



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Junio 2019

Adquisición y desarrollo de la Teoría de la mente en un niño diagnosticado con trastorno del espectro autista (TEA)

Acquisition and development of the Theory of the mind in a child diagnosed with autism spectrum disorder (ASD)

Autora: Gemma García García

Tutora: María de los Ángeles Fernández Estévez

Cotutora: Marta Godoy Giménez

Adquisición y desarrollo de la Teoría de la mente en un niño diagnosticado con trastorno del espectro autista (TEA)

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se encuentra dentro del grupo de trastornos del neurodesarrollo y se caracteriza, principalmente, por un conjunto de alteraciones de las habilidades comunicativas, sociales y lingüísticas acompañado de conductas estereotipadas y/o disruptivas, rigidez mental y una escasa flexibilidad cognitiva y pensamiento simbólico. Todo ello en su conjunto dificulta su capacidad de adaptación a cualquier entorno o actividad que difiera de la rutina diaria. Uno de los aspectos más deficitarios en un niño con un diagnóstico de TEA es su falta de comprensión de las emociones propias y ajenas, lo que agrava las carencias tanto comunicativas como sociales que pueda presentar. En este trabajo se plantea entrenar esta carencia de comprensión de las emociones, a través de la adquisición de la Teoría de la Mente, en un alumno de 4 años diagnosticado con TEA que asiste al C.E.I.P. “Lope de Vega”, con la finalidad de facilitar su integración en el aula ordinaria. Para ello, se emplea una adaptación de las dos primeras unidades del *Manual de teoría de la mente para niños con autismo: ejercicios, materiales y estrategias: las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto* de Anabel Cornago (2012). Tras 12 semanas de intervención podemos observar una adquisición completa de todos los contenidos, aunque proponemos que estos deben ser revisados periódicamente para evitar que se olviden.

Palabras clave:

Trastorno del Espectro Autista, Teoría de la Mente, emociones, integración, aula ordinaria, sentidos, perspectivas, pictogramas.

Acquisition and development of the Theory of the mind in a child diagnosed with autism spectrum disorder (ASD)

Abstract

The Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorders which refers to a set of alterations in communication, social, and linguistic abilities as well as stereotyped and / or disruptive behavior, mental rigidity and a poor cognitive flexibility and symbolic thinking. These deficits hinder their ability to adapt to any environment or activity that differs from their daily routine. One core handicap in a child diagnosed with ASD is his/her lack of understanding of their own and others' emotions, which exacerbates both communicative and social shortcomings. This study focuses on training emotional deficits through the acquisition of the theory of mind in a 4 years child diagnosed with ASD schooled in the C.E.I.P. Lope de Vega, so as to facilitate his integration in the ordinary classroom. For this, an adaptation of the first two units of the *Manual of theory of mind for children with autism: exercises, materials and strategies: people perceive, feel, think or believe something different* from Anabel Cornago (2012) is used. After 12 weeks of intervention, we can observe that the child has learned all the content of the units; however, we propose a periodical review of the core terms to prevent them from being forgotten.

Key words:

Autism Spectrum Disorder, Theory of Mind, emotions, integration, ordinary classroom, senses, perspectives, pictograms

Índice

1. Introducción	5
1.1. Historia	5
1.2. Definición y criterios diagnósticos	7
1.3. Teoría de la Mente	8
1.4. Epidemiología	9
1.5. Métodos de evaluación	10
1.6. Tratamiento	14
1.7. Objetivo	16
2. Método	17
2.1. Descripción del caso	17
2.2. Procedimiento	18
3. Resultados	25
4. Discusión general	28
5. Bibliografía	30
6. Anexo	32

1. Introducción

1.1. Historia

El término autismo tiene su origen etimológico en la palabra griega eafismos, que significa “encerrado en uno mismo”. Ya en su obra de 1913, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler utiliza el término autismo para definir uno de los síntomas de la esquizofrenia que consistía en separar la realidad externa de la vida interior. De esta forma, para Bleuler el esquizofrénico apenas reacciona a los estímulos externos, es decir, apenas pierde concentración de su realidad interna. Este aislamiento contribuye según este especialista al freno emocional, a una sensibilidad hipertrofiada, a una ruptura, en muchos casos casi total, con el mundo exterior, a un aislamiento casi absoluto del paciente. Para Bleuler, el autismo tiene su origen en la fragmentación esquizofrénica de la mente.

En 1943 Leo Kanner, un psiquiatra estadounidense, proporciona una descripción del autismo como síndrome. Para ello se basó en la observación de once casos (ocho niños y tres niñas) que presentaban una serie de características comunes, a pesar de sus diferencias individuales. Estas se concretaban en la incapacidad para relacionarse normalmente, tanto para establecer relaciones interpersonales como con el mundo externo en general, dándole especial importancia a sus alteraciones del lenguaje. La mayor parte de los niños, aunque desarrollaron lenguaje hablado, no tenían ningún interés comunicativo. Y se caracterizaban, todos ellos, por su destreza memorística y repetitiva. Destacaba, asimismo, como otro síntoma fundamental de este síndrome “un deseo ansioso y obsesivo de mantener la invariabilidad”, lo que se manifestaba, según el autor, en conductas repetitivas y en la desesperación que suponía para ellos salir de la rutina en sus actividades, en la repetición de sus secuencias de acciones, de su espacio situacional.

Tampoco podemos olvidar el trabajo de Hans Asperger publicado en 1944, *Die Austistischen Psychopathen im Kindesalter*, que se difundió poco debido a que se escribió en alemán durante la Segunda Guerra Mundial. Lo que Asperger denominó Psicopatía Autística pasó a conocerse como Síndrome de Asperger, independiente o como subgrupo del autismo. Sus características básicas son las limitaciones de las relaciones sociales, dando mucha importancia a la dificultad que tienen para expresar y comprender sentimientos lo que hace que sea muy difícil entender su inteligencia, afectividad, impulsos e instintos. A diferencia de Kanner, Asperger se inclina claramente por factores genéticos como causa probable del síndrome.

Cabe señalar que desde que surge la primera descripción del autismo en 1943 (Kanner, 1943) este trastorno infantil ha sido el que más literatura científica ha producido. De hecho, el interés por el mismo ha traspasado a campos como el cine (v.g., Rain Man, Mi nombre es Khan, Mozart y la ballena...), la literatura (v.g., La japonesa, Las marionetas, Todos los azules...) o la televisión (v.g., series como Atípico, Touch, The good doctor... o dibujos animados como Mi Hermanito de la Luna). Los principales motivos que encontraríamos para este interés progresivo serían (Cuxart, 2003):

- Sus principales síntomas afectan a algunas cualidades psicológicas, como son las relaciones afectivas y comunicativas, que lo abarcan todo, que nos diferencian como seres humanos y que son fácilmente perceptibles.

- Por otra parte, las diferencias entre los sujetos afectados son notables, el grado de y la forma de presentarse los síntomas aumenta el interés clínico y, a la vez, hace mucho más difícil que se puedan marcar unas inflexiones concretas que obligan a la utilización de conceptos como “espectro autista” y al establecimiento de subclasificaciones o subgrupos.

- Aunque su origen biológico es incuestionable, se desconoce aún cuál o cuáles son los factores específicos que contribuyen a la aparición de este síndrome. Los hallazgos realizados hasta el momento no pueden extenderse a su conjunto, son válidos sólo parcialmente, y sólo se dan en parte y en diferentes grupos.

1.2. Definición y criterios diagnósticos

Actualmente, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se considera un trastorno neurobiológico del desarrollo que empieza a manifestarse en niños menores de tres años y que perdura a lo largo de su vida. Se encuentra incluido dentro de la categoría de Trastornos del neurodesarrollo según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014).

Dentro de los criterios diagnósticos del TEA recogidos en el DSM-V encontramos los siguientes:

A. Presentan deficiencias en la comunicación e interacción social en base a distintas situaciones.

B. Muestran patrones reiterados y limitativos de conducta, que se pueden presentar con movimientos o habla estereotipada, rigidez en los hábitos, inclinación por objetos/conductas anómalas e hipo/hiperactividad hacia estímulos sensoriales.

Los síntomas se encuentran en las primeras etapas de desarrollo y provocan un deterioro destacable a nivel clínico en el ámbito social, laboral u otros aspectos fundamentales de la rutina diaria. Y no pueden ser explicados mejor como causa de un trastorno del desarrollo intelectual o un retraso global del desarrollo.

También podemos encontrar algunas características vinculadas a este trastorno que ayudan a la hora de realizar un diagnóstico. Por ejemplo, numerosos pacientes con TEA muestran un deterioro intelectual y/o del lenguaje y, aunque no se encuentre un nivel intelectual deficitario, sí suele haber una fisura entre las capacidades intelectuales y las funcionales (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014).

También suele ir acompañado de un déficit motor y, en algunos casos, de autolesiones, siendo más común en niños, las conductas inadecuadas y en adolescentes y adultos, la aparición de ansiedad y depresión (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014).

1.3. Teoría de la mente

A partir de los trabajos de Premack y Woodruff (1978) se origina el concepto “Teoría de la Mente” como la capacidad para atribuir estados mentales propios y ajenos. Astington (1998) postuló que para entender las interacciones con los demás los niños desarrollan la Teoría de la Mente. De hecho, en diversos estudios se indica que entre los 3 y 5 años, durante el desarrollo emocional, cognitivo y social, estos comienzan a considerar sentimientos e intenciones ajenas, bases de la Teoría de la Mente. En este periodo, según Abe e Izard (1999), se producen cuatro etapas:

1. Autoconciencia mostrada mediante emociones negativas u oposicionistas.
2. Mayor interpretación de los demás, debido a un aumento de la distinción entre el yo y los otros.
3. Incremento de la receptibilidad hacia patrones y reglas sociales.
4. Aparición de emociones auto-evaluativas (orgullo, vergüenza, culpa...).

Las principales teorías que han surgido para comprender y explicar la Teoría de la Mente son:

- Teoría-teoría: para Wellman (1990), los niños aprenden a diferenciar la conducta accidental de la intencionada, la realidad de los deseos y el engaño de la verdad.

- Teoría de los módulos innatos: según Fodor (1986), la mente está organizada mediante módulos innatos, los cuales son independientes y especializados, y se encargan de almacenar la información externa.

- Teoría de la simulación: según Harris (1992), los niños son capaces de reconocer sus propias emociones y las ajenas cuando empiezan a realizar introspecciones de ellos mismos.

Tanto para Kanner (1943) como para Wing (1981) una de las principales características del TEA es la carencia o el déficit de habilidades para sociabilizar y comunicarse, debido a una falta en la capacidad para identificar emociones. Por esta razón, para una persona diagnosticada de TEA, cualquier actividad que implique la utilización de la Teoría de Mente, como puede ser: imaginar, pensar, fingir, proponer un ejercicio, interpretar una conversación, gestionar emociones, etc., le resulta muy complejo o imposible. Debido a esto, siempre que se pretenda llevar a cabo una integración en un aula o en un colectivo específico, se debe entrenar tanto la adquisición como el desarrollo de la Teoría de la Mente.

1.4. Epidemiología

En estudios llevados a cabo en el Reino Unido y en Dinamarca durante la década de los sesenta y setenta, en los que se utilizaron los criterios de Kanner (aislamiento social y la reiteración insistente de rutinas), se obtuvo una frecuencia de 4 a 5 personas con autismo por cada 10.000 (Wing, 2011).

Sin embargo, en el estudio de Camberwell, realizado por Judith Gould y Lorna Wing al emplearse la definición amplia del TEA se encontró una frecuencia de 22 casos por cada

10.000. En estudios posteriores llevados a cabo por Gillberg y sus colaboradores en Suecia en 1986 se obtuvieron resultados similares.

Wing (2011) establece que este incremento puede deberse a una ampliación de los criterios y de la definición que en un inicio estableció Kanner. Además, también podría explicarse por el incremento del interés y la consciencia en los trastornos del desarrollo en niños, en especial del trastorno autista y Asperger. Se han investigado otras razones como explicación del aumento de estas cifras: aditivos alimentarios, la contaminación atmosférica, el entorno urbano... Aunque no se han hallado pruebas concluyentes.

Wing (2011) menciona también, en referencia al sexo, que Kanner observó cuatro veces más niños que niñas entre los que habían sido diagnosticados de espectro autista. En un estudio sueco se encontró la misma proporción, pero con niños diagnosticados del síndrome de Asperger. Siguiendo con el sexo, cabe señalar que hay indicios que muestran que, aunque las niñas sean diagnosticadas en menor proporción con TEA, cuando les afecta muestran más probabilidades de encontrarse más altamente discapacitadas. Por el contrario, aunque los niños se encuentran en mayor proporción afectados por este trastorno, una gran parte de ellos tienen altas capacidades.

Por último, nos gustaría indicar que, en las primeras investigaciones sobre la frecuencia de niños diagnosticados con TEA en las diversas clases sociales, se concluyó que había un mayor número en clases sociales altas. Aunque en estudios realizados posteriormente se reveló que esta desigualdad entre clases sociales realmente no existe (Gillberg, 1992).

1.5. Métodos de evaluación

Como todo trastorno psicológico, el TEA se comienza a evaluar a partir de un diagnóstico completo del paciente y su correspondiente anamnesis. La observación de su conducta en los

ámbitos afectivo-sociales, de aprendizaje, comunicativos y lúdicos es primordial, y para ello es indispensable la ayuda y la actuación de los padres (Cuxart, 2000).

La evaluación de un niño con TEA es muy compleja debido, principalmente, a la propia sintomatología del trastorno que puede obstaculizar la observación del paciente. Por todo ello es fundamental tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Tiempo:** la evaluación no se puede realizar en pocas horas, porque el terapeuta se arriesga a obtener resultados sesgados, por lo que es necesario que se tome el tiempo suficiente para poder evaluar correctamente al usuario teniendo en cuenta que la conducta y el rendimiento pueden variar en días diferentes.
- **Experiencia:** es importante que la persona que realiza la evaluación sea un especialista, debido al amplio espectro que se puede encontrar dentro de este trastorno.
- **Contexto:** hay que modificar los entornos en los que se encuentre el usuario para hacer una correcta evaluación, ya que es frecuente que los pacientes muestren comportamientos muy discordantes.

Cuxart (2000) señala que, ya que la prevención primaria del trastorno es imposible en la actualidad, se ha realizado un gran avance en la prevención secundaria, es decir, en la detección temprana de la alteración, y todo ello se ha conseguido gracias a la descripción detallada de la sintomatología y a la elaboración de marcadores identificativos. Asimismo, se han generado diferentes instrumentos diagnósticos entre los que destaca el creado por el equipo de Baron-Cohen, denominado CHAT (*CHecklist for Autism in Toddlers*; Baron-Cohen, 1992), el cual ha demostrado una gran sensibilidad en la detección de casos en niños menores de 18 meses. Este instrumento consiste en dos escalas, una destinada para padres y cuidadores y otra para el terapeuta, en la que las respuestas son siempre Sí o No, que están referidas a conductas muy precisas del paciente.

Utilizando este sistema de evaluación se ha encontrado que en más del 80% de los casos, los niños diagnosticados con TEA presentan déficits en orientación visual, en juegos de simulación y en actividades de comunicación prelingüística donde deben señalar cosas con el fin de compartir una información con alguien (Cuxart, 2000).

Otros instrumentos de diagnóstico utilizados en la actualidad son:

El CARS (*The Childhood Autism Rating Scale*; Schopler et al., 1980), elaborado por Schopler y colaboradores en 1980, consiste en una escala que evalúa conductas teniendo en cuenta 15 elementos (relación con la gente, imitación, respuesta emocional, uso del cuerpo, uso del objeto, adaptación al cambio, respuesta visual, respuesta auditiva, uso y respuesta del gusto, olfato y tacto, miedo o nerviosismo, comunicación verbal, comunicación no verbal, nivel de actividad, nivel y consistencia de la respuesta intelectual, impresiones generales) (C.A.R.S.-Hoja de valoración, s.f.) , y que permite clasificar a los pacientes en: no autistas, moderadamente autistas, y severamente autistas. La evaluación se realiza en una escala del 1 al 4, donde el 1 indica normalidad en la conducta y el 4 indica una conducta severamente patológica.

El ADI – R (*Autism Diagnostic Interview – Revised*; Le Couteur et al., 2003), por su parte, es una versión revisada de la entrevista clínica creada y desarrollada por Le Couteur y su equipo de trabajo. Este instrumento tiene un carácter más de investigación que clínico, debido al tiempo que se requiere para su aplicación. En concreto, consiste en la realización de una anamnesis muy extensa que va a proporcionar al investigador un diagnóstico diferencial y una gran cantidad de datos sobre el estado actual y el pasado del sujeto en cuestión.

También contamos con la escala clínica desarrollada por Lelord y Barthélémy en 1989, y posteriormente revisada por este último en 1995, conocida como ECA (Escala del Comportamiento Autista; Lelord y Barthélémy, 1989; Barthélémy y col., 1995). La ECA

consiste en la evaluación a través de una escala, con valores que oscilan entre 0 y 4, de la frecuencia de las siguientes 29 conductas y síntomas: busca el aislamiento; ignora a los demás; interacción social insuficiente; mirada inadecuada; no se esfuerza por comunicarse mediante la voz o el habla; dificultad para comunicarse mediante los gestos y la mímica; emisiones vocales o verbales estereotipadas, ecolalias; falta de iniciativa, actividad espontánea limitada; relación inapropiada con respecto a juguetes, objetos, etc.; utiliza los objetos de manera compulsiva y/o ritualística; intolerancia al cambio, a la frustración; actividad sensoriomotriz estereotipada; agitación, inquietud, hiperactividad; mímica, postura y forma de caminar extrañas; autoagresividad; heteroagresividad; pequeñas señales de angustia; dificultades del estado de ánimo, alteraciones del humor; trastornos de las conductas alimentarias; necesita supervisión y apoyo para estar limpio (caca, orina, etc.); actividades corporales particulares; trastornos del sueño; dificultades atencionales: mantener, focalizar, cambiar; respuestas extrañas a los estímulos auditivos; comportamientos variables; no imita los gestos/la voz de los demás; demasiado flojo, hipotónico, “amorfo”; no comparte las emociones; sensibilidad paradójica al tacto, a los contactos corporales (Cuxart, s.f.). Todos los ítems que evalúan la frecuencia de aparición de los síntomas fundamentales asociados al TEA.

Finalmente, cabe destacar en este apartado la necesidad de realizar una evaluación psicoeducativa en todos los casos, indispensable a la hora de elaborar un programa y un tratamiento individualizado (Cuxart, 2000). Entre los instrumentos empleados para realizar dicha evaluación nos encontramos con:

PEP (*Psychoeducational Profile*; Schopler y Reichler, 1979) creado por Schopler y Reichler, evalúa tanto las habilidades y capacidades presentes, como aquellas en las que son necesarias la ayuda de un adulto. La población a la que está dirigido es, por tanto, la infantil.

También existe una versión para adolescentes y adultos, conocida como AAPEP (*Adolescent and Adult Psychoeducational Profile*; Mesibov et al., 1988).

Otro instrumento aplicado a la población infantil es el EPEC (*Evaluation and prescription for exceptional children*; Flaharty, 1976) que tiene como objetivos principales obtener la edad mental y un perfil global del usuario que servirá de ayuda a la hora de elaborar programas individuales ajustados a cada caso en particular.

1.6. Tratamiento

Los estudios realizados durante los últimos treinta años permiten referirnos a unos principios generales que han de ser considerados en el tratamiento psicológico del TEA (Cuxart, 2000):

1. Los objetivos deben ser planteados no sólo enfocados en el presente del niño, sino en las diferentes etapas de su vida.
2. Es necesario construir programas que incluyan un número razonable de metas y que no aboquen al terapeuta a la angustia de lo total y sí, a las fundamentadas en previsiones razonables.
3. Hay que partir de una evaluación inicial objetiva del paciente para adecuar los objetivos y las actividades de cara a conseguir la mejor evolución de éste.
4. La enseñanza debe aplicarse en los contextos y situaciones lo más naturales y variados posibles para no restringir su aplicación.
5. Se debe optar por evitar en todos los procesos de aprendizaje los elementos superfluos y sí, utilizar aquellos que proporcionen el mayor rendimiento posible. De este modo, se deben

evitar los ambientes con exceso de elementos, lo que ayudará a disminuir la angustia que supone para estos niños enfrentarse a un mundo imprevisible.

6. El tratamiento debe ser siempre individualizado, en función de las características peculiares de cada paciente. Aunque la filosofía de integración debe reinar en todo momento, es necesario evaluar los posibles efectos negativos que supone integrar a un niño en un centro “ordinario”, y siempre teniendo en cuenta que las decisiones que se tomen deben tener un carácter flexible y reversible.

7. El trabajo con la familia es fundamental y siempre habrá que saber motivarla (padres y hermanos, principalmente). Aunque esto supone una alta corresponsabilidad, es necesaria e imprescindible, porque hay que tener claro que la labor de los profesionales (educadores, psicólogos, médicos...) no es suficiente. Los padres deben exigir desde el principio un documento escrito que acredite las conclusiones diagnósticas y deben tener un apoyo regular por parte de instituciones y personal especializado (atención psicológica). Además, deben contar con una serie de servicios de atención familiar que, en casos determinados, ofrezca servicios específicos de vacaciones, estancias temporales y terapéutica.

Por otra parte, a la hora de elaborar cualquier programa de intervención en TEA se han de tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Relaciones interpersonales.
2. Comunicación.
3. Atención e imitación.
4. Tareas estructuradas.
5. Actividades lúdicas y de ocio.
6. Autonomía personal y social.

Además de la intervención psicológica, se ha de considerar el papel que puede tener la farmacología en el tratamiento del TEA aunque en la actualidad no se dispone de ningún tratamiento de tipo etiológico que aborde en su origen y de forma global este trastorno. Así, en función de su diversidad y de los diferentes aspectos que se quieran modificar en las personas diagnosticadas con TEA se utilizan diferentes tipos de fármacos: neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos, antagonistas de los opiáceos, anticomiciales, etc.

Por último, cabe señalar que el objetivo fundamental del tratamiento es paliar y disminuir los síntomas asociados a TEA y facilitar las terapias psicológicas y educativas. Por este motivo es fundamental reiterar la importancia de la intercomunicación entre especialistas médicos, educadores, psicólogos y la familia. No olvidemos que el objetivo final es que la persona diagnosticada con TEA pueda ser atendida en cualquier momento y por diferentes personas (familia, especialistas, profesionales...) para tener cubiertas sus necesidades especiales en lo que se refiere a aspectos tanto materiales, como humanos.

1.7. Objetivo

Dada la importancia, como ya hemos señalado, que tiene la teoría de la mente con respecto al TEA, el presente trabajo se centra en un único objetivo, el cual consiste en que A., un niño diagnosticado con TEA, adquiera dos unidades referentes a dicha teoría, extraídas del libro titulado *Manual de teoría de la mente para niños con autismo: ejercicios, materiales y estrategias: las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto* de Anabel Cornago (2012).

2. Método

2.1. Descripción del caso

En este estudio trabajamos con un niño de cuatro años, A., el cual se incorporó al aula específica de autismo del C.E.I.P Lope de Vega de Almería hace dos años. Fue diagnosticado con TEA poco antes de escolarizarse en este centro.

A. pertenece a la modalidad C por lo que acude diez horas semanales al aula de preescolar ordinaria de ese centro con la finalidad de que se integre y, así, el próximo año poder cambiar a modalidad B para permanecer en la misma a tiempo completo, a excepción de las horas que requiera apoyo en el aula específica. Además, trabaja tres veces a la semana con la logopeda.

Dentro de su rutina cabe destacar que acude dos veces a la semana a la asociación Interactúa, de la cual recibe también asistencia psicológica y logopédica.

Al llegar al centro se le realizó una evaluación a través de una batería de vocabulario y del material del que dispone el aula para conocer el nivel inicial de A. Los resultados mostraron un buen nivel cognitivo, intención comunicativa, pero con una baja capacidad para ella, numerosos ritualismos y rigidez, una escasa capacidad atencional y dificultad para relacionarse con los iguales, no presentando esta dificultad con los adultos.

A lo largo de estos dos años se ha observado una gran evolución a nivel comunicativo ya que ha adquirido un amplio vocabulario, tiene total independencia para su higiene, su atención a nivel individual ha mejorado y han disminuido su rigidez y su cantidad de ritualismos (aunque siguen siendo elevados). Los aspectos en los que se trabaja actualmente con A. son la atención cuando se encuentra en grupo, los tiempos de espera y su capacidad para desenvolverse en el aula ordinaria. Para conseguir este último objetivo se consideró acertado introducir en su aprendizaje la Teoría de la Mente para facilitar su integración, lo

cual constituye la meta principal de este estudio. Para ello se llevó a cabo una intervención que se explicará con detalle en el siguiente apartado.

2.2. Procedimiento

Antes de comenzar con la intervención se estableció un periodo de contacto con A. durante tres semanas aproximadamente para conocer su forma de trabajar, sus aptitudes, áreas deficitarias y las situaciones u objetos que le resultan reforzantes. Tras esta observación se comprobó que el reforzador positivo que resulta más eficaz con A. consiste en proporcionarle tiempo para jugar solo en la zona de descanso.

A la hora de escoger el material idóneo para trabajar la Teoría de la Mente se revisó el material que ya se había elaborado anteriormente en el aula, pero se descartó debido a que no se adaptaba a sus necesidades (el material no tenía apoyo visual y resultaba demasiado compleja su comprensión para el nivel de A.). Por esta razón, se escogió el *Manual de teoría de la mente para niños con autismo: ejercicios, materiales y estrategias: las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto* de Anabel Cornago (2012). Aunque nos basamos en dicho manual a la hora de planificar la intervención, debemos señalar que algunos de los ejercicios se modificaron con el fin de conseguir un mayor rendimiento de A. Cada uno de estos ejercicios, o actividades, se detallarán más adelante junto con los cambios realizados en los mismos.

Como objetivo de esta intervención se escogieron las dos primeras unidades de este manual, que se centran en adquirir consciencia de los cinco sentidos y de la existencia de diferentes perspectivas. Para ello se requirieron dos o tres sesiones semanales de 45 minutos aproximadamente, durante 12 semanas, en las cuales no hubo un horario de trabajo regular ya que, debido a la modalidad que cursa actualmente, permanece la mayor parte del tiempo en el

aula ordinaria (se incluye un calendario como Anexo en el que se indican las fechas en las que se llevaron a cabo las sesiones de entrenamiento). Además, durante el tiempo que está en el aula específica debe trabajar en diversas tareas planificadas con anterioridad (no exclusivamente en la Teoría de la Mente).

Al finalizar cada una de las sesiones se le permitía tiempo de juego a modo de reforzador positivo, aunque en cuatro sesiones por cuestiones de horario, se tuvo que emplear como reforzador acudir a religión, actividad durante la cual, al igual que ocurría en el aula, se le proporcionaba tiempo y un espacio de juego, por lo que esto no alteró el proceso de intervención. Además, cabe mencionar que durante las siete primeras sesiones se trabajó con A. junto a una de las docentes del aula con la que trabaja regularmente. A partir de la octava sesión no fue necesaria su presencia.

Durante el proceso de adquisición de cada unidad se le realizaron dos evaluaciones, la primera cuando A. se encontraba en la mitad de la unidad para confirmar que había comprendido adecuadamente los conocimientos y se podía trabajar sobre ellos para ampliarlos. La segunda se realizó una vez finalizada la unidad (sin llevar a cabo un repaso previo) para confirmar que había adquirido y completado los objetivos de la misma. Si esta última evaluación era correcta se iniciaba la segunda unidad, en la cual, además de llevarse a cabo las evaluaciones mencionadas, se volvió a realizar una evaluación de la primera unidad para confirmar que A. la recordaba a pesar de no haber seguido trabajando con ella. En caso de que no se obtuvieran unos resultados óptimos en cualquiera de las evaluaciones, se repetían las actividades relacionadas con dicha evaluación hasta conseguir un rendimiento adecuado.

A continuación, paso a describir las dos unidades incluidas en la intervención:

- Unidad 1: Los cinco sentidos y sus verbos asociados

Esta unidad está compuesta por cinco actividades con las que se trabajó, cada una de ellas, en una sesión de 45 a 55 minutos dependiendo del tiempo que requirió A. para llevarlas a cabo.

1º Actividad: consiste en señalar las partes del cuerpo vinculadas a los cinco sentidos en un dibujo, reforzando cada una con mímica, con el nombre escrito (ver Figura 1) y con frases que la vinculen al verbo correspondiente; por ejemplo, “*Estos son los ojos, con los ojos podemos ver*”. Posteriormente se le pide que señale estas mismas partes en primera persona y en la persona con la que realiza la actividad; por ejemplo, “*Señala TU nariz, señala MI mano*”.



Figura 1.

2º Actividad: se le muestra un pictograma de los órganos de los sentidos (ver Figura 2), del cual debe escribir su nombre y escoger el verbo adecuado para este, así como dos pictogramas vinculados con dicho sentido (eligiendo dos de entre cuatro pictogramas). Con cada acierto se refuerza siempre la relación entre el órgano, su función y diversos objetos relacionados con el mismo; por ejemplo, “*¡Muy bien, esta es la nariz, con la nariz podemos oler la colonia, una flor...!*”.



Figura 2.

3º Actividad: se utiliza como evaluación intermedia y en ella se emplean cinco viñetas, cada una vinculada a un sentido. Primero se le pide que describa lo que ve en la viñeta y, posteriormente, que escoja el órgano adecuado entre cuatro opciones (ver Figura 3). En el caso de que falle una sola vez en su elección, no se dará por válida la evaluación.

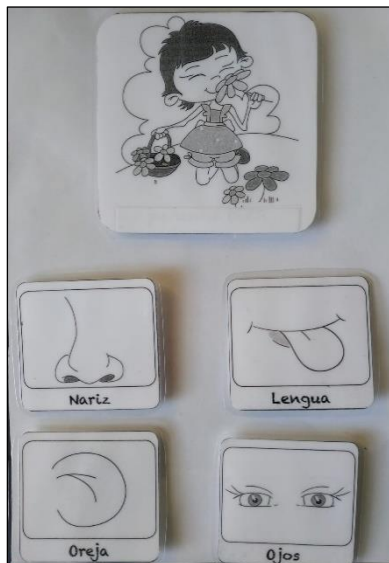


Figura 3.

4º Actividad: se le preparan cinco tablas que muestran objetos representativos de cada uno de los sentidos (ver Figura 4), de modo que experimente cada uno de ellos para así afianzar más su recuerdo. Al igual que en las demás actividades, se le reitera el órgano, su función y algunos ejemplos pidiéndole a A. que los repita.



Figura 4.

5º Actividad: consiste en la evaluación final de la unidad. Durante la misma, se colocan sobre la mesa ocho pictogramas y A. debe escoger los que corresponden a un determinado sentido, siendo los adecuados cuatro de ellos (aunque se tomará como correcta cualquier otra elección que esté justificada). A cada acierto se le asigna un punto, teniendo un total esta prueba de 20 puntos. No se considerará como finalizada la unidad en el caso de que no alcance 17 puntos.

Es importante destacar que a lo largo de esta unidad los pictogramas han ido cambiando para evitar respuestas en base a la retención memorística de las imágenes utilizadas. Por ejemplo, si tenía que escoger entre pictogramas asociados al gusto, en una sesión se utilizó un helado, una tarta, queso y pasta y, en la siguiente, una piruleta, un yogurt, pan y galletas.

- Unidad 2. Mostrar la existencia de diferentes perspectivas

Esta unidad está constituida por cinco actividades, las cuales tienen la misma duración que las de unidad anterior, pudiendo repetirse el número de veces que A. requiera hasta interiorizarlas.

1º Actividad: en este ejercicio encontramos cuatro niveles de dificultad, no pudiéndose avanzar al siguiente nivel hasta demostrar soltura en el nivel anterior. Una vez situados en una mesa, uno frente a otro, se coloca sobre la mesa un folio en el que hay un pictograma y,

se le pregunta “¿Qué ves tú en la hoja?”. Tras la respuesta, se le realiza otra pregunta “¿Qué veo yo en la hoja?”. Solo en el caso de responder correctamente se refuerza con la siguiente frase “Muy bien, los dos vemos lo mismo”. Este mismo procedimiento se realizará en los tres primeros niveles; la diferencia entre ellos es que se amplía paulatinamente el número de pictogramas que aparecen en el folio hasta un máximo de cinco objetos.

En el cuarto nivel se emplea un folio doblado de manera que A. no pueda ver una de las caras del folio y viceversa (ver Figura 5). Además, en cada una de estas caras se presenta un pictograma distinto. Se le realizan las mismas preguntas mencionadas anteriormente, aunque tras la segunda pregunta se le debe indicar: “No puedes saberlo porque tú no lo ves”. En esta fase se llevan a cabo todos los ensayos que sean necesarios hasta que A. comprenda y afirme que al no poder verlo, no sabe lo que hay en esa parte de la hoja.



Figura 5. Imagen tomada el libro *Manual de teoría de la mente para niños con autismo: ejercicios, materiales y estrategias: las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto* de Anabel Cornago (2012).

2º Actividad: consiste en introducir el vocabulario de las diversas perspectivas que existen; en este caso se trabajan cuatro (de frente/por delante, de perfil, por detrás y bocabajo). Primero se enseña utilizando objetos reales del aula (ver Figura 6) sobre los cuales se va preguntando para confirmar si A. adquiere conocimiento de las perspectivas. Cada vez que responde, se refuerza reafirmando el nombre de la perspectiva. De forma paulatina se comienzan a emplear imágenes hasta dejar de utilizar objetos reales.



Figura 6.

3º Actividad: este ejercicio sirve como evaluación intermedia de esta unidad y consiste en asociar el nombre de una perspectiva a un pictograma que se encuentra en dicha posición (teniendo que escoger entre cuatro pictogramas). Cada acierto se valora con un punto, pudiéndose obtener un total de 8 puntos; para considerar como superada la prueba se debe obtener la máxima puntuación.

4º Actividad: se utilizan pictogramas de diversas posiciones visuales de tres objetos (ver Figura 7) y A. debe agrupar las imágenes que pertenezcan al mismo objeto. A medida que acierte se le reitera/pregunta el nombre de la perspectiva del objeto a modo de repaso.



Figura 7.

5º Actividad: se trata de la evaluación global de la unidad, en la cual al igual que ocurría en la actividad anterior, se presentan imágenes de tres objetos en diversas posiciones. En este caso se le indica el nombre de una perspectiva y debe escoger las imágenes que correspondan a esta.

3. Resultados

Unidad 1. Los cinco sentidos y sus verbos asociados

Para llevar a cabo esta unidad se necesitaron un total de nueve sesiones (ver Tabla 1), más dos de repaso que se realizaron después de la segunda unidad.

Tabla 1. Sesiones realizadas durante la Unidad 1.

Sesión	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
Ejercicios realizados	1, 2	2	3 (evaluación intermedia)	1, 2	3, 4	5 (evaluación final)	1, 2	3, 4	5

La primera actividad la hace sin dificultades ya que conoce perfectamente las partes de su cuerpo, por lo que no se emplean más de diez minutos en realizarla. En cambio, el ejercicio 2 requiere más tiempo dado que se centra en conocimientos que nunca se le han exigido y que desconoce.

En la tercera sesión se realiza la evaluación intermedia de la unidad, compuesta por diez ensayos (dos para cada sentido), la cual no supera porque comete tres fallos (no debe cometer ninguno para que sea válida). De hecho, A. confunde el sentido del olfato y del oído entre sí, mientras que distingue correctamente los demás. En concreto, los tres fallos consisten en lo siguiente:

1. Ante la viñeta de una niña oliendo una flor: escoge la oreja.
2. Ante la viñeta de un niño escuchando un pájaro: escoge la nariz.
3. Ante la viñeta de un niño escuchando una campana: escoge la nariz.

Debido a estos errores se inicia de nuevo la unidad. En la quinta sesión se realiza de nuevo el ejercicio 3 sin que A. cometa ningún error, por lo que se continúa el entrenamiento con los siguientes ejercicios. En la sexta sesión se lleva a cabo la evaluación final, en la que no obtiene la puntuación mínima (consigue 16 puntos debiéndose alcanzar 17) y en la que, se observan dos detalles destacables:

1. A. sigue confundiendo el olfato y el oído si no se le realiza un repaso previo sobre esos conocimientos.

2. A. es capaz de asociar dos sentidos a un mismo objeto y argumentarlo adecuadamente; por ejemplo: “Saboreo el helado de chocolate y también lo veo, es marrón.”

Se vuelven a repasar todos los ejercicios de la unidad dado que no ha superado la última evaluación, aunque en este caso se hace mucho hincapié en los sentidos que confunde. Tras esto se observa que realiza a la perfección el ejercicio 3 en la octava sesión y en la evaluación global solo comete dos errores que consigue rectificar.

Unidad 2. Mostrar la existencia de diferentes perspectivas.

Esta unidad requirió seis sesiones (ver Tabla 2), más una de repaso que se realizó tras el repaso de la primera unidad.

Tabla 2. Sesiones realizadas durante la Unidad 2.

Sesión	10°	11°	12°	13°	14°	15°
Ejercicios realizados	1	2	3	4	5	5

La primera actividad la lleva a cabo con facilidad, incluido el cuarto nivel, en el que afirma no conocer las cosas que no ve. El vocabulario del segundo ejercicio lo interioriza rápidamente, tanto en objetos reales como en imágenes. De hecho, estaba previsto realizar la conversión de objeto a imagen en dos sesiones, pero con solo una se pudo llevar a cabo.

En la tercera sesión se realiza la evaluación intermedia (ejercicio 3), en la que obtiene la máxima calificación. Por esta razón se incrementa la dificultad de la tarea pasando de tener que escoger entre cuatro pictogramas a hacerlo entre siete, siendo dos las respuestas correctas. Aun después del incremento de dificultad, A. responde correctamente a todos los ítems.

El ejercicio 4 se emplea como repaso para la evaluación final que se hace en la siguiente sesión. Durante la misma A. elige acertadamente las imágenes que se encuentran en la perspectiva indicada de entre doce opciones, no cometiendo ningún error.

Debido a estos resultados en la siguiente sesión se trabaja cada perspectiva desde dos puntos de vista (lo que A. ve desde su posición y lo que veo desde la mía estando sentada enfrente de él). Tras 15 minutos de repaso en el que A. observaba las imágenes desde dos ángulos, era capaz de afirmar que, si él veía un objeto por delante, la persona que estaba sentada enfrente lo veía bocabajo. Más aún, llegó a combinar perspectivas; por ejemplo: “Yo veo la silla de perfil y bocarriba, tú ves la silla de perfil y bocabajo”.

Esta unidad se completó en menos sesiones de las previstas ya que se programó para seis sesiones y se realizó en cinco, empleándose esta sesión extra para ampliar los conocimientos adquiridos y su nivel de dificultad. Tras ello se programaron tres nuevas sesiones en las que se repasó la primera unidad.

En el repaso A. realizó la evaluación intermedia sin errores, pero en la global obtuvo la puntuación mínima por lo que se le reforzaron los contenidos en los que falló, que volvieron a estar relacionados con los sentidos del olfato y el oído.

4. Discusión general

En base a los resultados obtenidos podemos afirmar que A. consiguió adquirir los conocimientos entrenados en relación con la Teoría de la Mente de forma exitosa, por lo que se ha alcanzado el objetivo planteado en esta intervención. Sin embargo, cabe señalar que, si no se repasan periódicamente dichos contenidos, no se asegura que estos se mantengan por mucho tiempo.

Con respecto al entrenamiento realizado, hay que destacar varios aspectos. Primero, siempre se intentaba que los horarios de trabajo con A. coincidiesen con horarios de mesa individual de los demás alumnos, ya que así se conseguía una mayor concentración por su parte. Segundo, en la primera unidad las sesiones duraron más tiempo, en torno a 50 minutos, mientras que las de la segunda unidad tuvieron una duración de 40 minutos. Esta diferencia se debe a que A. necesitó más tiempo para asimilar y practicar los contenidos de los cinco sentidos. Por último, señalar que mientras que los demás alumnos que asistían al aula específica se mostraban menos receptivos el primer día lectivo de cada semana, en A. no se observó este tipo de limitación.

Cabe resaltar que el entrenamiento ha sido tan exitoso que se pretende seguir trabajando las siguientes unidades del mismo manual con A., debido a que las docentes consideran que le puede resultar muy positivo para su cambio de modalidad. Además, las docentes, viendo los resultados tan positivos que se pueden conseguir, han comenzado a adaptar este material para los demás alumnos que asisten al aula específica, con el fin de que esté preparado para el

próximo curso y así poder utilizarlo con todos los alumnos a partir del próximo mes de septiembre. A la hora de elaborar este material se deben tener en cuenta las habilidades y carencias de cada alumno, ya que entre ellos difieren enormemente. Por tanto, una actividad puede funcionar con A., pero no hacerlo con los demás, o puede funcionar tras un conjunto de ejercicios previos que con A. no se requerían. En definitiva, el material, el número o la duración de las sesiones no deben ser fijos, ya que tienen que adaptarse a unas determinadas características individuales y a las variaciones que estas puedan sufrir a lo largo del desarrollo del niño.

Por último, quiero destacar la elevada comprensión de A. sobre las diversas perspectivas y posiciones. Sin necesidad de repasos fue capaz de superar las evaluaciones y adquirir conocimientos más complejos que no estaban previstos inicialmente.

5. Bibliografía

- American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid, España: Panamericana.
- C.A.R.S.-Hoja de valoración (s.f.). Recuperado de <http://www.pkasesorias.cl/imagenes/CARS%20ESPANOL.pdf>
- Cabezas, H. (2014). El niño con autismo: un programa estructurado para su educación. In V. Caballo, & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 321–345). Madrid, España: Piramide.
- Cornago, A. (2012). *Manual de teoría de la mente para niños con autismo: ejercicios, materiales y estrategias: las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto*. Valencia, España: Psylicom.
- Cuxart, F. (2000). *El autismo: Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga, España: Aljibe.
- Cuxart, F. (s.f.). *Autismo: tratamiento*. Recuperado de <https://studylib.es/doc/5003928/2.-autismo--tratamiento-2.2.-evaluaci%C3%B3n-autor--dr>
- Gómez Becerra, I. (2005). Autismo y comportamientos autistas. In A. J. Cangas, A. L. Maldonado, & M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General Vol. II* (pp. 555–582). Granada, España: Alborán.
- Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 113–124.
- Wing, L. (2011). *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Barcelona, España: Paidós.

Zegarra-Valdivia, J., & Chino Vilca, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Neuropsiquiatría*, 80(3), 189–199.

6. Anexo

Calendario de trabajo con A.:

Febrero				
L	M	X	J	V
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	

Marzo				
L	M	X	J	V
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

Abril				
L	M	X	J	V
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30			

Mayo				
L	M	X	J	V
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24

Trabajo Teoría de la mente	
Días festivos	
Excursión / Día festivo a nivel escolar	
Días que A. no asiste al colegio	
Días que se encuentra al completo en el aula ordinaria	
Periodo de observación de A.	
Días de repaso	