones comportamentales (por dar solo un ejemplo), así como formar parte del equipo de asesoramiento los familiares y otros profesionales. Estos profesionales regularmente tiene la mayor carga dentro del diagnóstico dado que son los que remiten a las personas para ser diagnosticadas, por lo tanto su especialidad puede diferenciar otros trastornos y que en ocasiones llegan a compartir características con los TGD. (Rivière. 2000).

Es importante resaltar el uso de manuales específicos que faciliten el reconocimiento de los síntomas y los signos de los diversos TGD, de esta manera las clasificaciones diagnósticas como las propuestas en el DSM-IV-TR y el CIE-10 serán necesarios para revisar las características y diagnóstico diferenciales en el TGD y TA.

4.- Entrega de informe. Es el resultado final de todos los aspectos anteriores, integrados en forma textual, cubriendo ciertas características que favorezcan su entendimiento, como, claridad en el lenguaje sin tecnicismos, facilitando la comprensión de los mismos por personas que no estén familiarizadas con los términos o técnicas descritas o usadas para la evaluación. Debe incluir una descripción detallada del proceso de evaluación, debe hacer referencia a las fortalezas y retos, sin dar más peso a estos últimos, incluir orientaciones operativas fáciles de comprender e individualizadas, darse un diagnóstico preciso o describir la dificultad de hacerlo de manera clara sin términos ambiguos, por lo tanto, el diagnóstico debe ajustarse a las categorías y criterios avalados internacionalmente.

En la entrega del informe, la familia tiene la posibilidad de debatir el diagnóstico y las orientaciones del mismo, dando una explicación detallada, adaptada a la evolución del diagnóstico de manera personal, respetando los tiempos establecidos por los profesionales con la familia, entregando el informe lo más pronto posible; y es importante dar la confianza y apoyo de los profesional a la familia, dado que en ocasiones el primer contacto con el diagnóstico es un proceso difícil, por lo que de esta manera la familia en ocasiones no llega a preguntar acerca del diagnóstico y deja pasar un tiempo, regresando después con los profesionales para aclarar sus dudas, por este motivo se debe ser comprensivo a la situación y estar disponible para solucionar los cuestionamientos correspondientes de la evaluación y diagnóstico para cuando la familia regrese a pedir estas aclaraciones. (Rivière. 2000).

#### **4.4 Intervención cognitivo conductual.**

En el modelo cognitivo conductual se dirigen dos clases de intervenciones, la conductual que pone mayor énfasis en la intervención de conductas adecuadas e inadecuadas para la generación de habilidades nuevas, y la cognitiva enfocada al trabajo de habilidades sociales y así como el trabajo en procesamientos cognitivos deficitarios (atención, memoria de trabajo, entre otros procesos cognitivos.)

## Modelos conductuales.

En la intervención conductual se generan los siguientes modelos de intervención que a continuación se plantean en la tabla.

Modelos conductuales clásicos.				Modelos conductuales contemporáneos.			
Modelo.	Características.	Tiempo.	Áreas de intervención.	Modelo.	Características.	Tiempo.	Áreas de intervención.
<u>Análisis conductu al aplicado.</u> (ABA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creado en la década de los 60s.</li> <li>• Centrado en corregir deficiencias en la comunicación trabajando sobre conductas de adquisición</li> <li>• Usa técnicas de modificación de la conducta.</li> <li>• Pone suma importancia en los padres como coterapeuta.</li> <li>• Intervención uno a uno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su duración es de 2 años de forma intensiva con 40 horas a la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje-comunicación.</li> <li>• Habilidades sociales.</li> <li>• Habilidades académicas.</li> <li>• Habilidades adaptativas.</li> </ul>	<u>Apoyo conductu al positivo.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición de conductas adaptativas y socialmente aceptables.</li> <li>• Modificaciones en el ambiente.</li> <li>• Métodos de instrucción de análisis conductual aplicado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas adaptativas en el desarrollo integral.</li> </ul>
<u>Entrenamiento por ensayos discretos</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección de habilidades específicas generando componentes mínimos de las mismas.</li> <li>• Uso de estrategias de modificación conductual.</li> <li>• Intervención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado en comunicación lenguaje</li> <li>• Habilidades adaptativas.</li> </ul>	<u>Entrenamiento en comunicación funcional.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se basa en conductas comunicativas.</li> <li>• Sustitución de conductas problemáticas por conductas comunicativas funcionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación.</li> <li>• Conducta</li> </ul>

	uno a uno.						
<u>Programa de desarrollo infantil de Princeton.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención conductual en múltiples contextos.</li> <li>Se basa en principios de modificación conductual.</li> <li>Programación de transiciones por medio de imágenes.</li> <li>Entrenamiento específico a padres con asesorías de expertos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>28 horas semanales durante 11 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A todas las aéreas del desarrollo.</li> </ul>	<u>Enseñanza naturalista</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalización de conductas.</li> <li>Uso de estrategias de modificación de la conducta.</li> <li>Importancia en las interacciones niño-terapeuta.</li> <li>Énfasis en la participación paterna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conductas.</li> <li>Aprendizaje generalizado.</li> </ul>
<u>Programa de Rutgers.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención conductual.</li> <li>Basado en el hogar con desvanecimientos paulatinos de hogar llevando a escuela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Duración aproximada de dos años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención temprana.</li> <li>Evaluación conductual.</li> <li>Intervención psicoeducativas en escuela.</li> </ul>	<u>Entrenamiento en conductas pivote</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conductas específicas como objetivos primordiales.</li> <li>Estructuración de ambientes de aprendizaje.</li> <li>Basado en el juego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No específica.</li> </ul>	<p>Áreas pivote como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respuestas claves hacia el ambiente multivariadas.</li> <li>motivación.</li> <li>Automanejo.</li> <li>Iniciaciones sociales.</li> </ul>
<u>Programa global de análisis conductual aplicado a la escolarización. (CABAS)</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis conductual en la escuela.</li> <li>Uso de observaciones sistemáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas curriculares (cognitiva comunicativa, autoayuda, desarrollo físico, afectos y emociones).</li> <li>Adaptaciones al currículo escolar.</li> </ul>	<u>Enseñanza del entorno.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aproximación naturalista.</li> <li>Eso del moldeamiento.</li> <li>Uso de la demora temporal.</li> <li>Oportunidades incidentales.</li> <li>Modificación en el ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades de la vida diaria.</li> <li>Comunicación.</li> <li>Socialización.</li> </ul>
<b>Intervención combinada.</b>							
Modelo.	Características.		Tiempo.		Áreas de intervención.		
<u>El modelo TEACCH –Treatment and</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se centra en entender la ‘cultura del autismo’, la forma que tienen las personas con TGD y TA de pensar, aprender</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se extiende desde la infancia temprana hasta edad adulta.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Intenta mejorar diferentes problemas como la comunicación, la cognición, la percepción, la imitación y las</li> </ul>		

<p><u>Education of</u> <u>Autistic and Related</u> <u>Communication</u> <u>Handicapped</u>  <u>Children</u> <u>(tratamiento y</u> <u>educación de niños</u> <u>autistas</u>  <u>y con problemas de</u> <u>comunicación)</u></p>	<p>y experimentar el mundo,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus actividades incluyen, entre otras: diagnóstico, entrenamiento de los padres.</li> <li>• Desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento del lenguaje y búsqueda de empleo</li> <li>• Se basa en identificar las habilidades individuales de cada sujeto, usando diversos instrumentos de valoración y, de forma característica, el perfil psicoeducacional</li> <li>• El programa enfatiza el aprendizaje en múltiples ambientes, con la colaboración de diversos profesores.</li> </ul>		<p>habilidades motoras</p> <p>Se basa típicamente en cinco componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• – Centrarse en el aprendizaje estructurado.</li> <li>• – Uso de estrategias visuales para orientar al niño</li> <li>• (estructura de la clase, del material y de la agenda) y para el aprendizaje del lenguaje y la imitación.</li> <li>• Aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas.</li> <li>• Aprendizaje de habilidades preacadémicas (colores, números, formas, etc.).</li> <li>• – Trabajo de los padres como coterapeutas, usando en casa los mismos materiales y técnicas.</li> </ul>
---	---	--	--

Tabla de modelos con intervenciones conductuales (véase Güemes, et.al., 2009;

Mebarak, Marinez y Serna, 2009; Mulas, et.al., 2010)

#### 4.4.1. Abordaje terapéutico cognitivo.

En este apartado se hablará del abordaje específico para la interpretación de las emociones que se deriva de los programas de lectura mental y del trabajo de las disciplinas cognitivas desde la psicología, dado que en el TGD existe otro tipo de aprendizaje de las emociones o procesos de interacción social, se necesita de andamiaje específico para lograr construirse. Por lo anterior es necesarios conocer los niveles de lectura mental, que siguen el desarrollo desde el reconocimiento de la expresión facial hasta la identificación de emociones basadas en creencias. (Valdez, 2007)

Howlin, Baron-Cohen y Hadwin (Cit. en Valdez, 2007) definieron diferentes niveles de capacidad de lectura mental, que sirven a los fines de evaluación y de establecimiento de líneas de base a partir de las cuales se generan intervenciones, son cinco niveles, los cuales son:

1. Reconocimiento de la expresión facial de fotografías. Reconocer a partir de fotos expresiones faciales de emociones básicas.
2. Reconocimientos de emociones básicas en dibujos esquemáticos. Es similar al anterior pero en dibujos
3. Identificación de emociones básicas en situaciones. En este nivel se dispersan las emociones en diversas situaciones donde la persona con TA sean capaces de predecir estas.

4. Emociones basadas en el deseo.
5. Emociones basadas en una creencia.

Hay otra propuesta de Howlin y et.al. (Cit. en Valdez, 2007) donde se trabaja con otros contenidos mentales, relacionados con la percepción, conocimiento y creencia, donde también establecen cinco niveles de comprensión de estados informativos, los cuales son:

- I. Toma de nivel visual.
- II. Toma de perspectiva visual compleja.
- III. Comprender el principio de que el ver conduce al saber.
- IV. Predecir acciones sobre la base del conocimiento de una persona.
- V. Comprender falsas creencias.

Otra investigación encabezada por Baron-Cohen (Cit. en Mebarak, Marinez y Serna, 2009) en el Instituto de Cambridge, produjo un trabajo llamado Guía Interactiva de Emociones, siendo un material multimedia donde se encuentra un rango amplio de emociones, clasificadas en veinticuatro grupos, para reconocerlas y expresar las emociones, estas son presentadas por actores, voces, filmaciones de expresiones y breves historias contextualizadas en cada tipo de emoción, se divide de la siguiente manera:

- Biblioteca de emociones.
- Centro de aprendizaje.
- Zona de juegos.

Para todas las actividades existen seis niveles de dificultad, que van desde los cuatro años de edad hasta los dieciocho años, el riesgo de este tipo de materiales es el hecho de que aprendan todo y posteriormente no sean capaces de transferir los logros hacia la vida cotidiana. (Valdez, 2007)

Otro material de trabajo es el elaborado por Monfort & Monfort (Cit. en Valdez, 2007), que se trata de una serie de fichas y actividades para trabajar distintos niveles de expresión y comprensión de emociones, en el contexto de las competencias pragmáticas, los objetivos son los siguientes:

- Identificar y nombrar emociones básicas y complejas (alegría, pena, vergüenza).
- Reconocer las causas en función del contexto.
- Comprender y expresar verbos mentales.
- Identificar estados mentales y conductas (ver y saber).
- Aprender a predecir la conducta de los demás.
- Comprender preguntas: ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Con quién?

- Utilizar la función deíctica del lenguaje.
- Comprender actos de habla indirectos.
- Resolver tareas de falsa creencias de primero y segundo orden.
- Comprender situaciones de engaño, mentira, broma.
- Comprender juicios morales y expresarlos.
- Resolver problemas pragmáticos.

## **5. Metodología.**

### **5.1 Propósitos y objetivos.**

El propósito de esta investigación está basado en un estudio de caso, para describir el proceso de adquisición de la comunicación funcional, a través de un Programa de Intervención de Adquisición de Gesticulación Básica de Emociones, mediante el uso de imágenes, la conducta de identificación deberá poseer tres propiedades esenciales:

- 1) Es una actividad intencionada;
- 2) Relacionada a algo, es intencional;
- 3) Se realiza mediante significantes (signos) y no actos meramente instrumentales como menciona Rivière (Cit. en Valdez 2007)

Para lograr este proceso, se describe y evalúa el proceso de adquisición, así como de aprendizaje de gesticulación básica de las emociones básicas y complejas, evaluando el uso de procesos de interacción en la comunicación funcional que se usará.

Objetivo: Que el niño a través del programa de intervención desarrolle las habilidades para la adquisición de las emociones básicas y complejas para que se logre la comunicación-interacción funcional con otras personas, mediante el uso de imágenes.

### **5.2 Tipo de estudio**

La investigación se basará en un estudio de caso (Vasilachis 2006), donde se inició con la recolección de datos, para después implementar el diseño y aplicar un programa de intervención, así como una evaluación y el análisis de resultados en forma cualitativa.

### **5.3 Descripción del caso.**

Nombre: "A",

Sexo: Hombre.

Edad: 6 años.

#### **Antecedentes.**

Familiares: su familia se compone de 5 integrantes que son: Madre de 40 años, Padre de 45 años (inmigrante en los EUA), Hermano de 13 años y Hermana de 3 años, su Padre en la actualidad vive en EUA con la finalidad de mejorar la calidad de vida de su familia (según reportes de la mamá de "A"), es el proveedor

económico de la familia, viven en casa de sus abuelos paternos, con los cuales convive recurrentemente.

Médicos. Se reporta buena salud física, la inquietud de los padres se da a partir del año y medio, dado que “A” presenta una pérdida de significativa de lenguaje, por este motivo asisten al médico de lo familiar, quien les remite a un Hospital de Especialidades Psiquiátricas Infantil, del sistema público, donde detectan como primer diagnóstico Trastorno General del Desarrollo, de ahí se realiza diversos estudios de gabinete (EEG, Audiometría y campos visuales), en esta misma institución ingresa a terapia.

Terapéuticos. Ingresa al Servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en la Ciudad de México, donde se proporciona el servicio de terapia conductual y social, para favorecer las relaciones con niños de su edad, es atendido por el psicólogo para el manejo de habilidades cognitivas y académicas, asiste a terapia de lenguaje y acude a clases de natación.

Escolares. Ingresó a la Educación Preescolar en el sistema normalizado, a partir del primer año de primaria acude a una escuela pública con atención sistema USAER, en donde su mamá funge como monitora dentro de la escuela.

### **Diagnóstico.**

La evaluación se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en donde se le diagnosticó dentro de los Trastornos Generales del Desarrollo, específicamente Síndrome de Asperger. Cumpliendo con el 80% de las características las cuales son según el DSM-IV TR (2002) son las siguientes:

a) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel del desarrollo del sujeto.
- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ej. no mostrar traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
- Ausencia de reciprocidad social o emocional.

b) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos, y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.

- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o los dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por partes de objetos.

c) El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d) No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p.e. a los dos años de edad utiliza palabras sencillas, a los tres años de edad utiliza frases comunicativas).

e) No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

f) No cumple los criterios de otro Trastorno Generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

#### **5.4 Escenario**

La atención, evaluación e intervención del niño diagnosticado con Trastorno de Asperger, se llevó a cabo en la Clínica Multidisciplinaria UMAI Nezahualcóyotl de la UNAM, periférica a la FES Zaragoza, UNAM. En un espacio destinado a la intervención y atención psicológica.

#### **5.5 Participante (s)**

Se trabajó con el niño de 6 años de edad, de sexo masculino, el cual fue llevado por su madre al servicio del área educativa, de la clínica multidisciplinaria Nezahualcóyotl, ya que fue diagnosticado dentro de los Trastornos Generales del Desarrollo específicamente Trastorno de Asperger por parte del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Las características que presentaba “A” en ese momento a nivel conductual reportadas por su madre, fueron las siguientes:

- Ausencia total de lenguaje verbal solo usaba en pocas ocasiones el gesto de señalar para indicar necesidades primarias (hambre, sed, baño).
- Poca o nula interacción con sus hermanos.
- Juego extraño y repetitivo.
- Poca o nula atención a estímulos externos.
- Indiferente a opciones en situaciones sociales o de juego.

- No reconoce emociones, ni las expresa.
- Inflexibilidad a lugares nuevos o situaciones nuevas, presentando berrinches y conductas disruptivas ante situaciones nuevas.
- Poco interés hacia expresiones graficas (escritura e imágenes.)

## 5.6 Instrumentos

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron para definir el estado de evolución en las áreas de desarrollo normalizadas, permitieron conocer las deficiencias del nivel real del niño, así como lo que se encontraban dentro de la norma, a continuación se describen los instrumentos utilizados:

Entrevista estructurada. Se obtiene datos específicos del desarrollo integral del individuo en el trascurso del desarrollo de manera cronológica. Esta entrevista fue obtenida del IHB de Macotella (2010), el cual arroja evidencia suficiente del avance del diagnóstico.

Guía Portage. (Bluma, Sherer, Frohman y Hilliard, 2004) Es una prueba de evaluación que permite determinar las capacidades generales del niño, consiste en una serie de listados de objetivos que resumen los comportamientos más relevantes que ocurren entre el nacimiento y los seis años, organizados con orden de sucesión típica abarcando las siguientes áreas:

- a) Cómo estimular al bebé. Proporciona estímulos al bebé, partiendo del medio ambiente.
- b) Socialización. Comprende el aprendizaje de socialización de comportamientos adecuados al entorno y así como de interacción con las personas a través de la imitación, participación y comunicación.
- c) Lenguaje. Evalúa el mismo y da un gran aporte para posibles intervenciones.
- d) Autoayuda. Evalúa destrezas en el campo de la autonomía personal.
- e) Cognición. Evalúa el acto de pensar, capacidad para recordar, ver u oír semejanza, diferencias y establecer relaciones entre ideas y cosas.
- f) Desarrollo motriz. Evaluación del movimiento coordinado de músculos grandes y músculos pequeños (gruesa y fina), del cuerpo.

Aunque en sujetos con sospecha de retraso o confirmación del mismo, se puede usar hasta los 14 años, en cada área se incluye una serie de objetivos que deben ser dominados dependiendo del desarrollo normalizado del niño. Estas listas nos permiten conocer tres aspectos importantes; el primero el nivel actual de ejecución comportamental del niño, el segundo el aprendizaje procesal de los comportamientos requeridos para la ejecución de éstos, y el tercero los comportamientos que no domina.

*Inventario de habilidades básicas (IHB)*, (Macotella, 2010). Es una herramienta usada en la evaluación de niños con retardo en el desarrollo, su objetivo es vincular el diagnóstico con el tratamiento de problemas asociados al retardo y determinar habilidades que posee el niño y habilidades de las cuales carece, junto con tres objetivos particulares los cuales son; establecer bases para programaciones educativas; estrategias de agrupamiento en función de la similitud de repertorios y servir como modelo de trabajo adaptado a variados ámbitos profesionales.

El IHB evalúa 726 habilidades, divididas en cuatro áreas del desarrollo infantil, las cuales son: área básica (172 reactivos), coordinación visomotriz (159 reactivos), personal-social (87 reactivos) y comunicación (308 reactivos). Y en cada área existen subáreas y categorías que permiten una evaluación focalizada.

Con lo anterior se estableció los objetivos para el diseño de la intervención con las cuales el niño debía contar con habilidades básicas de atención, imitación y motricidad. Esto facilitará el proceso de enseñanza-aprendizaje necesaria para el desarrollo del Programa de Intervención Específico.

## **5.7 Procedimiento**

El desarrollo de la intervención y su establecimiento direccionaron la investigación para que los resultados sean más claros y concisos, se describirá los procesos necesarios para la implementación del programa.

### **5.7.1 Desarrollo del programa.**

El programa se diseñó mediante el establecimiento de tres etapas:

Etapa I. Evaluación inicial: Constó de la aplicación de la entrevista, el rapport y aplicación de los instrumentos de evaluación.

Etapa II. Elaboración del plan de intervención: En esta etapa se definió los objetivos del programa específicos, el diseño y niveles o fases operativas del programa y la aplicación del programa de intervención.

Etapa III. Evaluación final: Se aplicaron los instrumentos iniciales de evaluación para determinar el avance en las áreas del desarrollo posterior a la aplicación del programa.

El diseño del programa se llevó a cabo con la aplicación de técnicas cognitivas conductuales, que incrementan el aprendizaje, estas se aplicaron al aprendizaje de la expresión gesticular de las emociones mediante el uso de imágenes, buscando como resultado además del aprendizaje, la ejecución expresiva facial, verbal e intención comunicativa de su propio estado emocional en diversos contextos.

Las técnicas usadas, provienen del Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés) (Güermes, et. al., 2009) y abordajes terapéuticos cognitivos como los de Howlin, Baron-Cohen y Hadwin (Valdez, 2007), se encaminan principalmente a generar habilidades sociales, para el reconocimiento de emociones mediante el uso de imágenes, al mismo tiempo a mantenerlas, también se desarrollaron áreas específicas de teoría de la mente dentro del trabajo cognitivo, las técnicas usadas en este programa fueron:

**Reforzamiento positivo:** Se presentó un objeto o hecho agradable después de obtener una conducta deseada, ya que este reforzador ayuda a aumentar o mantener conductas (Walker y Shea, 2000), este proceso implica que se aumenta la posibilidad de que la conducta ocurra a futuro, reforzándola con un reforzador apropiado y significativo para el niño.

**Imitación:** Es la copia de una conducta emitida por un modelo u otra persona, no es necesario que la conducta solicitada sea idéntica pero sí que sea parecida y sobre todo que sea contingente en la emisión de la misma (Ribes, 1970), por esto consta de tres elementos:

1. Semejanza de entre conductas (del imitador y del modelo).
2. Relación temporal entre las conductas.
3. Omitir la instrucción inicial para que la conducta sea imitada sin la instrucción.

**Moldeamiento:** Es un reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta deseada, hasta que ésta se establece (Walker y Shea, 2000) consta de los siguientes pasos:

1. Selección de una conducta objetivo.
2. Obtención de datos confiables de línea base, esto quiere decir que se toma registros para saber si existe o no esta conducta en los repertorios del individuo.
3. Selección de reforzadores potentes, objetos o situaciones que sean de su total agrado.
4. Reforzamiento por aproximaciones sucesivas de la conducta objetivo cada vez que esta ocurra.
5. Reforzamiento de conductas recién establecidas cada vez que estas ocurran.
6. Reforzamiento de la conducta sobre un programa de reforzamiento variable.

**Modelamiento:** Es una de las formas de aprendizaje más usadas, consiste en modelar la conducta deseada y que el individuo realiza la conducta, los más próximo posible a la conducta objetivo, se diferencia de la imitación por que puede abarcar conductas más largas y conductas encadenadas, no solo se usa para

generar conductas, sino también para eliminar conductas, sobre todo porque es un aprendizaje por observación e imitación (Walker y Shea, 2000).

### **Áreas de trabajo cognitivo.**

Para esta área se ocuparon los conceptos de teoría de la mente, enfocados únicamente hacia la capacidad de interpretar las emociones expuestas en las imágenes, para lograr un aprendizaje conveniente de las mismas.

#### **Reconocimiento de emociones:**

Se trabajan en cuatro niveles:

- Reconocimiento de expresión facial en fotografías, con la presentación de estas el niño reconocerá las emociones en estas fotos;
- Reconocimiento de emociones básicas en dibujos esquemáticos, con el mismo objetivo que el primer nivel.
- Identificar emociones basadas en situaciones, donde el objetivo será la capacidad de predecir cómo se sentirá una persona en cierta situación;
- Relacionar emociones basadas en deseo

Basados en el programa, de teoría de la mente del Dr. Baron-Cohen (Valdez, 2010)

#### **5.7.2. Objetivos del programa.**

Objetivo general.

Lograr que el niño "A" diagnosticado con Trastorno de Asperger, identifique, reconozca, exprese y comprenda emociones básicas a través del uso de imágenes, obteniendo la información necesaria de las mismas y de esta manera alcance una expresión verbal de las emociones.

Objetivos particulares.

- Identificará las partes del rostro e iniciará la imitación gesticular de las emociones básicas.
- Reconocerá la gesticulación de las emociones básicas.
- Comprenderá las emociones básicas cuando se le pregunte.
- Expresará la emoción que corresponda a contextos conocidos o familiares.

### 5.7.3. Lineamientos del programa.

Se establecieron los siguientes lineamientos cognitivos con la finalidad de facilitar la intervención los cuales son: identificación; reconocimiento; expresión y comprensión de las emociones, esto permitirían la asimilación de las emociones, mediante las técnicas usadas dentro del programa, dando un respaldo teórico para guiar a la adquisición del aprendizaje de las emociones.

También se categorizaron las emociones que se emplearon en el plan de intervención, dado que en la teoría se consideran primeramente a las emociones básicas (estas emociones básicas son: feliz, enojado, triste y asustado), las cuales facilitarían la comprensión o adquisición de emociones más complejas (Choliz, 2005), ya que en la intervención con niños diagnosticados con Autismo, está relacionada a la comprensión de emociones, lo cual se facilitara por medio del uso de imágenes.

A continuación se definen los lineamientos cognitivos:

- *Definición conceptual.*

**Identificación.** Afirmación o demostración, de que dos o más caracterizaciones separadas de individuos, designan en realidad al mismo individuo.

**Reconocimiento.** Percepción de un objeto o un individuo, acompañada de un sentimiento de familiaridad, o dé la impresión de que el objeto es familiar o ha sido percibido en otro tiempo.

**Expresión.** Cualquier reacción, simple o compleja de un organismo, acompañantes subsidiarios de una reacción que sirven para indicar el efecto producido por la situación sobre el individuo cuando las reacciones más patentes son inhibidas o deformadas.

**Comprensión.** Conocimiento acerca de un objeto, situación, suceso, se aplica a la experiencia completa acerca de los objetos externos, principios generales, etc., en los cuales a la experiencia directa, de los datos en cuestión se añade una idea acerca de su composición, relación, orígenes, etc. (Véase Warren, 2005.)

- *Definición operativa.*

**Identificación.** Igualar en sí mismo y en otras personas e imágenes, las partes del rostro que se ven implicadas en la gesticulación, así como, identificar con un modelo real cada gesticulación de emoción.

**Reconocimiento.** Identificar en imágenes (dibujos o representaciones graficas) simples, complejas así como en fotos de personas conocidas o desconocidas (imagen real) la gesticulación de emociones básicas.

**Expresión.** Ejecutará la gesticulación de emociones básicas primero por medio de la imitación como técnica de aprendizaje, para posteriormente basar la transición en la ejecución, por medio de la presentación de imágenes y finalmente, se dará esta sola mediante la instrucción verbal, logrando así, discriminar por instrucción cada gesticulación las emociones básicas.

**Comprensión.** Asociar las emociones y sus gesticulaciones a objetos y contextos, ya sea por medio de la expresión gráfica de sus propias emociones cuando se le pregunte o de manera espontánea (Véase Warren, 2005.)

#### Definición de emociones básicas.

**Felicidad (Feliz/Alegre).** Estado de satisfacción general, caracterizado por el contento con la vida en conjunto; alegría, sentimiento o actitud emotiva caracterizada por un tono sensorial agradable y relacionado con sucesos o experiencias del presente inmediato.

**Ira (Enojado).** Grupo bastante bien definido de reacciones habitualmente provocadas por injurias o restricciones auténticas o imaginarias, caracterizadas por cualidades hedónicas mixtas en las que predomina el desagrado, y señaladas con frecuencia por una descarga bastante densa en el sistema nervioso autónomo, frecuentemente acompañada de actividades somáticas del tipo ataque o defensa.

**Tristeza (Triste):** actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable y que se expresa por suspiros, lagrimas, y por la pasividad y disminución tónica de los músculos voluntarios.

**Miedo (Asustado).** Comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo de desagrado, y acompañado de actividad del sistema nervioso simpático con varios tipos de reacciones motoras, como temblor, encogimiento, huida, ataques convulsivos. (Véase Warren, 2005.)

#### **5.7.4. Implementación del programa.**

El programa se diseñó con una duración de tres meses y 4 semanas, constando de 58 sesiones, se impartieron 2 sesiones por semana con una duración de 1 hora aproximadamente, en un cubículo con modalidad clínico educativo previamente arreglado con los materiales necesarios para cada sesión y con actividades de seguimiento en casa.

Para la implementación del programa se establecieron 3 etapas las cuales facilitaron la estructura de ejecución del mismo, buscando dar respuesta a los objetivos de la intervención. A continuación se describe las etapas y la distribución del tiempo propuesto (Ver Anexo 1).

### *Etapa I Evaluación inicial.*

Consistió en el primer contacto con la mamá de “A” acerca de la intervención guiada hacia el trabajo con la gesticulación de emociones, explicando de manera general los objetivos, el procedimiento y las estrategias de trabajo; después de esto se aplicó la entrevista que duro 2 sesiones, en las cuales no estaba presente “A”; se continuo con 3 sesiones más de rapport con “A”, en la primera se pidió que estuviera su mamá para disminuir ansiedad y en la segunda sesión se pido que de manera intermitente se fuera retirando de la sesión, prolongando cada vez más las ausencias hasta esperar fuera del lugar y que “A” permaneciera solo el resto de la sesión, para la tercera sesión, se solicitó que solo estuviera “A” y que su mamá permaneciera cerca esperando fuera del lugar donde se llevaba a cabo la sesión.

Una vez obtenida la información, por medio de la entrevista estructurada y con el periodo de rapport concluido, se realizó la aplicación de pruebas que evaluaran el desarrollo global de “A”, aplicándose la Guía Portage (Bluma, Sherer, Frohman y Hilliard, 2004) y el inventario de Habilidades Básicas (IHB) (Macottella 2010), consideradas como medidas representativas que pudieran dar el nivel concreto de las habilidades de “A”, con lo cual se captara las necesidades en el área socio afectiva.

### *Etapa II Plan de intervención.*

Una vez obtenido los niveles de habilidades de “A” se concretó un programa, estructurado en fases, las cuales debían dar no solo un panorama general de los contenidos necesarios para lograr que “A”, obtuviera de manera contundente las habilidades necesarias para identificar la gesticulación de emociones mediante el uso de imágenes y usarlas a su favor en contextos comunicativos, sino que además, favorecieran el aprendizaje significativo de los elementos de cada una, estas fases se dividieron en:

1. Identificación.
2. Reconocimiento.
3. Expresión.
4. Comprensión.

Cada fase constaba de sesiones (ver Anexos 2 – 5), las cuales iban enmarcando las actividades a ejecutar en las sesiones, así como las actividades de seguimiento que permitiera desarrollar más rápido y de manera permanente las habilidades deseadas en cada fase, así también, se desarrolló una evaluación por fase que diera un panorama general de si estas habilidades eran adquiridas o estaban en proceso de adquisición.

Para este proceso se generó una red temporal (Tabla V) que explica claramente lo que ocurrió a lo largo del proceso.

FASE  ETAPA.	ETAPA  INICIAL	ETAPA  INTERMEDIA	ETAPA  FINAL.
<b>FASE DE IDENTIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-evaluación con IHB y Guía Portage.</li> <li>• Se evaluó y estableció la etapa de identificación mediante ítems establecidos para esta fase.</li> <li>• Observación las áreas de desarrollo que fueran un reto e esta etapa.</li> <li>• Evaluación inicial de la fase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desarrolló el proceso de aprendizaje enseñanza para esta etapa.</li> <li>• Se propició habilidades de identificación de partes del rostro y de emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se favoreció a través de actividades la apropiación de gesticulación de emociones.</li> <li>• Evaluación final de esta fase.</li> </ul>
<b>FASE DE RECONOCIMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la fase mediante ítems establecidos para ésta.</li> <li>• Observar que rasgos permanecen de la fase anterior.</li> <li>• Iniciación del procedimiento de enseñanza de la fase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de las actividades de aprendizaje.</li> <li>• Reconocimiento de las imágenes en el siguiente orden: pictogramas simples, complejos, imágenes reales de personas conocidas e imágenes reales de personas desconocidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidación del aprendizaje mediante el uso de imágenes con actividades de etiquetación o diferenciación de estas.</li> <li>• Evaluación del proceso de aprendizaje mediante los ítems aplicados al inicio de la fase.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>FASE DE EXPRESIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evaluó la fase con ítems establecidos.</li> <li>• Se inició el proceso de aprendizaje con imitación de cada una de las emociones establecidas para la intervención (felicidad, ira, miedo y tristeza).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del aprendizaje-ejecución de expresiones de emociones con seguimiento de instrucciones y discriminación de las mismas con apoyos visuales verbales y físicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropriación de expresiones de emoción solo mediante instrucción verbal sin ningún apoyo comprobándose con la elección de imagen.</li> <li>• Evaluación final de la fase con los ítems usados al principio de la fase.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>FASE DE COMPRENSIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la fase mediante ítems establecidos para ésta.</li> <li>• Se inicia el proceso de aprendizaje de comprensión en actividades y contextos establecidos de las emociones (felicidad, ira, miedo y tristeza).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación del proceso de aprendizaje-ejecución de comprensión de emociones encaminadas mediante preguntas concretas.</li> <li>• Se implementa la instigación de la expresión de su propia expresión emocional mediante la instrucción verbal con respuesta gráfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reafirmación de expresión gráfica de contextos con instigación verbal.</li> <li>• Reafirmación de expresiones de emociones en contextos diversos son apoyos visuales de la emoción.</li> <li>• Post-evaluación de la intervención con las pruebas IHB y Guía Portage.</li> </ul>

*Tabla V Red temporal de evaluación e intervención.*

*Etapa III Evaluación final.*

Una vez terminada la intervención estructurada de cada una de las sesiones, y con las evaluaciones previas a cada fase (Ver Anexo 6 – 9), se realizó una evaluación final usando los mismos instrumentos de la evaluación inicial, con el fin de comparar resultados iniciales con resultados finales.

## 5.8 Resultados

A continuación se describen los resultados de las pruebas realizadas, las cuales fueron el Inventario de Habilidades Básicas (IHB) y la Guía Portage, donde se compara la pre-evaluación y post evaluación de cada uno, con una triangulación de dos gráficos, explicando lo que se encontró en el proceso de evaluación.

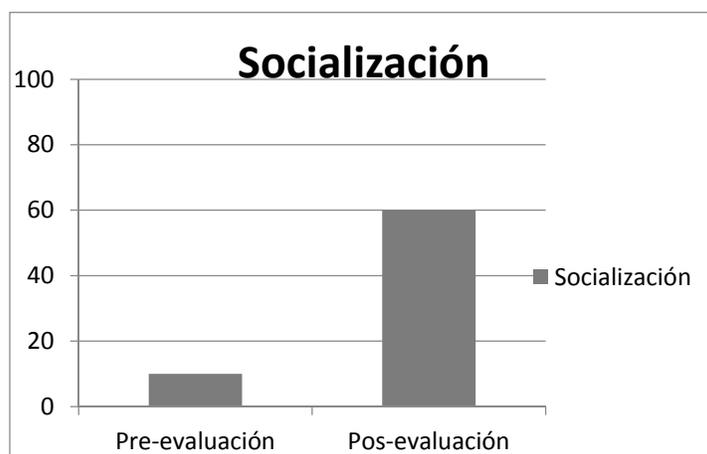
### Evaluación de la Guía Portage.

Se muestran los resultados comparativos de la Guía Portage del niño "A", se evaluaron: Socialización, Lenguaje, Autoayuda, Cognición y Desarrollo Motriz, y se presentan por medio de tablas y cuadros.

### Socialización.

Totales de evaluación Socialización.

Socialización		
# total de ítems	Pre-evaluación.	Post-evaluación
20	2	12
Porcentajes de ejecución		
100%	10%	60%

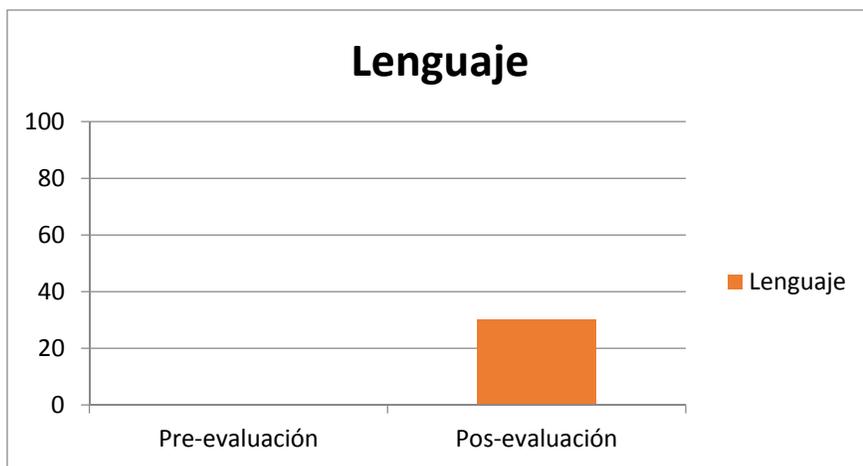


Se puede observar que en la pre-evaluación el niño obtiene el 12 % de los reactivos correctos, sin embargo en la post-evaluación hubo un incremento importante de hasta el 60%.

## Lenguaje.

### Totales de Evaluación Lenguaje.

Lenguaje		
# total de ítems	Pre-evaluación	Post-evaluación
30	0	
Porcentaje de ejecución		
100%	0%	30%

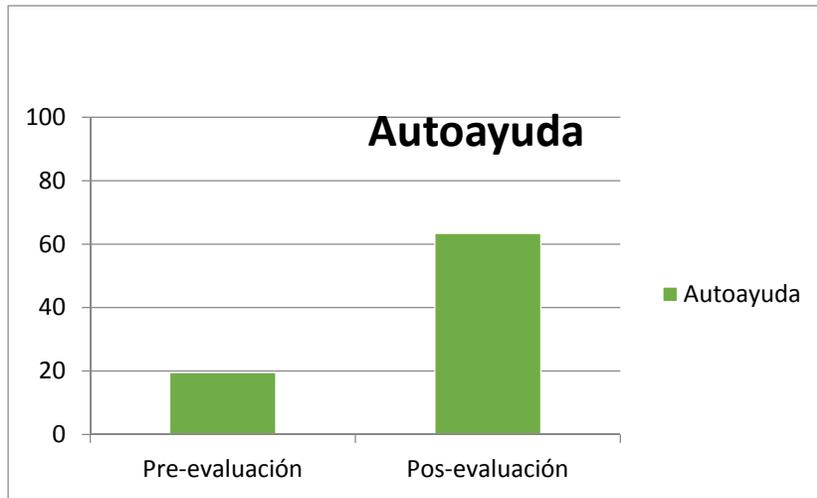


Se observa que el niño no cubrió ningún ítem en la pre-evaluación, sin embargo hubo un cambio importante del 30% de incremento en el desarrollo del lenguaje en la post-evaluación.

## Autoayuda

### Totales de evaluación Autoayuda.

Autoayuda		
# total de ítems	Pre-evaluación	Post-evaluación
41	8	26
Porcentaje de ejecución		
100%	19.5%	63.4%

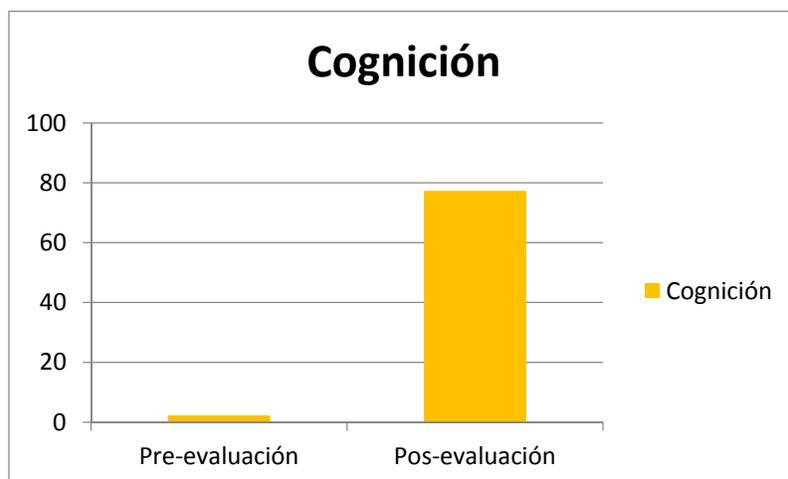


Se puede observar que en la pre-evaluación el niño obtuvo un 19.5 %, y hubo un incremento considerable en la post-evaluación logrando un aumento de 63.4%.

### Cognición

Total de evaluaciones Cognición.

Cognición		
# total de ítems	Pre-evaluación	Post-evaluación
44	1	34
Porcentaje de ejecución		
100%	2.3%	77.3%

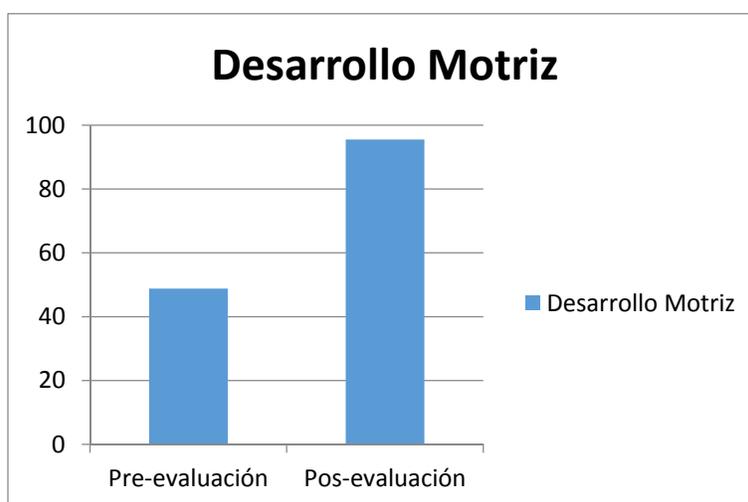


En esta área en la pre-evaluación el porcentaje alcanzado fue muy bajo con un 2.3%, sin embargo en la post-evaluación se obtuvo un incremento muy importante del 77.3%

### Desarrollo Motriz.

Total de evaluaciones Desarrollo Motriz.

Desarrollo motriz		
# total de ítems	Pre-evaluación	Post-evaluación
45	22	43
Porcentaje de ejecución		
100%	48.8%	95.5%



En esta área la pre-evaluación mostró un 48.8 % de nivel de ejecución, sin embargo en la post-evaluación hubo un incremento importante del 95.5%.

Se puede observar un incremento en las áreas de Socialización, Autoayuda, Cognición y Desarrollo Motriz por arriba de la media esperada, solo el áreas de Lenguaje su incremento fue únicamente del 30%, sin embargo esto puede ser considerado como un avance importante, dado que, no existía un porcentaje en esta área.

## Evaluación inicial del Inventario de Habilidades Básicas (IHB).

El IHB es un inventario que evalúa el nivel de funcionamiento de niños, que presentan un retraso significativo en el desarrollo, dando como objetivos, las habilidades adquiridas y las que aún no están desarrolladas para poder establecer criterios de trabajo o de intervención.

El IHB se divide en 4 áreas, estas son: Básicas, Coordinación Visomotriz, Personal Social y de Comunicación. En el IHB se evalúan las puntuaciones de cada área, sub áreas, puntuación máxima, habilidades probadas, respuestas correctas y porcentajes de ejecución, con esta evidencia el total del puntaje absoluto del IHB es de 726 habilidades probadas.

La aplicación del IHB al niño se realizó en dos momentos particulares; el primero se efectuó a manera de evaluación de las habilidades que presentaba el niño, y el segundo después del programa de intervención que se planeó para él, con la finalidad de comparar los avances y alcances del programa de intervención.

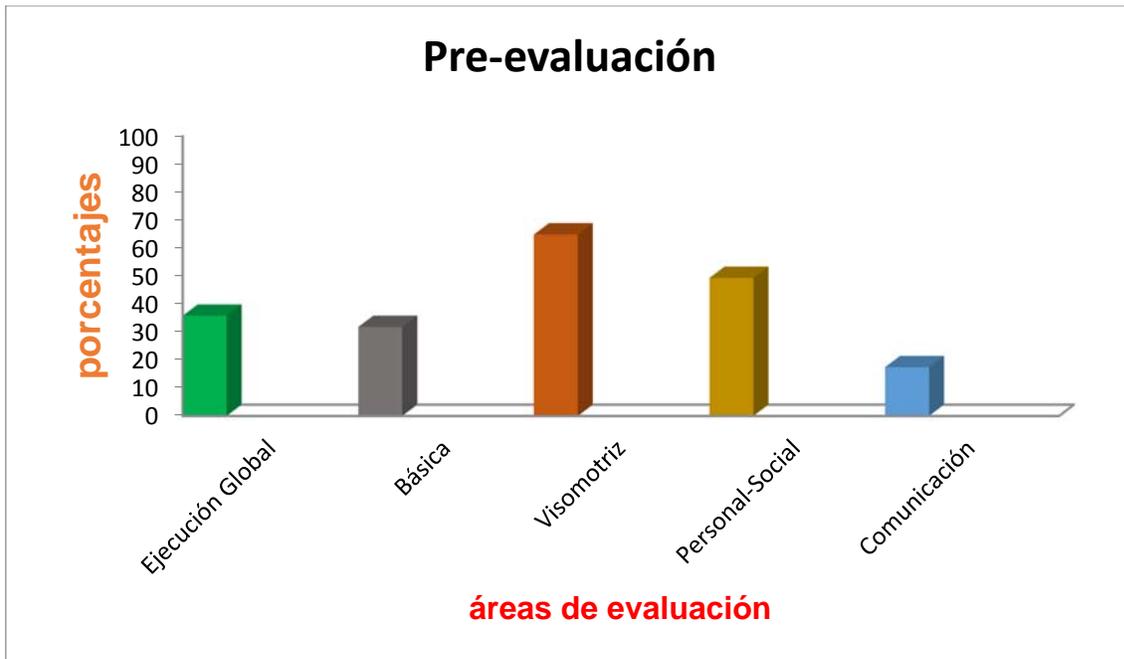
### Pre-evaluación.

Se realizó la Pre-evaluación al niño del IHB, dando como resultado un 35.9% de ejecución total, se probaron 724 habilidades (Cuadro I y Gráfica I):

PRE-EVALUACIÓN.					
ÁREAS	SUB ÁREAS	Puntuación máxima	Núm. de habilidades probadas	Núm. Respuestas correctas	Porcentaje de ejecución.
<b>Básica.</b>	Atención	28	28	15	54%
	Seg. Instruc	19	19	3	15.9%
	Imitación.	20	20	15	75%
	Discriminación	105	105	22	20.9%
	<b>Total.</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>55</b>	<b>31.9%</b>
<b>Coordinación Visomotriz.</b>	C. Mot. Gruesa	80	78	55	70.5%
	C. Mot. Fina	79	79	47	59.4%
	<b>Total.</b>	<b>159</b>	<b>157</b>	<b>102</b>	<b>64.9%</b>
<b>Personal social.</b>	Autocuidado.	55	55	34	61.8%
	Socialización	32	32	9	28.1%
	<b>Total.</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>43</b>	<b>49.4%</b>
<b>Comunicación.</b>	C. Voc.-Gest.	182	182	45	24.4%
	C. Verb-Voc.	36	36	6	16.6%
	Articulación	90	90	9	10%
	<b>Total.</b>	<b>308</b>	<b>308</b>	<b>60</b>	<b>19.4%</b>
	<b>Total Absoluto.</b>	<b>726</b>	<b>724</b>	<b>260</b>	<b>35.9%</b>

Cuadro I Resultados Pre-evaluación.

Gráfica I Porcentajes del perfil general en la evaluación inicial.



La gráfica muestra los porcentajes por cada área, donde el niño, presenta mayor habilidad en comparación con otras:

- Ejecución Global 35.9 %
- Básica. 31.9%
- Visomotriz. 64.9%
- Personal-social. 49.4%
- Comunicación. 19.4%

La ejecución global del 35.9%, muestra que el nivel de ejecución se encuentra por debajo de la media, dando como áreas fuertes la Visomotriz y la de Personal-Social, dejando como áreas de oportunidad de desarrollo el área Básica y de Comunicación.

A continuación se presentan las Tablas de Pre-evaluación con gráficas de perfiles específicos de las sub-áreas por categorías con porcentajes:

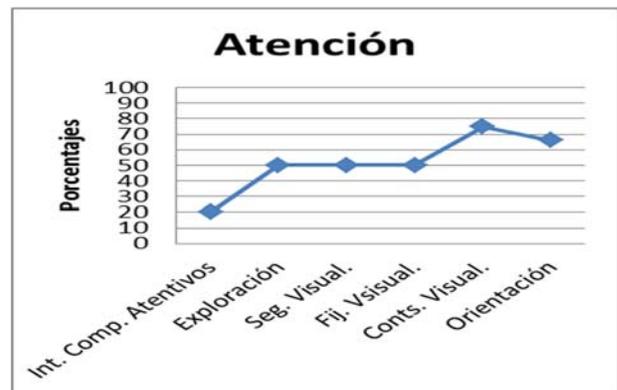
Como se ha mencionado el IHB, se divide en 4 áreas que son: Básica, Visomotriz, Personal Social y de Comunicación, cada área tiene diversas sub-áreas, donde se miden habilidades a probar, a continuación se desglosaran las diversas áreas con su respectiva sub-áreas.

### Área básica.

El área básica consiste en determinar si el niño posee un repertorio básico de conductas, indispensable para el desarrollo de otras habilidades, esta se divide en las siguientes sub-áreas: Atención, seguimiento de instrucciones, imitación y discriminación.

#### *Sub-área: Atención.*

Área Básica	
Sub-área Atención	
Categorías	Porcentajes
A. integración de comp. Atentivos	20%
B. Exploración	50%
C. Seg. Visual	50%
D. fijación visual	50%
E. contact. Visual	75%
F. orientación.	66%



Se puede observar que la sub-área de Contacto Visual y Orientación muestran un porcentaje del 75% y 66% respectivamente, sin embargo, presenta mayor problema en la Integración de Componentes Atentivos con un 20%.

#### *Sub-área: Seguimiento de instrucciones*

Área Básica	
Sub-área seguimiento de instrucciones.	
Categorías	porcentajes
A. Realización de actividades	0%
B. Realización de actividades secuenciadas	20%
C. Relación de acciones simples.	22%



Esta sub área se encuentra por debajo de la ejecución esperada, la relación de acciones simples y la realización de actividades secuenciadas solo superan el 20%, en la realización de actividades no se obtuvo ningún logro.

*Sub-área: Imitación.*

Área Básica	
Subáreas Imitación	
Categorías	porcentajes
A. Realización de actividades	66%
B. Realización de actividades secuenciadas	100%
C. Relación de acciones simples.	66%



Los porcentajes de esta subáreas se muestran por arriba de la media, en las categorías A y C obtuvieron un porcentaje de 66% y la categoría B que es realización de actividades secuenciadas obtuvo un logro del 100%.

*Sub área: Discriminación.*

Área Básica	
Sub-área Discriminación	
Categorías	porcentajes
A. Nombramiento	0%
B. Agrupación	0%
C. Colocación	20%
D. Señalamiento	20%
E. Igualación.	50%



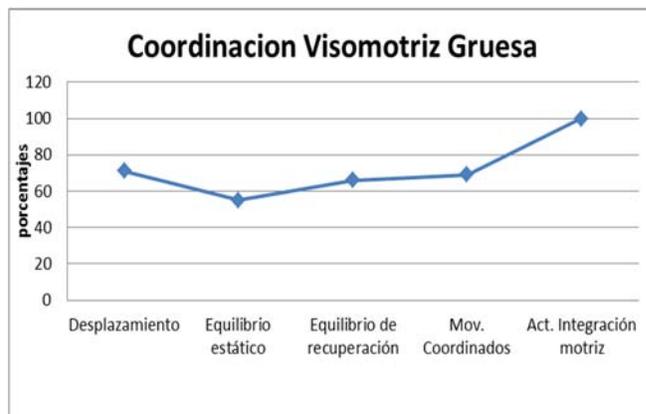
Las categorías C y D están por debajo del porcentaje medio de ejecución, la categoría de igualación obtuvo un 50%, las demás sub-áreas no presentaron avance.

### Área Coordinación Visomotriz.

La Coordinación Visomotriz se encarga de la destreza motriz aplicada al aprendizaje educacional, esta área se divide en las sub-áreas de Coordinación Visomotriz Gruesa y Coordinación Visomotriz Fina.

#### *Sub-área: Coordinación Visomotriz Gruesa.*

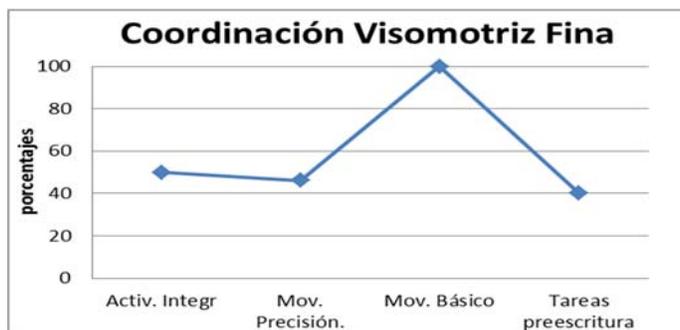
Área Coordinación Visomotriz.	
Sub-área C.V. Gruesa	
Categorías	porcentajes
A. Desplazamiento	71%
B. Equilibrio estático.	55%
C. Equilibrio de recuperación.	66%
D. Mov. Coordinados	69%
E. Act. Integración motriz.	100%



Esta sub-área tuvo un porcentaje de ejecución esperado, lo cual indica que existió un desarrollo continuo, ya que todas rebasaron el 60% a excepción del Equilibrio Estático con 55%, siendo una sub-área de desarrollo próximo.

#### *Sub-área: Coordinación Visomotriz Fina.*

Área Coordinación Visomotriz.	
Sub-área C.V. Fina	
Categorías	porcentajes
A. Activ. Integr.	50%
B. Mov. Precisión.	46%
C. Mov. Básico	100%
D. Tareas preescritura	40%



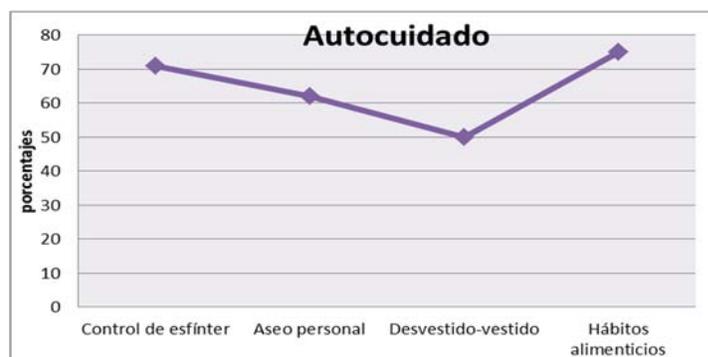
Esta sub área se encontró próxima al nivel medio de ejecución, logrando en los Movimientos básicos un 100% y la actividad integral un 50%, los movimientos de precisión y las tareas de pre-escritura llegaron por arriba del 40% en la prueba IHB.

## Área Personal Social.

El área Personal Social consiste en determinar las habilidades que el niño posee para atender a las necesidades básicas de su persona y a las habilidades que le permiten relacionarse con otras personas en su medio cotidiano, estas se divide en las siguientes dos sub-áreas: Autocuidado y socialización.

### *Sub-área Autocuidado.*

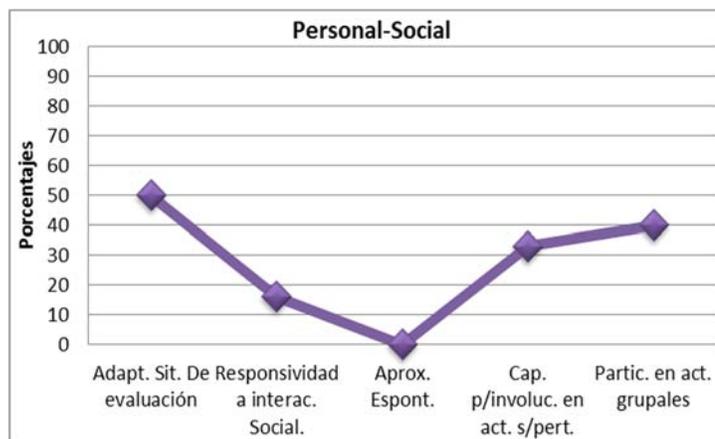
Área Personal social.	
Sub-área Autocuidado	
Categorías	porcentajes
A. Control de esfínter	71%
B. Aseo personal	62%
C. Desvestido-vestido	50%
D. Hábitos alimenticios.	75%



Esta sub área tuvo un nivel medio de ejecución, ya que todas las habilidades superan el 50%, lo cual indica que en esta subáreas no hay mayor problema.

### *Sub área: Socialización*

Área Básica	
Sub-área Personal-Social	
Categorías	porcentajes
A. Adapt. Sit. De evaluación.	50%
B. Responsividad a interac. Social.	16%
C. Aprox. Espont.	0%
D. Cap. p/involuc. en act. s/pert.	33%
E. Partic. En act. Grupales	40%



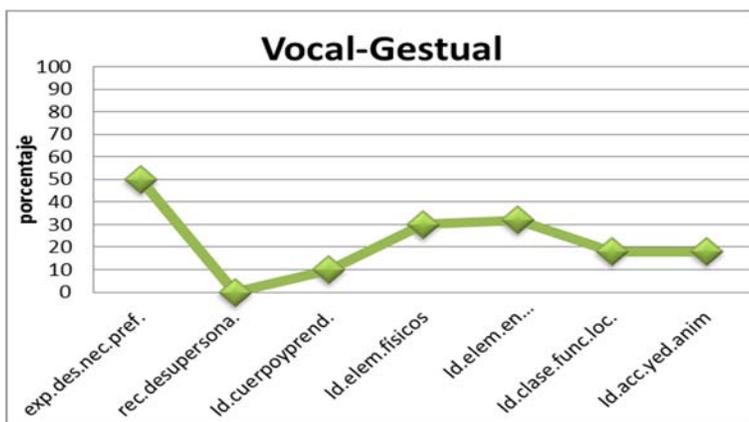
El niño se encontraba por debajo del nivel medio de ejecución, mostrando en la categoría de aproximaciones espontaneas un nulo desarrollo (0%), las demás habilidades no superan el 40%, sin embargo, mostró un desarrollo adecuado logrando un 50% alcanzando un nivel medio de ejecución.

## Área Comunicación.

El área de Comunicación consiste en determinar, si el niño es capaz de comprender el lenguaje hablado, si se expresa de manera oral o por medio de gestos o ademanes, y que tan eficiente es su habilidad articuladora, esta se divide en las siguientes sub-áreas: Vocal – gestual, Vocal – Verbal y articulación.

### *Sub-área: Vocal-gestual.*

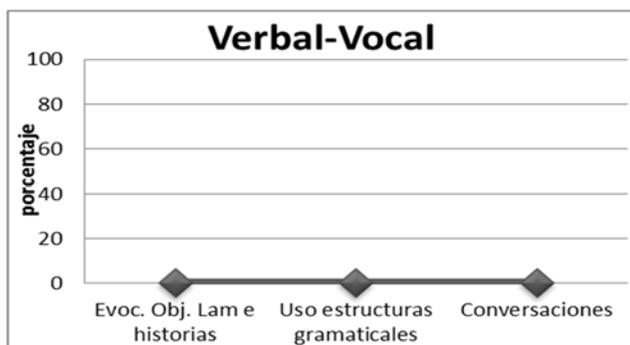
Área Comunicación	
Sub-área vocal-gestual.	
Categorías	porcentajes
A. Expres. Des. Nec. Pref.	50%
B. rec. De su persona.	0%
C. Id. cuerpo y prend.	10%
D. Id. Elem. Físicos.	30%
E. Id. Elem. En lámina.	32%
F. Id clase. Func. Loc.	18%
G. Id. Acc. Y ed. Anim.	18%



Esta sub área se encuentra por debajo de los niveles medio de ejecución, en donde únicamente la categoría Expresión Des. Nec. Pref. (A) logro un 50%, todas las demás habilidades obtuvieron abajo del 35% y el recuerdo de su persona obtuvo una calificación de cero.

### *Sub área: Vocal – Verbal.*

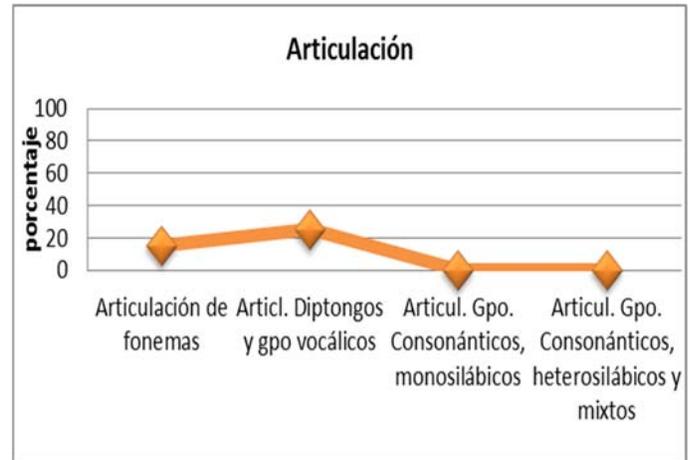
Área Comunicación	
Subárea vocal-verbal	
Categorías	porcentajes
A. Evoc. Obj. Lam e historias	0%
B. Uso estructuras gramaticales.	0%
C. Conversaciones	0%



Esta sub-área tuvo la peculiaridad de tener un desarrollo nulo, 0% de ejecución en todas las habilidades.

Sub-área: Articulación.

Área Comunicación	
Sub-área Articulación	
Categorías	Porcentajes
A. Articulación de fonemas.	15%
B. Articl. Diptongos y gpo vocálicos.	25%
C. Articul. Gpo. Consonánticos, monosilábicos	0%
D. Articul. Gpo. Consonánticos, heterosilábicos y mixtos.	0%



Esta sub-área demostró poco nivel de ejecución, solamente la Articulación de diptongos y la Articulación de fonemas obtuvieron una ejecución de 25% y 15% respectivamente, respecto a las otras habilidades su una ejecución fue nula.

### Post-evaluación.

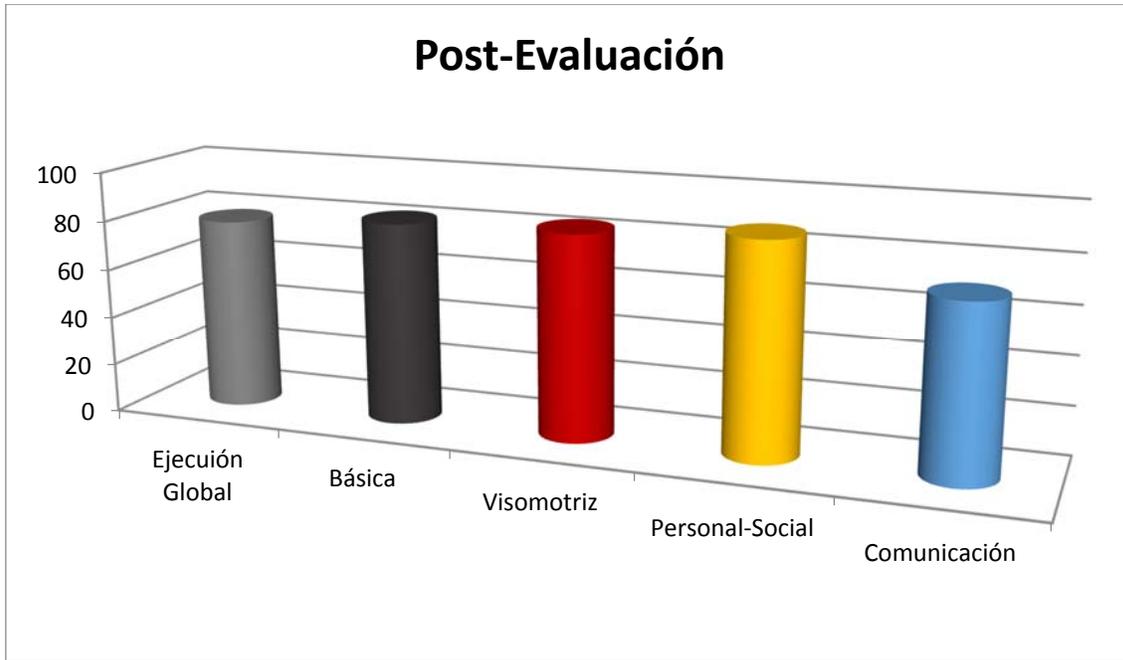
Después de implementar el programa de intervención, se realizó la Post-evaluación, utilizando de nueva cuenta el IHB, el porcentaje de ejecución en la evaluación final fue del 78.3%, se probaron 724 habilidades. (Cuadro II y Grafica II).

<b>POST-EVALUACIÓN.</b>					
<b>ÁREAS</b>	<b>SUBÁREAS</b>	<b>Puntuación máxima</b>	<b>Núm. de habilidades probadas</b>	<b>Núm. Respuestas correctas</b>	<b>Porcentaje de ejecución.</b>
<b>Básica.</b>	Atención	28	28	28	100%
	Seg. Instruc	19	19	15	78.9%
	Imitación.	20	20	20	100%
	Discriminación	105	105	79	75.2%
	<b>Total.</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>142</b>	<b>82.5%</b>
<b>Coordinación Visomotriz.</b>	C. Mot. gruesa	80	78	68	81.1%
	C. Mot. fina	79	79	64	81%
	<b>Total.</b>	<b>159</b>	<b>157</b>	<b>132</b>	<b>84%</b>
<b>Personal social.</b>	Autocuidado.	55	55	48	87.7%
	Socialización	32	32	28	81.2%
	<b>Total.</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>76</b>	<b>87.3%</b>
<b>Comunicación.</b>	C. Voc.-Gest.	182	182	154	84.6%
	C. Verb-Voc.	36	36	13	36.1%
	Articulación	90	90	50	55.5%
	<b>Total.</b>	<b>308</b>	<b>308</b>	<b>217</b>	<b>70.4%</b>
	Total Absoluto.	724	724	567	78.3%

Cuadro II Resultados de la post-evaluación.

El cuadro muestra un incremento posterior a la implementación del programa de intervención; las puntuaciones muestran un avance importante dentro del IHB en sus 4 áreas (Básicas, Coordinación Visomotriz, Personal Social y de Comunicación), en comparación con la Pre-evaluación, elevando el nivel de ejecución en el IHB.

Gráfica II Porcentajes de perfil de la post- evaluación o evaluación final.



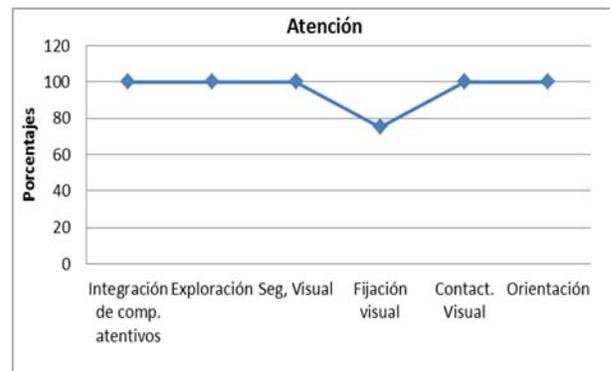
En esta gráfica se muestra un incremento, en comparación con la evaluación inicial, se puede observar, un desarrollo más homogéneo en las áreas evaluadas.

A continuación se muestran las Tablas de la Post-evaluación con graficas de perfiles específicos de las diversas áreas y sub-áreas por categorías con porcentajes.

Área Básica.

*Sub-área: Atención.*

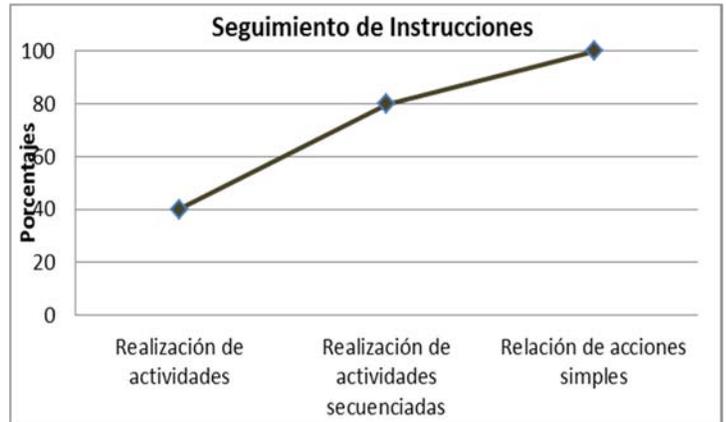
Área Básica	
Sub-área Atención	
Categorías	porcentajes
A. Integración de comp. Atentivos	100%
B. Exploración	100%
C. Seg, Visual	100%
D. Fijación visual	75%
E. Contact. Visual	100%
F. Orientación.	100%



Esta sub-área tuvo grandes avances, logrando en 5 áreas de 6, un puntaje de 100%, en Fijación Visual se logró el 75% considerado también como un avance importante.

*Sub-área: Seguimiento de instrucciones.*

Área Básica	
Sub-área seguimiento de instrucciones.	
Categorías	porcentajes
A. Realización de actividades	40%
B. Realización de actividades secuenciadas	80%
C. Relación de acciones simples.	100%



En esta sub-área se visualizan avances, la Realización de actividades obtuvo un porcentaje de 40%, sin embargo la Relación de acciones simples obtuvo una ejecución total (100%). Las tres habilidades se elevan por arriba de la media en dos categorías que favorecen al aprendizaje.

*Sub-área: Imitación.*

Área Básica	
Sub-área Imitación	
Categorías	Porcentajes
A. Realización de actividades	100%
B. Realización de actividades secuenciadas	100%
C. Relación de acciones simples.	100%



Esta sub-área se encuentra cubierta en su totalidad (100% en todas las habilidades probadas), se considera a esta sub-área importante para la realización del programa de intervención, ya que favorece la aplicación de la misma.

*Sub-área: Discriminación.*

Área Básica	
Sub-área Discriminación	
Categorías	porcentajes
A. Nombramiento	78%
B. Agrupación	73%
C. Colocación	80%
D. Señalamiento	65%
E. Igualación.	82%



Esta Sub-área tuvo un incremento importante con variantes próximas a los puntajes ideales obteniendo en Señalamiento un 65% de ejecución, y un 82% en igualación, teniendo un desarrollo más homogéneo.

Área de Coordinación Visomotriz.

*Sub-área: Coordinación Visomotriz Fina.*

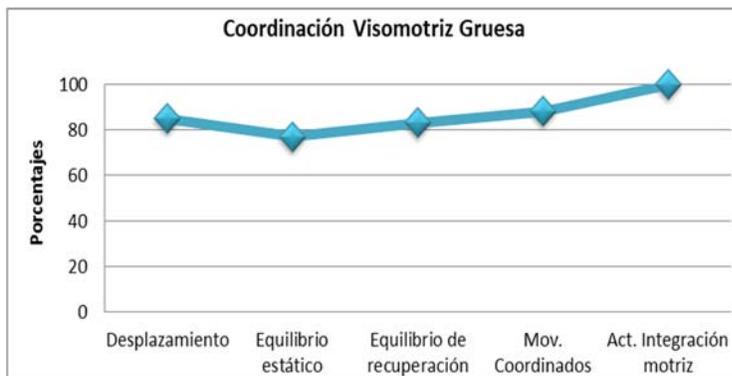
Área Coordinación Visomotriz.	
Sub-área C.V. Fina	
Categorías	porcentajes
A. Activ. Integr.	100%
B. Mov. Precisión.	73%
C. Mov. Básico	100%
D. Tareas preescritura	65%



En esta subáreas en categorías A y C (Activ. Integr. Y Movimiento Básico) lograron el porcentaje máximo de ejecución, y en las categorías de Movimientos de precisión y Tareas de preescritura se obtuvo un 73% y un 65 % respectivamente, porcentajes por arriba de la media esperada.

*Sub- área: Coordinación Visomotriz Gruesa.*

Área Coordinación Visomotriz.	
Sub-área C.V. Gruesa	
Categorías	porcentajes
A. Desplazamiento	85%
B. Equilibrio estático.	77%
C. Equilibrio de recuperación.	83%
D. Mov. Coordinados	88%
E. Act. Integración motriz.	100%

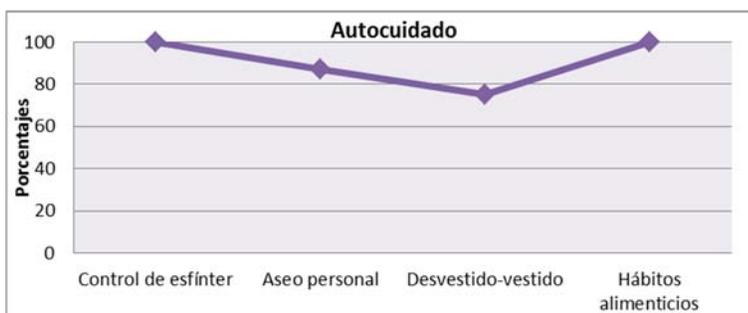


Esta Sub-área se aproxima al porcentaje máximo, en 4 categorías de 5, siendo equilibrio estático la más baja con un 77% y Movimientos Coordinados con un 88%, sin embargo en Actividades de Integración Motriz se logró una ejecución mayor de (100%), dando un desarrollo más homogéneo en esta sub-área.

Área Personal-Social.

*Sub-área: Autocuidado.*

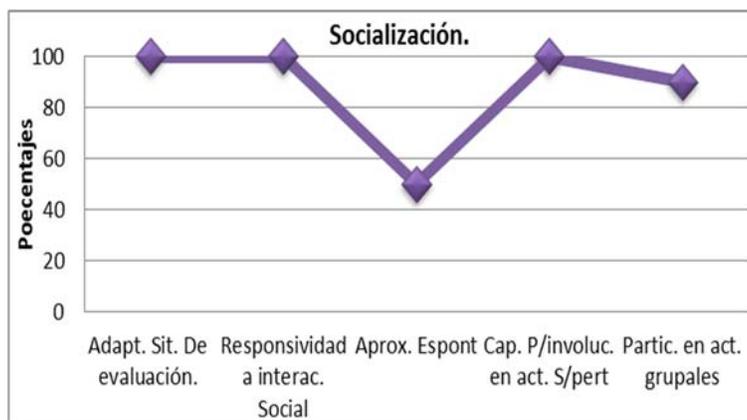
Área Personal-Social	
Subárea Autocuidado	
Categorías	Porcentajes
A. Control de esfínter	100%
B. Aseo personal	87%
C. Desvestido-vestido	75%
D. Hábitos alimenticios.	100%



Esta sub-área presentó dos habilidades que se ejecutaron en su totalidad (Control de esfínter y Hábitos alimenticios), sin embargo, las habilidades de Desvestido-vestido se encuentra con un 75% de ejecución, lo cual se considera un aumento importante. Estos porcentajes son favorables y dan señales de un avance en el niño.

*Sub-área: Socialización.*

Área Personal-Social	
Sub-área Socialización.	
Categorías	porcentajes
A. Adapt. Sit. De evaluación.	100%
B. Responsividad a interac. Social.	100%
C. Aprox. Espont.	50%
D. Cap. P/involuc. en act. S/pert.	100%
E. Partic. en act. Grupales	90%

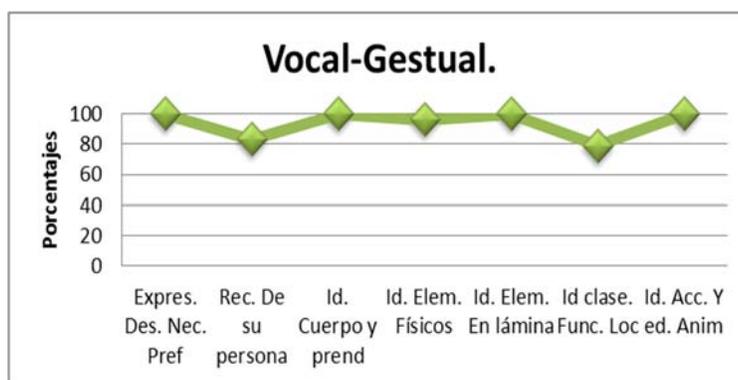


En esta sub-área se nota un desarrollo más homogéneo, tres habilidades (Adaptación de situación de evaluación, Responsividad a interacciones sociales y Cap. P/involucración en act. S/pert) obtuvieron un 100% de ejecución, la más baja fue Aproximación espontánea con un 50%, a pesar de esto se considera un aumento importante en esta habilidad.

Área Comunicación.

*Sub-área: Vocal-gestual.*

Área Comunicación	
Sub-área Vocal-Gestual.	
Categorías	Porcentajes
A. Expres. Des. Nec. Pref.	100%
B. Rec. De su persona.	83%
C. Id. Cuerpo y prend.	100%
D. Id. Elem. Físicos.	96%
E. Id. Elem. En lámina.	100%
F. Id clase. Func. Loc.	79%
G. Id. Acc. Y ed. Anim.	100%

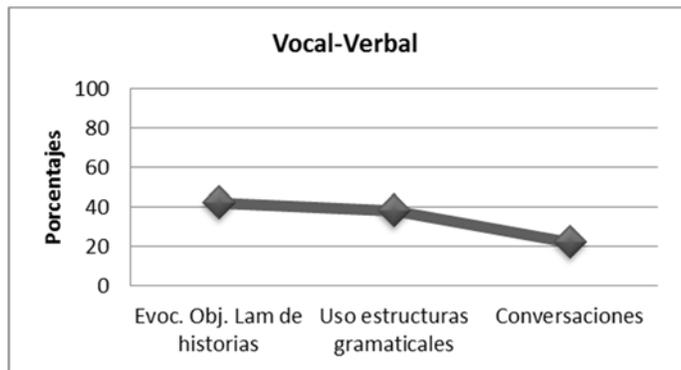


Esta sub-área mostró un avance considerable, en esta se alcanzó los porcentajes máximos de ejecución en 4 categorías (Expres Des. Nec. Pref., Identificación de

cuerpo y prendas, identificación en elementos en láminas e identificación de acciones y animales), tres categorías quedaron por debajo del 100% sin embargo tuvieron avances considerables (Rec. De su persona 83%, Id. Elem. Físicos 96%, Id clase. Func. Loc. 79%)

*Sub-área: Vocal-Verbal.*

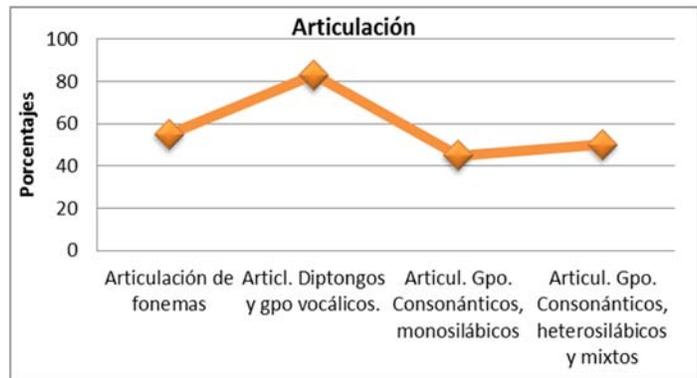
Área Comunicación	
Sub-área Vocal-Verbal	
Categorías	porcentajes
A. Evoc. Obj. Lam de historias	42%
B. Uso estructuras gramaticales.	38%
C. Conversaciones	22%



Esta sub-área se logró poco avance, la calificación más alta la obtuvo Evocación de objetos con un 42% y la más baja fue Conversaciones con un 22%, sin embargo, a pesar de esto se considera también un aumento considerable.

*Sub-área: Articulación.*

Área Comunicación	
Sub-área Articulación	
Categorías	porcentajes
A. Articulación de fonemas.	55%
B. Articl. Diptongos y gpo vocálicos.	83%
C. Articul. Gpo. Consonánticos, monosilábicos	45%
D. Articul. Gpo. Consonánticos, heterosilábicos y mixtos.	50%



Esta sub-área muestra avances en Articulación de diptongos y grupos vocálicos en donde se obtuvo un porcentaje mayor (83%), las otras tres habilidades se encontraron por arriba del 45%.

**Tabla y gráfica de perfiles de integración por subáreas comparando las dos evaluaciones.**

ÁREA	SUB-ÁREA	CLAVE	Porcentajes de la Pre-Evaluación.	Porcentajes de la Post-Evaluación.
Básica.	Atención.	AT	54%	100%
	Seguimiento de instrucciones.	SI	15%	78%
	Imitación.	IM	75%	100%
	Discriminación.	DI	20%	75%
Viso-Motriz	Coord. Mot. Gruesa.	MG	70	81
	Coord. Mot Fina	MF	59	81
Personal-Social	Autocuidado.	AC	61	87
	Socialización.	SO	28	81
Comunicación.	Com. Voc. Gest.	VG	24	84
	Com. Veb. Voc.	VV	0	36
	Articulación.	AR	10	55

La comparación de evaluaciones del IHB, en la Pre-evaluación y Post-evaluación, antes y después de la aplicación del programa de intervención, da muestra clara del avance obtenido por el niño.

En el área Básica se puede observar un incremento en la sub-área de Atención (AT), logrando una ejecución del 100% a diferencia de la Pre-evaluación en donde fue del 54%; el Seguimiento de Instrucciones (SI), tuvo un aumento bastante importante del 78% ya que en la Pre-evaluación obtuvo un 15% de ejecución; la Imitación (IM) obtuvo también una ejecución del 100%, siendo de 75% en la Pre-evaluación y finalmente la Discriminación (DI), tuvo un avance importante del 75%, en comparación a la Pre-evaluación donde se obtuvo un 20% de ejecución. Con esto el niño tuvo un aumento importante en el desarrollo de conductas básicas, que le ayudaron a desarrollar otras habilidades, que fueron determinantes en la aplicación de la intervención.

En el área de Coordinación Visomotriz, se puede notar un incremento en sus 2 sub-áreas, en la Coordinación Visomotriz Gruesa (MG), se obtuvo un avance del

81% en comparación con la Pre-evaluación donde se obtuvo un 71% y la Coordinación Visomotriz Fina (MF), tuvo un aumento considerable del 81%, a diferencia de la Pre-evaluación donde se tuvo un 59% de ejecución.

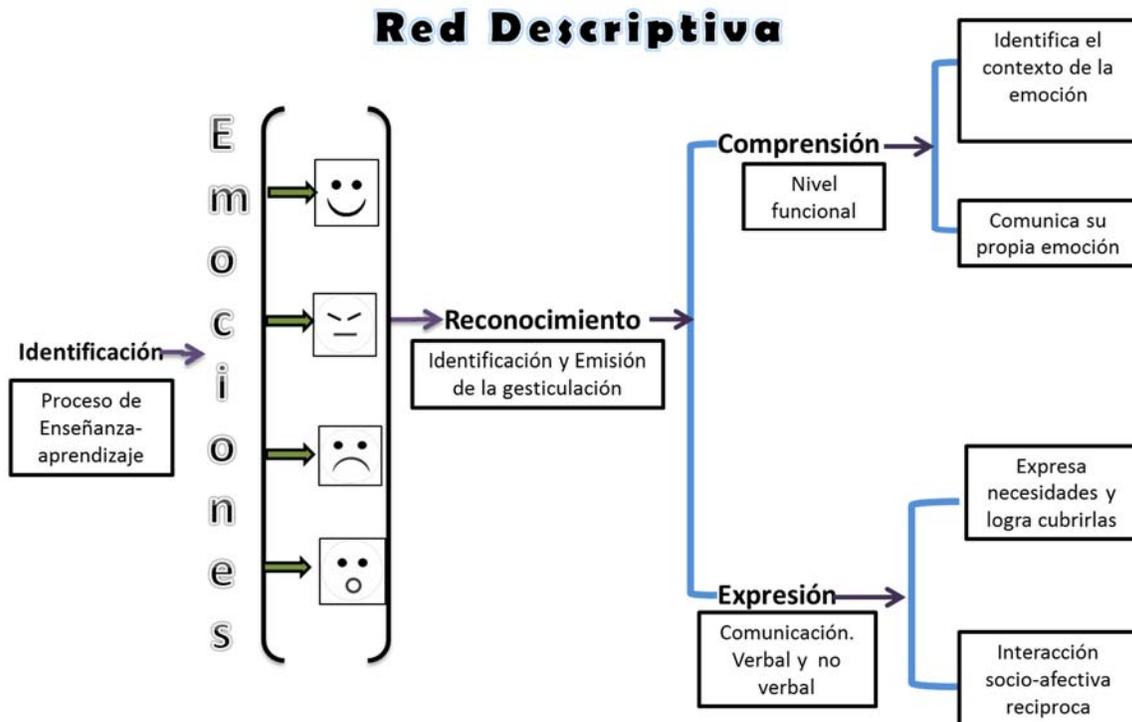
En el área Personal-Social se observó también un aumento en sus dos sub-áreas, en la sub-área de Autocuidado (AC) se obtuvo una ejecución del 87% en comparación con la Pre-evaluación que fue del 61%; el sub-área de Socialización (SO) obtuvo un aumento importante del 81% en comparación con la Pre-evaluación donde se tuvo un 28% de ejecución.

El área de Comunicación había sido la menos impactada en la Pre-evaluación del niño, pero se tuvieron aumentos importantes en todas las sub-áreas; la Comunicación Vocal Gestual (VG) obtuvo un 84% de ejecución a diferencia de la Pre-evaluación donde fue de 24%; la Comunicación Verbal Vocal (VV) tuvo un aumento del 36% y en la Pre-evaluación esta sub-área tuvo un desarrollo nulo y la Articulación (AR) tuvo un aumento del 55% en comparación de la Pre-evaluación donde se logró un 10% de ejecución.

## 6. Discusión.

### Productos gráficos del programa.

A raíz de los resultados de las evaluaciones finales se obtuvo un análisis de los datos obtenidos y con esto se logró obtener una red descriptiva y una red causal, las cuales se expone a continuación.



En la anterior imagen se describe de manera conceptual los contenidos participantes en el proceso de la intervención y como estos se relaciona entre sí de manera direccional propiciando el progreso sucesivo interrelacionado de las fases de carácter secuencial.

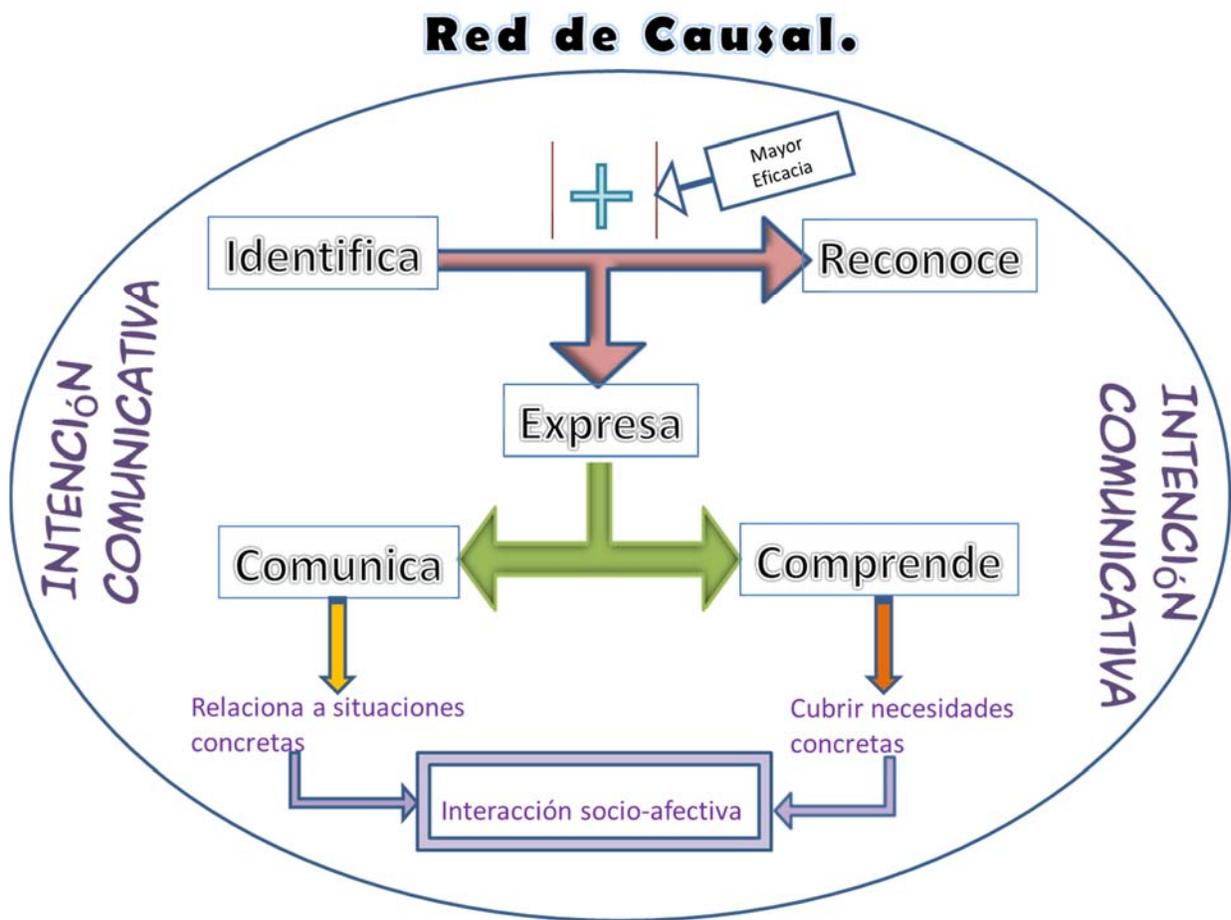
Direccionando el proceso a seguir para que cada fase se guie a la siguiente de manera fluida y continua a través de la realización de cada una, dando una estructuración de cómo es o debe ser el proceso funcional de la intervención.

El proceso de enseñanza y aprendizaje se inició a través de la identificación de las emociones, lo cual desarrollara el reconocimiento de las emociones, este proceso será donde se dé la identificación y emoción de la gesticulación de las emociones, este guiará al niño a dos procesos de comprensión y expresión en este orden. Donde la comprensión fungirá a nivel funcional en diversas esferas del desarrollo promoviendo la identificación de las emociones en sus diversos contextos así como la comunicación de su propio sentir o su emoción en el momento que se

vive; la expresión dará impulso y restitución del lenguaje verbal y no verbal. Expresando sus necesidades en diversos niveles, tanto da cabida a la interacción socio-afectiva de manera diádica.

Las técnicas del Análisis Conductual Aplicado (ABA) y de abordajes terapéuticos como los propuestos por Howling, Baron-Cohen y Hadwin han demostrado ser eficaces en el aprendizaje relacionado a áreas socio-afectivas de los niños y adultos que son diagnosticados dentro de los TGD por el uso de imágenes.

Lo anterior llevo a generar una descripción visual que englobara los resultados sistémicos de la intervención siendo la siguiente imagen el resultado de esto.



La red causal nos da muestra de cómo se dio el proceso y como este funcionó a niveles propios relacionales del avance obtenido con "A" en las diferentes áreas, mostrando una mayor eficacia en el reconocimiento y expresión mediante la identificación de las emociones y que a su vez al expresarlas lo llevo de la mano para comunicarlas y comprender que es lo que dan a entender en contextos diversos, obligándolo a buscar mayor interacción con las personas que le rodean y

así también le ayudó a comprender lo que pasa en el área de expresión social de emociones mediante una guía visual.

De esta manera los resultados prueban que el programa de intervención es funcional a nivel terapéutico marcando la diferencia en la comunicación en casa, ya que de manera anecdótica se obtuvieron los siguientes informes:

- Mayor uso de lenguaje verbal para peticiones o solicitudes de necesidades primarias (hambre, sed, ir al baño) así como en peticiones de uso de juegos o materiales concretos (uso del video juego, ver películas, pedir juguetes).
- Una mejora significativa en el juego con sus hermanos con interacciones reciprocas por ejemplo tomar, pedir y dar objetos, observando interacción.
- Mejor uso y entendimiento de los símbolos gráficos y pictogramas.
- Atención centrada en situaciones externas como paseos, salidas a lugares establecidos.
- Diversificación de opciones al expresar sus deseos, como elecciones entre dos o tres cosas que se usen en una misma situación.
- Expresiones de emociones propias al tener una conducta particular emitida por alguna situación específica.
- Flexibilidad en el cambio de lugares, dado que en una situación difícil que llegaba a generar frustración, después de la intervención, se logró adaptar con mayor facilidad a entornos novedosos.
- Disminución de berrinches o conductas de agresión o auto agresión en variados contextos, al final de la intervención era poco frecuente la presencia de estas.
- Estructura de frases hasta con 4 componentes de manera correcta y espontánea, ejemplo “quiero comer frijoles”, en un porcentaje de 7 de cada 10 veces que se dirigía a otra persona.
- Identificación en imágenes, películas y personas emociones básicas al ver el gesto concreto, esto le ayudo mejorara su conducta (autorregulación) en situaciones de interacción social.

Los resultados mostraron que la implementación de un programa específico para el área de habilidades sociales enfocada al entendimiento y manejo de emociones, ayudo a “A” a facilitar el desarrollo habilidades en otras áreas necesarias para ir avanzando en su desarrollo personal, sobre todo facilito y se vio incrementada la intención comunicativa.

La aplicación del programa dejar ver que el desarrollo de áreas como imitación, lenguaje, habilidades sociales y habilidades de vida diaria, se afectaron de manera significativa incrementándose por arriba de la media, con lo que se puede inferir que el programa genero un efecto de cascada que impregnó áreas que no se tomaron en cuenta dentro del programa para su desarrollo específico.

El área de imitación se mostró de suma importancia para un mejor desarrollo del programa ya que era un área en inicio fuerte y que aun así incremento su nivel posterior de la ejecución del programa y que fue tomada en cuenta dentro de las técnicas de intervención del mismo programa.

El uso de imágenes facilito el alcance de la comunicación funcional, reafirmando la importancia del uso de estas, como parte importante del proceso de aprendizaje no solo de las emociones sino de conceptos que en los TEA se dificulta su asimilación, siendo una herramienta útil para la expresión gestual en el aprendizaje de las emociones, generando una intención comunicativa que anterior al programa era poco funcional, facilitando la expresión de sus necesidades y una mejor interacción con las personas que convive.

Esto nos muestra que la expresión de emociones se convierte en un vínculo fundamental de la intención de comunicarse de manera funcional, no solo de manera diádica sino permitiéndole a "A" adquirir experiencias emocionales del medio que le rodea y de las personas con las cuales convive, expresándolas físicamente (gestual) como interpretación de esto.

La experiencia de la implementación del programa denota que el desarrollo integral de las personas que son diagnosticadas dentro de los TGD es vuelve necesario el trabajo equitativo y al par todas las habilidades, enfocando las intervenciones en la comprensión del contexto, haciendo uso de imágenes las cuales fungirán como herramientas simbólicas del mundo y que ayudaran a disminuir la ansiedad de los procesos de inflexibilidad cognitiva presente en estas personas, cabe mencionar que el nivel cognitivo y de funcionamiento propio de la misma persona, facilitara el uso de esta herramienta para que sea de mayor impacto en la implementación terapéutica.

## 7 conclusiones.

En el trastorno de Asperger existe un déficit relacionado a la alteración de patrones implicados en la intersubjetividad, donde existe una articulación pobre de la narrativa propia a nivel de conciencia subjetiva (Valdez, 2007), entiéndase que de manera regular lo que pasa a nivel de experiencia inmediata, y que muestra la realidad al momento y de la corporeidad, encuentra un significado en el nivel de reflexión y autorreferencia, brindando, así, coherencia y sentido a las experiencias, la cual para Rivière (Cit. en Valdez, 2007) es el objeto de relación y comunicación consigo mismo, lo que genera, que una persona tenga un dialogo interno que autorregule las experiencias previas del ambiente, lo cual, no se da en el trastorno de Asperger, afectando también los patrones relacionados al lenguaje referencial, funcional y de interacción con otras personas, ya que al no tener un referente propio no se da la lectura de las demás personas.

De esta manera, se busca un medio por el cual se facilite este proceso de comprensión del contexto y de aquello que está inmerso en él, para lo cual se dio uso de la imagen, convirtiéndose en una herramienta no solo útil sino necesaria de adquisición gesticular de las emociones, para ser un referente de lectura de las otras personas y del entorno, dichas imágenes se convirtieron en una herramienta de lenguaje universal, ya que como lo dice Pró (2003), las imágenes desbordan los límites de la palabra escrita y se convierten en una forma específica de comunicación, constituyendo un medio de expresión para las personas, por el cual recibe innumerables mensajes y por el cual puede expresarse con eficacia, siendo un lenguaje mundial entendible sin necesidad de traducción literal o próxima. Con esto, la lectura de la imagen consiste en la codificación y comprensión de esta, ya que la imagen posee un lenguaje por ser una herramienta de comunicación que trasmite mensajes de determinada manera.

Así el lenguaje funcional, quedo anclado al uso y entendimiento de las imágenes, y como es que estas se relacionan con el entorno, su interacción con él y con las personas, dando paso a un sistema de representación que facilita el entendimiento del mundo que rodea a las personas con TGD, en este caso a las personas con trastorno de Asperger.

Para ilustrar lo que se mencionó con anterioridad Bruner (Cit. en Pró, 2003) describe que el desarrollo del conocimiento, se puede dar mediante tres sistemas de representación o codificación, donde cada sistema es el medio por el cual se codifica el conocimiento, produciéndose el almacenamiento en la memoria semántica; estos son: las acciones, imágenes y símbolos; llamándolas representaciones activas, icónicas y simbólicas.

Este antecedente donde Bruner nos habla acerca de los niveles representacionales demuestra que existen diferentes formas de acceder a la información del medio que nos rodea.

Piaget (2002) nos lo explica de la siguiente manera.

El dibujo o la imagen gráfica es, en su comienzo, un intermediario entre el juego y la imagen mental,...Viene luego, pronto o tarde, la imagen mental y que aparece como una imitación interiorizada.

En este enunciado nos habla al final de la imitación este proceso se muestra a lo largo de la intervención como un elemento clave. Considerándolo de esta manera una habilidad por la cual el niño puede no solo obtener información de su entorno si no, además, expresar el mismo como el niño lo entienda.

Y siendo esto importante no solo para comprender el exterior sino a las personas que los rodean, Trevarthen (Cit. en Riviere y Núñez, 2001) plantea que la accesibilidad de la mente de otros, de leer sus intenciones será innata, esto nos dice a su vez que entender, no solo sus intenciones sino lo que los demás siente es algo sumamente importante para lograr una comprensión adecuada del contexto, pero sobre todo, una razón de nosotros mismos.

Se plantean que las emociones y afectos son el camino primario para el acceso a la intersubjetividad, siendo vías primigenias de acceso intersubjetivo más directas e inmediatas diferentes de las inferencias, por tanto el TGD y TA serian un problema primario de la regulación del desarrollo cognitivo de las emociones.

Donde Hobson (Cit. en Riviere y Núñez, 2001) explica que el TGD tiene una dificultad específica de comprender estímulos emocionales en el procesamiento cognitivos, y con todo lo anterior la intersubjetividad se realiza a través de afectos y emociones, de compartir estados internos de la mente.

Riviere y Núñez (2001) plantean que es un modo de sentir a través de la relación, una vivencia pre-noscional y afectiva de fusión intersubjetiva, donde las nociones e inferencias de la Teoría de Mente serian productos de un proceso que tiene su génesis en fundamentos semánticos básicos, donde afectos y emociones en vivencias intersubjetivas son accesos primarios a las intenciones de otros

## **Anexo 1**

### ***Programa de intervención.***

#### **Justificación.**

Es un programa dirigido a niños diagnosticados con Trastorno de Asperger, para lograr obtener habilidades que les permitan expresar emociones a través del uso de imágenes o la verbalización de las emociones, con la posibilidad de llegar a comprender las situaciones sociales que implican expresión de emociones básicas.

#### **Objetivos.**

Objetivo general.

Lograr un niño diagnosticado con Trastorno de Asperger, identifique, reconozca, exprese y comprenda emociones básicas a través del uso de imágenes, obteniendo la información necesaria de las mismas y de esta manera alcancen una expresión verbal de las emociones.

Objetivos particulares.

- Identificará las partes del rostro e iniciará la imitación gesticular de las emociones básicas.
- Reconocerá la gesticulación de las emociones básicas
- Comprenderá las emociones básicas cuando se le pregunte
- Expresará la emoción que corresponda a contextos conocidos o familiares.

#### **Método.**

Se llevará a cabo mediante el enfoque cognitivo-conducta, haciendo uso de las técnicas de modificación conductual como: imitación, moldeamiento, modelamiento, reforzamiento y de teoría de la mente a través del uso de imágenes, se aplicará de forma individual, durante 4 fases (identificación, reconocimiento, expresión y comprensión.) consecutivas que deben cumplir con

un criterio del 80% de los elementos adquiridos en cada fase para poder dar paso a la siguiente.

El programa puede ser implementado por 1 o 2 terapeutas, se utilizan evaluaciones propuestas para cada fase aplicándolas al inicio y al final. Puede ser complementario el uso de evaluaciones de habilidades o de nivel de desarrollo.

**Espacio.**

Se requiere de un espacio controlado, en trabajo uno a uno, con material predeterminado en cada sesión.

**Población.**

Niños o niñas en un rango de edad de entre 4 y 9 años de edad, diagnosticados dentro del Trastorno de Asperger

**Materiales.**

Imágenes de las partes del rostro, Imágenes de emociónes básicas (feliz, enojado, triste y asustado), dos espejos, imágenes de lugares o situaciones donde el niño haya mostrado estas emociones.

**Cronograma.**

Sesione.	Fase	Objetivo.	Recursos.
13	1. IDENTIFICACIÓN.	Demostrará el aprendizaje como mínimo del 80% de elementos del rostro.	Terapeuta.
15	2. RECONOCIMIENTO.	Discernimiento de las emociones mediante señalar cuando se indique verbalmente.	Terapeuta material.
15	3. EXPRESIÓN.	Verbalización de la imagen de emoción cuando se le solicite o d manera espontánea.	Terapeuta, material.
15	4. COMPRENSIÓN.	Relacionar una imagen de emoción con una imagen de situación o lugar que sean correspondientes.	Terapeuta, material.

## Actividades.

### FASE 1. IDENTIFICACION.

<b>Sesión:</b> 1	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático.</b> Evaluación de identificación de las partes de la cara	
<b>Objetivo.</b> se evaluará el reconocimiento de partes de la rostro (frente, cejas, ojos, nariz, mejillas, boca, mentón, cabello, cabeza, orejas)	
<b>Materiales:</b> lista de evaluación de partes del rostro.	
<b>Desarrollo.</b> Se generó previamente una lista de ítems en formato de imágenes, la cual se aplicó con un cuestionamiento verbal de localización ejemplo ¿Dónde está...? de esta manera se registró las respuestas obtenidas de cada ítem evaluado.	
<b>Observaciones:</b> para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente, el tiempo de respuesta debe manejarse en un promedio de 10 segundos por respuesta con 3 intentos para obtener la misma, después de esto se toma como no adquirida, con el criterio de área adquirida si cumple con el 100% de respuestas como total de la evaluación.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay recomendaciones para esta sesión.	

<b>Sesión:</b> 2	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático.</b> Enseñanza- aprendizaje de partes del rostro mediante la observación.	
<b>Objetivo.</b> Enseñar mediante la observación la ubicación de las partes del rostro (frente, cejas, ojos, nariz, mejillas, boca, mentón, cabello, cabeza, orejas), esperando atención por un tiempo estimado.	
<b>Materiales:</b> en esta sesión no se requiere de material.	
<b>Desarrollo.</b> Se trabaja uno a uno con el usuario pidiendo que ponga atención y que señale las partes de la cara a enseñar, ejemplo, "mira mi...", y así sucesivamente con cada ítem esperado se da la instrucción 5 veces esperando que ponga atención en la instrucción verbal, de no hacerlo se da apoyo físico para que guíe su atención hacia el lugar a enseñar.	
<b>Observaciones:</b> la sesión tiene una duración de 50 minutos, tiempo estimado con un descanso de 15 minutos entre los minutos de trabajo, el tiempo de atención por parte del usuario debe ser próximo a 5 segundos para cada parte enseñada.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se solicita que en casa realicen la misma actividad combinada con actividades lúdicas y habituales para que se dé un aprendizaje más significativo	

<b>Sesión:</b> 3	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático.</b> Enseñanza-aprendizaje por imitación con ejecución de señalamiento de las partes del rostro.	
<b>Objetivo.</b> Enseñar por medio de la instrucción verbal directa el señalar cada parte del rostro (frente, cejas, ojos, nariz, mejillas, boca, mentón, cabello, cabeza, orejas), mediante la imitación esperando ejecución de la instrucción, con una respuesta de señalamiento de cada parte.	
<b>Materiales:</b> no se requiere de material específico.	
<b>Desarrollo.</b> Se da seguimiento a la enseñanza de las partes del rostro dando la instrucción “mira, señala donde está ...”, y el terapeuta debe señalar su propia zona de requerimiento y en las dos primeras instrucciones dar apoyo físico completo de ser necesario guiando la mano del usuario hacia la zona solicitada, después se continua con el aprendizaje desvaneciendo paulatinamente el apoyo físico llevándolo solo al apoyo verbal y visual para que el aprendizaje sea solo por imitación en un principio para después desplegarse hacia el apoyo verbal únicamente, de no ser posible completar solo con la instrucción verbal se puede dejar con el apoyo visual de imitación.	
<b>Observaciones:</b> los intentos en esta sesión pueden ser de 5 a 6 por cada parte del rostro, con un tiempo de respuesta de 5 a 7 segundos por respuesta.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se solicita que en casa se realice la misma actividad combinada con actividades lúdicas y habituales para que se dé un aprendizaje más significativo	

<b>Sesión:</b> 4	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático.</b> Evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje de las partes del rostro	
<b>Objetivo.</b> Evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje de las partes del rostro con los la evaluación inicial propuesta para esta área.	
<b>Materiales:</b> lista de evaluación para las partes del rostro.	
<b>Desarrollo.</b> Con el listado de ítems se procede a dar la instrucción verbal “donde esta...”, y así sucesivamente para cada rubro, se realizan hasta 5 intentos de 10 segundos en cada uno, se considera cubierto este apartado se logra identificar el 100% de los ítems evaluados.	
<b>Observaciones:</b> el proceso se completa con un 100% de las respuestas indicadas en los ítems solicitados.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades sugeridas.	

<b>Sesión:</b> 5	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático</b> evaluación de la gesticulación de emociones.	
<b>Objetivo.</b> Se evaluara si existe ejecución de emociones básicas con un modelo de la gesticulación solicitada.	
<b>Materiales:</b> lista de ítems planeados para este segmento.	
<b>Desarrollo.</b> Se procede a realizar la evaluación con la lista de chequeo diseñada para este aspecto, donde se evalúa dos aspectos la ejecución espontánea y la imitación de la gesticulación así que se procede de la siguiente manera; se pide que haga una expresión gesticular ejemplo, “has cara de enojado”, si responde antes de 5 intentos con un tiempo de 10 segundos cada ítem se considera cubierto el mismo, sino hay respuesta en estas condiciones se toma como rubro a desarrollar; para el aspecto de imitación se pide lo siguiente, “has lo mismo que yo”, aplicado el mismo criterio para ser considerado cubierto o no.	
<b>Observaciones:</b> los tiempos de aplicación deben respetarse, pero si se considera que es necesario un intento más o mayor tiempo de respuesta se puede extender en la mitad del tiempo propuesto.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades recomendadas.	

<b>Sesión:</b> 6	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 6
<b>Contenido temático</b> aprendizaje-enseñanza de gesticulación de emociones.	
<b>Objetivo.</b> Que se logre la reproducción por imitación de la gesticulación a través de un modelo para ser ejecutada posteriormente solo con instrucción verbal.	
<b>Materiales:</b> imágenes simples de 4 emociones básicas(feliz, triste, enojado, sorprendido), espejos,	
<b>Desarrollo.</b> Se inicia el trabajo en imitación dando la instrucción “has cara de enojado como yo”, recurriendo en las dos sesiones iniciales a apoyo físico completo (esto quiere decir que si no emite la respuesta se toma de la cara al usuario y se moldea con los dedos de manera ligera formando el gesto solicitado), realizando esto 5 veces por cada emoción; en la tercera y cuarta sesiones se da la misma instrucción eliminando el apoyo físico completo, dando solo apoyo visual(usando espejos que contienen en una esquina una imagen correspondiente a la emoción solicitada)dando la misma instrucción, esperando obtener una gesticulación igual o muy próxima a la enseñanza en la sesiones anteriores; realizándose 10 veces para cada emoción; para la quinta y sexta sesiones se continua el mismo procedimiento eliminado el apoyo visual y dejando únicamente la instrucción verbal, dando la instrucción 10 veces a cada emoción.	
<b>Observaciones:</b> se debe buscar que la respuesta sea dada en un periodo de 5 a 10 segundos, de ahí se contara como si no hubiera respuesta, la gesticulación debe ser observada con cuidado ya que puede existir particularidades del usuario que modifique un poco la respuesta gesticular pero que esta sea asociada a esa emoción.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se solicita que en su casa se continúe con esta actividad, en forma de juego tomando una hora al día para que se trabajara con esta actividad, cada dos sesiones se trabajara en casa la actividad sugerida para estas.	

<b>Sesión:</b> 7	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático.</b> Evaluación gesticulación.	
<b>Objetivo.</b> Evaluar el proceso de aprendizaje-enseñanza de la gesticulación de emociones	
<b>Materiales:</b> hoja de evaluación final. Lápiz o pluma.	
<b>Desarrollo.</b> Se ejecuta a realizar la evaluación con la lista de ítems diseñada para este segmento, el cual se aplicó también en la sesión 5, don se evaluara si existe una respuesta a la instrucción por ejemplo “haz cara de enojado”, evaluando si hay gesticulación esperada.	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente, se suministrará 3 oportunidades de respuesta con un tiempo de 10 segundos, por cada ítem, al no obtener respuesta se dará como una habilidad no adquirida.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades para este segmento.	

Fase. 2. RECONOCIMIENTO.

<b>Sesión:</b> 1	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático.</b> Evaluación de la fase de reconocimiento.	
<b>Objetivo.</b> Evaluar el reconocimiento de imágenes como: pictogramas simples, complejos, fotos de personas conocidas, y fotos de personas desconocidas, (imagen real) mediante la presentación grafica de estas solo con la instrucción verbal.	
<b>Materiales:</b> 16 imágenes (4 pictograma simple, 4 complejos, 4 foto de personas conocidas y 4 de personas desconocidas), de las siguientes emociones: feliz, triste, enojado, sorprendido una por cada emoción.	
<b>Desarrollo.</b> Se realizó un check list para cada categoría de imagen y se evalúa esta lista consecutivamente a cada categoría, dando la instrucción, “señala a la imagen que esta triste”, esto se realiza con cada emoción, dando oportunidad a 5 intentos con un tiempo para respuesta de 10 seg, para cada ítem. Se coloca las imágenes en parejas de dos, en una superficie plana ya sea una mesa a una altura conveniente de manipulación y visualización apta para el usuario.	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente, entre cada lista de evaluación se recomienda un descanso de 5 minutos.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades recomendadas para esta sesión.	

<b>Sesión:</b> 2	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 3
<b>Contenido temático</b> enseñanza-aprendizaje de pictograma simple.	
<b>Objetivo.</b> Que identifique las emociones previas en imágenes simples sea dibujos o pictogramas, que contengan como elementos principales ojos, boca y cabeza.	
<b>Materiales:</b> 4 dibujos de expresiones emocionales (alergia, tristeza, enojo, miedo), 4 pictogramas de emociones (alegría, tristeza, enojo, miedo) que estén sueltas o de manera individual, hojas con dos emociones en pareja que sean diferentes entre sí, completando 4 pares.	
<b>Desarrollo.</b> En las dos primeras sesiones se coloca las imágenes sueltas frente al usuario en una superficie plana al alcance de su manipulación y control visual, dando la instrucción “mira la imagen, está feliz”, se realiza la misma operación para cada imagen, hasta completar las 8 imágenes requeridas.	
Posteriormente al termino de las sesiones destinadas al apartado anterior, se realiza una evaluación, que constara en colocar en una superficie 4 imágenes usadas en el proceso de aprendizaje dando la instrucción “señala la imagen donde esta...”, registrando el número de aciertos en una hoja, obteniendo el 90% de respuestas correctas se avanza a la siguiente sesión.	
En la sesión tres se trabaja con otra técnica de apropiación la cual consta de poner frente al usuario en un superficie plana donde pueda manipular, una hoja con dos imágenes dispares a lo que se le dará la instrucción “tacha o marca la imagen...”, esto se realiza para las cuatro imágenes planteadas en el objetivo.	
<b>Observaciones:</b> Para la primera actividad se etiqueta cada imagen para se trabaje la lectura global al mismo tiempo, relacionado nombre con imagen. En la evaluación para este proceso se da un margen de 5 veces con un tiempo de 5 seg. En búsqueda de obtener las respuestas y sean registradas. Para la segunda actividad se etiqueta solo la emoción que es la respuesta correcta.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Entre cada número de sesión se dan 4 imágenes similares a las trabajadas en sesión con modificaciones en el estilo o el cambio de la misma imagen (respetando las emociones planteadas en el objetivo) y se pide que se trabaje como se trabajaron en sesión, pero en situaciones o momentos diversos son orden directo a una estructura continua.	

<b>Sesión:</b> 3	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2.
<b>Contenido temático.</b> Enseñanza-aprendizaje de pictogramas complejos	
<b>Objetivo.</b> Que identifique las emociones establecidas para la intervención (alegre, enojado triste, miedo) en imágenes complejas que contengan elementos como cabeza, ojos, nariz, boca, cejas, mejillas, cabello, orejas, gesticulación más pronunciada en sus facciones.	
<b>Materiales:</b> hojas, 16 imágenes (4 etiquetadas y 12 sin etiquetar.)	
<b>Desarrollo.</b> En la primera sesión se colocan las 4 imágenes en un papel etiquetadas con su nombre, después se le dan las imágenes sueltas, dando la siguiente instrucción “coloca las imágenes donde correspondan”. En la segunda sesión se coloca en una hoja dos listas, en la primera los nombres de más emociones 8 veces (2 por cada imagen) y en la siguiente columna enfrente de la primera se coloca 8 imágenes sin etiquetar (2 por cada emoción) que no tengan ningún orden ninguna de las dos filas, se le da la siguiente instrucción “coloca una línea que una el nombre de la emoción con su imagen”.	
<b>Observaciones:</b>	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se dan actividades similares a las del desarrollo para fomentar su aprendizaje	

<b>Sesión:</b> 4	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático</b> Reconocimiento de imágenes reales de personas conocidas y personas desconocidas.	
<b>Objetivo.</b> Que identifique las emociones establecidas para la intervención (alegre, enojado triste, miedo) a través del reconocimiento de fotos (imagen real) de personas conocidas y desconocidas.	
<b>Materiales:</b> 12 fotos de personas conocidas (que sean tres personas relacionadas con su crianza o cuidado del usuario, realizando las 4 emociones por cada una) realizando diversas gesticulaciones de las emociones alegre, enojado, triste sorprendido; 12 fotos de personas desconocidas realizando diversas gesticulaciones de las emociones alegre, enojado, triste sorprendido, hojas, etiquetas, marcadores.	
<b>Desarrollo.</b> En la primera sesión se coloca en una hoja las imágenes sin nombre dejando debajo de ellas un espacio en blanco colocando 8 imágenes revueltas entre personas conocidas y personas desconocidas, se tiene cerca las etiquetas donde se colocó los nombres de las emociones a trabajar y se procedió a darle la siguiente instrucción “observa las imágenes y coloca el nombre según sea la emoción que expresan”. Para la siguiente sesión se trabajó en una hoja donde solo estaban 4 nombres escritos de las emociones a trabajar dentro de un círculo y se le dio un grupo de imágenes a las cuales se le pidió que las acomodara dentro del círculo que correspondiera, la agrupación tenía que quedar de 4 imágenes por emoción. Al final de cada sesión se le pide que identificara a las personas que conocía y que dijera que emoción estaba expresando, dándole libertad de hacerlo a través de un gráfico o de forma verbal.	
<b>Observaciones:</b> estos dos ejercicios pueden ser auto-evaluativos si se requiere hacer una evaluación para obtener su rendimiento en esta área.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se deja ejercicios similares a los trabajados en casa, los cuáles pueden ser trabajados un día para cada ejercicio.	

<b>Sesión:</b> 5	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático</b> evaluación final de fase de reconocimiento	
<b>Objetivo.</b> Obtener evidencia de la eficacia de la implementación de esta fase	
<b>Materiales:</b> check list.	
<b>Desarrollo.</b> Se procede a la aplicación de los check list aplicados en la primera sesión de esta fase, por cada categoría, evaluándolos consecutivamente, dando la instrucción en forma de pregunta “¿cuál es el que esta...?”, hacer esto por cada emoción, dando 5 intentos de respuesta con 10 segundos para cada intento.	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente debe acertar el 90% de la lista para considerar la fase adquirida.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades para este segmento	

Fase. 3 EXPRESION.

<b>Sesión:</b> 1	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático</b> evaluación inicial de la fase expresión.	
<b>Objetivo.</b> Evaluar si hay evidencia de expresión-ejecución gesticular mediante imitación y presentación de estímulo correspondiente así como discriminar emociones a través de instrucción verbal.	
<b>Materiales:</b> Check list, lápiz, pluma, goma, hojas.	
<b>Desarrollo.</b> se aplicara una serie de ítems creados para esta fase específicamente una para cada sub-área, dando 5 intentos de respuesta con un tiempo de 10 minutos por cada respuesta, so no hay respuesta dentro de estos rubros se toma como respuesta no adquirida	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades recomendadas para esta sesión	

<b>Sesión:</b> 2	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático.</b> Enseñanza-ejecución de la gesticulación de emociones por imitación.	
<b>Objetivo.</b> Enseñar mediante imitación-observación la gesticulación que corresponde a cada emoción planteada para la intervención (alegría, enojo, tristeza sorpresa).	
<b>Materiales:</b> no se necesita material para estas sesiones.	
<b>Desarrollo.</b> Se pide que haga una expresión gesticular mediante la siguiente instrucción verbal “mira, haz cara de... como yo”, y así se procederá con cada emoción, buscando obtener una aproximación a los movimientos necesarios de la cara para lograr el gesto.	
<b>Observaciones:</b> Es importante definir que partes de la cara deben estar involucrados en los gestos de cada emoción. Se llevara un registro de la ejecución o respuesta para saber el porcentaje del mismo.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se pide que se lleve la misma actividad en casa.	

<b>Sesión:</b> 3	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático</b> ejecución del gesto por presentación de estímulo (imágenes)	
<b>Objetivo.</b> Realizar la ejecución del gesto según la emoción solicitada mediante la presentación de un estímulo (imagen)	
<b>Materiales:</b> 4 imágenes de las emociones planteadas para la intervención (alegría, enojo, tristeza, sorpresa)	
<b>Desarrollo.</b> Se presenta una imagen y se da la siguiente solicitud verbal “míta la imagen y haz la misma emoción”, en principio se puede dar apoyo físico dando un toque en las zonas de ejecución de la expresión el cual desaparecerá paulatinamente después de realizar 5 prácticas, para solo seguir usando el apoyo visual y verbal.	
<b>Observaciones:</b> la instrucción en las primeras 2 instrucciones puede ir acompañada por imitación de la emoción teniendo un doble apoyo visual,	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se recomienda seguir con la misma práctica.	

<b>Sesión:</b> 4	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 4
<b>Contenido temático</b> Discriminación de emociones por instrucción.	
<b>Objetivo.</b> Que el usuario discrimine mediante instrucción verbal las diferentes expresiones de las emociones planteadas para la intervención (alegría, enojo, tristeza, sorpresa).	
<b>Materiales:</b> 8 imágenes etiquetadas con su nombre (2 de alegría, 2 de tristeza, 2 de enojo y 2 de sorpresa.)	
<b>Desarrollo.</b> En las dos primeras sesiones se coloca frente del usuario 2 imágenes etiquetadas de las cuales se le pregunta lo siguiente “cuál es la imagen donde esta...”. Una vez resuelta la pregunta se quitan las imágenes y se cambian por otro par, estos e repite con cada una de las emociones, la respuesta que se busca es la acción de señalarla opción correcta. La siguiente actividad para las dos últimas sesiones es presentar dos imagen de dos diferentes emociones y se solicita que realiza alguna de las dos emociones, dando la siguiente instrucción, “haz la misma cara de feliz”,	
<b>Observaciones:</b> si para la primera actividad no surte efecto la instrucción se puede cambiar por la siguiente “dame la cara...”, dado que puede ser una conducta adecuada para obtener al respuesta correcta	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se recomienda seguir las mismas actividades de las sesiones en casa.	

<b>Sesión:</b> 5	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático</b> evaluación final de la ejecución-aprendizaje de la fase de expresión.	
<b>Objetivo.</b> Evaluar el proceso de adquisición de la fase de expresión.	
<b>Materiales:</b> Check list creada para esta fase, lápiz, pluma, goma, hojas, 4 imágenes de las emociones propuestas para la intervención (alegría, tristeza, enojo, sorpresa.)	
<b>Desarrollo.</b> Se aplica la misma lista de ítems que se usó al comienzo de la evaluación de la fase, pero en esta ocasión fungirá como evaluación del funcionamiento de la fase, comprobando si se cumple con el objetivo general de esta fase.	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente, se dan 5 intentos de respuesta con un tiempo de 10 minutos por cada respuesta.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades recomendadas para esta sesión	

Fase. 4 COMPRENCIÓN.

<b>Sesión:</b> 1	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático</b> Evaluación inicial de la fase de comprensión.	
<b>Objetivo.</b> Evaluar si hay reconocimiento espontáneo de su sentir, así como en el contexto.	
<b>Materiales:</b> check list, creada para esta fase, lápiz, pluma, goma. 4 imágenes de emociones (alegría, tristeza, enojo, sorpresa), 4 imágenes de contexto que sean correspondientes a cada emoción	
<b>Desarrollo.</b> Se coloca la lista con 4 imágenes de lugares o situaciones etiquetadas con su correspondiente nombre y se le dan 4 imágenes de las emociones, se le pide que coloque las emociones en donde corresponda la situación una a una, se dan 5 intentos de respuesta con un tiempo de 10 minutos por cada respuesta.	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente, Se realizó una investigación previa evaluando situaciones de la vida real del usuario (contexto) en los cuales se presentarán las emociones planteadas	
<b>Actividades de seguimiento.</b> No hay actividades recomendadas para esta sesión.	

<b>Sesión:</b> 2	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático</b> Asociación de emociones con objetos.	
<b>Objetivo.</b> Que el usuario asocie mediante técnica de emparejamiento algún objeto que genere la emoción a la cual lo asociara.	
<b>Materiales:</b> 4 imagen de objetos, 4 imágenes de emociones planteadas para la intervención (alegría, tristeza, enojo, sorpresa)	
<b>Desarrollo.</b> Se coloca en una mesa donde al usuario tenga un buen manejo del material 4 imágenes de objetos en forma vertical, en este paso no importara el orden de las imágenes, después se da al usuario 4 imágenes una de cada emoción y se da la siguiente instrucción “observa las imágenes y coloca a lado de ellas cómo te sientes cuando tienes ese objeto”, ya sea que lo coloque a lado de la imagen o encima de la imagen correspondiente.	
<b>Observaciones:</b> se puede hacer este ejercicio de nueva cuenta variando los objetos por otros.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se recomienda seguir las mismas actividades de las sesiones en casa.	

<b>Sesión:</b> 3	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático.</b> Asociación de emociones en contextos específicos	
<b>Objetivo.</b> El usuario relacionara contextos de situaciones específicas a emociones individualizas	
<b>Materiales:</b> 4 imágenes de contextos o situaciones, 4 imágenes de emociones planteadas para la intervención (alegría, tristeza, enojo, sorpresa)	
<b>Desarrollo.</b> Se colocan las imágenes de contexto en una mesa donde el usuario tenga acceso fácilmente a su manipulación, después de esto se le da al usuario 4 imágenes de las emociones y se le da la siguiente instrucción en forma de pregunta “¿cómo te sientes cuando estas en este lugar?”, dando la instrucción de colocar a un lado la emoción que corresponda o encima de ella.	
<b>Observaciones:</b> Se puede usar imágenes reales o dibujos de las situaciones o contextos.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se recomienda seguir las mismas actividades de las sesiones en casa.	

<b>Sesión:</b> 4	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 2
<b>Contenido temático.</b> Expresión gráfica de sus propias emociones y hacia ciertas situaciones	
<b>Objetivo.</b> Que aprenda un modelo de expresión propia a través de la interacción guiada de preguntas, así como poder expresar las mismas.	
<b>Materiales:</b> hojas, marcadores, fotos del usuario, 4 imágenes de contextos específicos que generen algún tipo de emoción.	
<b>Desarrollo.</b> Se coloca en una mesa una hoja con la pregunta ¿Cómo te sientes hoy?, tanto escrita como gráficamente, después se pregunta al usuario de forma verbal con el apoyo visual, dándole la opción de que lo pueda dibujar o tome una de las imágenes de las emociones, otra actividad que se realiza después de la anterior es poner situaciones graficas (ya sea fotos o dibujos) y a un lado la foto del usuario sin ningún tipo de expresión, realizando la siguiente pregunta “¿Cómo te sentirías en esta situación?” (Se puede llamar pos su nombre a cada suceso), dando la opción de que conteste emparejando las imágenes de las emociones o que dibuje la respuesta.	
<b>Observaciones:</b> estas dos actividades se pueden realizar en la misma sesión de forma alternada con alguna otra actividad de la misma fase, para que haya un reforzamiento significativo del aprendizaje.	
<b>Actividades de seguimiento.</b> Se recomienda seguir las mismas actividades de las sesiones en casa.	

<b>Sesión:</b> 5	<b>Número (s) de sesión (es):</b> 1
<b>Contenido temático.</b> Evaluación final del proceso de aprendizaje-ejecución de la fase de comprensión.	
<b>Objetivo.</b> Evaluar el proceso de adquisición de la fase de comprensión	
<b>Materiales:</b> check list, creada para esta fase, lápiz, pluma, goma. 4 imágenes de emociones (alegría, tristeza, enojo, sorpresa), 4 imágenes de contexto que sean correspondientes a cada emoción	
<b>Desarrollo.</b> Se realiza el mismo procediendo que en la 1 sesión, se dan 5 intentos de respuesta con un tiempo de 10 minutos por cada respuesta, esperando que haya un 90% de respuesta correctas para dar la fase como adquirida.	
<b>Observaciones:</b> Para calificar la evaluación se ingresa el símbolo de la letra <b>a</b> (apropiado) para cada ítem que sea reconocido y una <b>na</b> (no adquirida) si no se responde al ítem adecuadamente.	
<b>Actividades de seguimiento</b> No hay actividades recomendadas para esta sesión.	

## Anexo 2.

### Evaluaciones propuestas por cada fase.

Pre-evaluación y pos-evaluación de identificación de partes del rostro (fase 1.)

área del rostro / Núm.	frente	Cejas	ojos	nariz	mejillas	boca	mentón	orejas	cabeza	cabello
1										
2										
3										
4										
5										

Ejecución de emociones básicas de manera espontánea y por imitación (mediante un modelo) (fase 1)

EMOCIÓN/ EJECUCIÓN	ESPONTANEA	IMITACIÓN
<b>FELIZ</b> 		
<b>ENOJADO</b> 		

<b>TRISTE</b> 		
<b>ASUSTADO</b> 		

Pre-evaluación y pos-evaluación de la ejecución del reconocimiento de la gesticulación de emociones en pictograma simple, complejo, foto real de personas conocidas y en personas desconocidas (fase 2)

Categoría.	Pictograma simple	Dibujo complejo	Foto persona conocida	Foto persona desconocida
Emoción.				
<b>Feliz</b>				
<b>Enojado</b>				

<b>Triste</b>				
<b>Asustado</b>				

Nota. Se ingresa una  si se da la gesticulación solicitada solo con la instrucción verbal, y una **X** si no se presentó la gesticulación solicitada en la casilla de evaluación.

Pre-evaluación y pos-evaluación de la expresión por instrucción (fase 3)

“Haz como yo” (imitación sin reforzamiento verbal)	<b>FELIZ</b>	<b>ENOJADO</b>	<b>TRISTE</b>	<b>ASUSTADO</b>
1				
2				
3				
4				
5				

“haz cara de ...” (Ejecución por presentación de estímulos.)	FELIZ 	ENOJADO 	TRISTE 	ASUSTADO 
1				
2				
3				
4				
5				

“marca o señala la...” (Seguimiento de instrucciones por discriminación.)		
FELIZ		
ENOJADO		

<b>TRISTE</b>		
<b>ASUSTADO</b>		

Pre-evaluación y pos-evaluación de comprensión en contextos y situaciones de emociones (fase 4)

EMOCIÓN	SITUACIÓN EN IMAGEN	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES.
<b>FELIZ</b> 	— Jugar video juegos. — Fiestas familiares		
<b>ENOJADO</b> 	Que el peguen		
<b>TRISTE</b> 	Que no lo dejen jugar		

<b>ASUSTADO</b> 	Insectos que zumban y vuelan (relación con el miedo)		
--	--	--	--

#### IV. Referencias Bibliográficas.

Abad, L., Etchepareborda, M., Hernández, S., Mattos, L., Mulas, F. y Téllez, M. (2005). Bases neurobiológicas de los trastornos específicos de la comunicación (espectro autista). *Revista de neurología*. 41 (1): Recuperada de [www.redaluc.uaemex.mx](http://www.redaluc.uaemex.mx).

Agost, C. M. C. (2008). *Evaluación del impacto de un programa educativo terapéutico en el desarrollo cognitivo de un grupo de niños con autismo*. Tesis para la obtención de grado de Maestría en psicología cognitiva y aprendizaje. UAM (Universidad Autónoma de Madrid). España.

American Psychiatric Association. (APA) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Ed. Masson.

Arias, V.L. (2008). Teoría de la Mente y Emoción: Predicción emocional según deseos y creencias Tesis para la obtención de grado de Doctora en Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.

Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de asperger. *Revista de neurología clínica*. 1. 34-44. Recuperada de [www.redaluc.uaemex.mx](http://www.redaluc.uaemex.mx)

Bluma S, Sherer M., Frohman, A. y Hilliard, J. (2004). Guía Portage. Revista Electrónica de investigación Educativa, Buenos Aires.

Caballero, A.R. (2002). Subtipos en el Autismo, aspectos neurobiológicos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 19. 167-177.

Cornelio N.J. (2009). Autismo infantil y neuronas en espejo. *Revista de neurología*. 48 (Supl. 2). Recuperada de [www.redaluc.uaemex.mx](http://www.redaluc.uaemex.mx).

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Revista de Historia de la Psicología, 15, 89-94 Recuperado de [www.uv.es/~choliz](http://www.uv.es/~choliz)

De la Iglesia, G.M. y Olivar P.J. (2008). *Autismo y síndrome de Asperger*. Madrid: Ed. CEPE.

Freire, S.; Llorente, M.; González, A.; Marto, J.; Martínez, C.; Ayuda, R. y Artigas, J. (2004). *Un acercamiento del síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. España: Deletrea.

Grandin, T. (2006). *Pensar en imágenes, mi vida con el autismo*. España: Ed. Alba.

Granham, A. y Oakhill, J. (1996). *Manual de psicología del pensamiento*. España: Ed. Paidós.

Güemes, C.I., Martín, A.M., Canal, B.R. y Posada de la P.M. (2009). *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista*. Madrid: IIER - Instituto de Salud Carlos III.

Hernández. J. M, Artigas. P. J, Martos. P. J, Palacios. A. S, Fuentes. B. J, Belichon. C. M, Canal. B. R, Diez. C. A, Ferrai. A. M. J, Hervás. Z. A, Idiazábal. A. M.A, Mulas. F, Muñoz. Y. J.A, Tamarit. J, Valdizan. J.R, Posada. P. M, (2005). *Guía de buenas prácticas para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. Revista de neurología. 41 (4): pp 237-245, recuperado de [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com).

Hogan, K. (1997). *Pensamiento no verbal, comunicación, imitación y habilidades de juego desde una perspectiva del desarrollo*. Recuperado de <http://www.conecta.org.es>

López, G.S., Rivas, T.R. y Taboada, A.E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista latinoamericana de psicología, Vol. 4 (3)*. 555-570.

Mebarak, M., Marinez, M. y Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe. 24*. 120-146.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad, L., Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología, (50)*, 77-84, recuperado de [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com).

Ortony, A., Clore, G. y Collins, A. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Piaget, J. (2002). *La formación del símbolo en el niño: imitación, juego y sueño; imagen y representación*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.

Pinel. J. P. J. (2001). *Biopsicología*. España. Ed. Prentice Hall.

Pró, M. (2003). *Aprende con imágenes: incidencia y uso de la imagen en las estrategias de aprendizaje*. Barcelona. Ed. Paidós.

Repeto, G.S. (2006). Naturaleza de los trastornos del espectro autista. En Martínez, F.M.I y Vázquez, R. C. M. *los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. Vol I. Los trastornos del espectro autista. (pp 8-25). España. Junta de Andalucía.

Rivière, A. (1997). *Desarrollo normal y autismo*. Recuperado de [www.conecta.org.es](http://www.conecta.org.es).

Rivière, A. (2000). Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil. Madrid. Centro de investigaciones y documentación educativa.

Rivière, A. (2001). *Autismo*. Madrid: Ed. Trotta.

Rivière, A. y Nuñez, M. (2001). *La mirada mental*. Buenos Aires. Ed. Aique.

Rivière, A. (2005). *Autismo, orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Ed. Trotta.

Rodas V, R. (2009) Aportes a la formulación teórica del proceso cognitivo-afectivo en el autismo, con base en la observación y estudio de caso múltiple. Tesis para la obtención de grado de Doctor en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Universidad de Manizales (CINDE). Colombia. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20091215013859/TESISRODRIGORODASVALENCIA.pdf>.

Temple, G. (2006). *Pensando en imágenes*. España. Ed. Alba

Sigman, M. y Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas*. Madrid Morata.

Valdez, D. (2007). *Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo*. Buenos aires: Ed. Aique.

Ventoso, R. (2005). *Pictogramas; una alternativa para comprender el mundo*. Recuperado de [www.aetapi.org.es](http://www.aetapi.org.es)

Wicks N, R. Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Ed. Prentice Hall.

Warren, H.C. (comp.) (2005) *Diccionario de Psicología*. México. Fondo de cultura económica.