

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/261236144>

Resultados del Tratamiento en un caso con Trastorno de Asperger

Article · January 2012

CITATION

1

READS

214

1 author:



[Carmen Vives-Montero](#)

University of Granada

28 PUBLICATIONS 153 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Interpersonal Problem-solving in Asperger [View project](#)

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN UN CASO CON TRASTORNO DE ASPERGER

M. Carmen Vives-Montero¹ y Lourdes Ascanio-Velasco²

¹*Universidad de Granada (España);* ²*Centro de Psicología CEDI de Granada*

Resumen

En este artículo se expone un estudio de caso de un niño de 8 años que cumplía los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno de Asperger. Presentaba problemas de concentración, falta de obediencia y déficit en habilidades sociales, así como algunas conductas problema. Se aplicó un tratamiento en habilidades sociales con el niño y también una intervención extensiva a otros contextos (entrenamiento a padres y colaboración de la profesora en el contexto escolar). Los padres aplicaron una economía de fichas en el contexto familiar y se les encomendó algunas actividades para la casa dirigidas a facilitar la generalización. Después del tratamiento se comprobó que se habían alcanzado los objetivos planteados. Las mejorías fueron detectadas por la profesora, los padres y se reflejó en los resultados de las pruebas empleadas (el "Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil" y la "Escala de comportamiento asertivo para niños"). Adicionalmente, se produjo la generalización a otras conductas no tratadas directamente, como la eliminación de las conductas agresivas. Por tanto, se demuestra la eficacia de esta intervención conductual.

PALABRAS CLAVE: *trastorno de Asperger, habilidades sociales, tratamiento, generalización.*

Abstract

This article reports on the treatment of an 8-year-old boy who fulfilled the DSM-IV-TR diagnostic criteria for Asperger disorder (APA, 2000). The boy had poor concentration, disobedience and social skills deficits along with problem behaviors. Training in social skills was used together with a multiple-setting intervention for other contexts (parent training and teacher's cooperation in the school context). The boy's parents used a token economy in the family context and were advised to carry out home-based activities intended to facilitate generalization. After treatment he achieved the planned objectives. His improvements were observed

by his teacher and parents and were reflected in test results ("Multifactorial Childhood Adaption Evaluation Test" and "Assertive Behavior Scale for Children"). In addition, there was generalization to other behaviors that were not directly treated, as shown by the disappearance of aggressive behaviors. Therefore, this behavioral intervention demonstrated its effectiveness.

KEY WORDS: *Asperger's disorder, social skills, treatment, generalization.*

Introducción

El trastorno de Asperger (TA) es un trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, por la presencia de intereses restrictivos y de comportamientos estereotipados (*American Psychiatric Association, APA, 2000*). La principal diferencia que caracteriza a las personas con TA del resto de los trastornos generalizados del desarrollo radica en que disponen de un nivel de inteligencia y un repertorio lingüístico dentro de la normalidad. La gran mayoría de ellos posee un buen manejo de los aspectos formales del lenguaje (sintaxis y gramática) pero, sin embargo, presenta déficit en comunicación y dificultades para las relaciones interpersonales, lo cual constituye el rasgo principal que define el TA (Attwood, 2002; Bonete, Vives, Fernández, Calero y García, 2010; De la Iglesia y Olivar, 2007; Martín Borreguero, 2005). Los déficit sociales que presentan son diversos e incluyen dificultades de comunicación, en la comprensión y empleo de las convenciones lingüísticas y en la interacción social (Whilliams, Keonig y Scahill, 2007). Entre sus déficit más característicos cabe destacar: dificultades para responder a iniciaciones verbales de otros, carencia de expresión facial, perseveración sobre el mismo tema, ausencia de contacto ocular con el compañero y gestos no verbales inapropiados (Rao, Beidel y Murray, 2008).

Generalmente, los niños con este diagnóstico tienen limitaciones para entender y emplear las reglas de conducta social que se suman a los déficit de habilidades sociales adecuadas y a la carencia de intuición para determinar cuándo utilizar esas habilidades (Bauminger, 2003). Además tienen dificultades para comprender y expresar emociones, así como, para interpretar emociones y expresiones faciales (Gutstein y Whitney, 2002; Lindner y Rosén, 2006; Shaked y Yirmiya, 2003). Los déficit sociales tienen repercusiones en las interacciones con la familia, compañeros y otros adultos, y también interfieren en su desarrollo normal, académico, emocional y social (Krasny, Williams, Provenzal y Ozonoff, 2003; Rao *et al.*, 2008).

Uno de los principales objetivos de la intervención directa con los niños con TA va dirigido a mejorar la comunicación, incrementar la socialización y desarrollar sus habilidades sociales, para lo cual se suelen combinar estrategias conductuales y educativas (Corsi Sliminng, Guerra Vio y Plaza Villarroel, 2007; Jané, Ballespí y Doménech-Llabería, 2006). El entrenamiento en habilidades sociales implica la enseñanza de habilidades mediante la aplicación de técnicas conductuales y de aprendizaje social: modelado, ensayos conductuales, feed-back, representación de papeles y ensayos en vivo (Cooper, Griffith y Filer, 1999; Klin y Volkmar, 2000). En algunos programas de habilidades sociales se incluyen actividades dirigidas a mejo-

rar la comprensión socioemocional, el reconocimiento y la expresión de emociones (Attwood, 2000; Martín Borreguero, 2004; Olivar y De la Iglesia, 2008).

Para el desarrollo de la comunicación y la competencia social con personas con TA se han empleado diversas estrategias, pero el apoyo empírico de algunas intervenciones es reducida (De la Iglesia y Olivar, 2008; Fuentes Biggi *et al.*, 2006). Algunos estudios han concluido que los tratamientos basados en el análisis conductual aplicado son los que están consiguiendo mejores resultados (Romanczyk, White y Gillis, 2005; Simpson, 2004; Volkmar, Lord, Bailey, Schultz y Klin, 2004). Las líneas generales consensuadas que hay que tener en cuenta en la intervención de los niños con TA son las siguientes: el tratamiento debe ser individualizado; estructurado; intensivo y extensivo a todos los contextos de la persona; y requiere la participación de los padres (Fuentes Biggi *et al.*, 2006).

Los estudios realizados confirman que los niños con TA mejoran sus habilidades cuando se interviene, pero los efectos positivos del tratamiento se producen sólo en las habilidades que son enseñadas explícita y directamente (Broderick, Caswell, Gregory, Marzolini y Wilson, 2002; Sansosti y Powell-Smith, 2006; Soloman, Goodlin-Jones y Anders, 2004; Webb, Miller, Pierce, Strawser y Jones, 2004). El problema radica en que estos niños generalmente no aplican las habilidades enseñadas en su vida diaria (Barnhill, Cook, Tebbenkamp y Myles, 2002; Barry *et al.*, 2003; Whilliams *et al.*, 2007). Por esta razón, es necesario aplicar algunas estrategias para garantizar la generalización de lo aprendido, como por ejemplo, proporcionarle oportunidades para la práctica de las competencias adquiridas en el trato con sus compañeros y desconocidos en situaciones nuevas al final del tratamiento. Otra estrategia que facilita la generalización es la participación de los padres en la enseñanza de las habilidades sociales y en la potenciación de la aplicación de las habilidades enseñadas en situaciones naturales (Beaumont y Sofronoff, 2008; Romanczyk *et al.*, 2005; Timler, 2008).

En este artículo se expone la intervención conductual realizada con un niño de 8 años que cumplía los criterios diagnósticos para el trastorno de Asperger siguiendo las directrices descritas anteriormente. Se diseñó una intervención multicomponente que se aplicó de manera extensiva al ámbito clínico, al contexto familiar y escolar, y para esto se recurrió a la colaboración de los padres que aplicaron algunas estrategias descritas a continuación. También la profesora recibió algunas indicaciones para reducir algunas conductas problemáticas que el niño planteaba en el colegio.

Método

Participante

Adrián era un niño de 8 años y el primer hijo de una familia de dos hermanos. Estaba finalizando segundo de primaria en un colegio público. Vivía con sus padres y una hermana de dos años. Sus padres acuden a consulta preocu-

pados por las conductas extrañas que presenta su hijo. Aunque consideran que Adrián siempre ha sido un niño muy especial, últimamente lo notan más triste, distraído y aislado que antes. Había dejado de hablar con ellos y lo notaban más distanciado. A veces, se queda con la mirada perdida y se aísla. Cuando juega un rato con otros niños termina jugando solo y se queda ensimismado en detalles absurdos. Es bastante impertinente en sus interacciones sociales y algunas veces tiene conductas agresivas con otros niños, motivo por el cual los compañeros le rechazan. El niño se queja de no tener amigos en el colegio y que los compañeros se burlan de él.

Está escolarizado desde que tenía tres años. Hacía dos años que su familia se había cambiado de lugar de residencia y por tanto, también de colegio. A partir de este momento los padres notaron que Adrián tenía más problemas de conducta.

Tiene buena memoria y destaca en matemáticas y por sus habilidades para manejar del ordenador. En el colegio obtiene buenas notas aunque se resiste a hacer tareas escritas. Parece tener problemas de concentración y los exámenes no los termina porque se distrae. Adrián se queja de que hay mucho ruido en la clase que le molesta y le impide concentrarse. También tiene problemas para terminar los deberes porque se distrae y emplea más tiempo de lo necesario.

Es muy desobediente y cuando le regañan responde amenazando con irse de la casa. Cuando algo le sale mal se pega a sí mismo y tiene reacciones de cólera ante los contratiempos. Durante las comidas se levanta frecuentemente y tarda mucho en acabar de comer.

En el último año los padres se habían trasladado de domicilio tres veces y esto había afectado mucho a Adrián provocando muchas alteraciones de conducta. Anteriormente nunca había recibido tratamiento psicológico.

Instrumentos

Para realizar una evaluación de las distintas áreas que podrían estar afectadas en Adrián, se utilizaron varios instrumentos. Los tres primeros sirvieron para obtener información mediante entrevistas con los padres y los cuatro últimos se aplicaron directamente al niño.

1. La "Entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada" (*Autism Diagnostic Interview- Revised*, ADI-R; Couteur, Lord y Rutter, 2006). Es una entrevista diseñada con el fin de obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico del autismo y ayudar a la evaluación de los trastornos que se denominan trastornos del espectro autista. Evalúa la presencia de pautas de conducta restringidas, el tipo de interacción social y habilidades pragmáticas.
2. El "Cuestionario de comunicación social" (*Social Communication Questionnaire*, SCQ; Rutter, Bailey y Lord, 2003). Es un instrumento de evaluación compuesto por 40 ítems, destinado a ser cumplimentado por los padres de niños que pueden mostrar síntomas relacionados con trastornos del espectro autista. Es un cuestionario de respuestas sí/no y cuya aplicación no tarda más de 15 minutos. Evalúa principalmente la interacción social.

3. La "Escala de Gilliam del trastorno Asperger" (*Gilliam Asperger's Disorder Scale*, GADS; Gilliam, 2001). Es una escala formada por 32 preguntas en las que se evalúa la frecuencia de conductas indicativas de TA a través de cuatro escalas: interacción social, pautas de conducta restringidas, pautas cognitivas y comunicación. Después de establecer las puntuaciones obtenidas en cada subtest se obtiene una puntuación global que indica la probabilidad de que el sujeto evaluado padezca el TA.
4. El "Test de inteligencia de Wechsler para niños" (*Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised*, WISC-R; Wechsler, 1993). Es una prueba de inteligencia general. Este test consta de distintas pruebas que se agrupan en tres factores: escala verbal, escala manipulativa y general. Este test permite calcular el cociente intelectual (CI) del niño evaluado.
5. El "Test de Illinois de aptitudes lingüísticas" (*Illinois Test of Psycholinguistic Abilities*, ITPA; Kirk, McCarthy y Kirk, 1986). El objetivo de esta prueba es detectar las aptitudes y dificultades específicas de los niños. El ITPA cuenta con 12 subtests que evalúan las habilidades psicolingüísticas del niño a nivel representativo, un proceso de organización y un proceso de expresión y un nivel automático, en el que se pueden incluir pruebas de integración (integración gramatical, integración visual, integración auditiva, test que es complementario, del mismo modo que reunión de sonidos) y pruebas de memoria secuencial (memoria secuencial auditiva y memoria secuencial visomotora).
6. El "Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil" (TAMAI; Hernández, 1990). Este test permite conocer la adaptación personal, escolar, social y familiar del niño o adolescente, así como su apreciación sobre las actitudes educativas parentales. Se trata de una prueba autoevaluativa, que consta de 175 ítems a las que hay que responder afirmativa o negativamente. La prueba consta de los siguientes subtests: inadaptación personal; inadaptación escolar; inadaptación social; insatisfacción con el ambiente familiar; insatisfacción con los hermanos; estilo educador de la madre según el hijo; estilo educador del padre según el hijo y discrepancia entre los estilos educadores de los padres. Además, la prueba consta de dos criterios de fiabilidad, tendencia a mostrar una buena imagen de sí mismo (proimagen) y tendencia a las contradicciones. La duración de la realización de la prueba es variable, de 30 a 40 minutos.
7. La "Escala de comportamiento asertivo para niños" (*Assertive Behavior Scale for children*; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1983). Esta escala se trata de un autoinforme que mide el comportamiento social del niño ante otros niños y/o adultos. Sus respuestas pueden ser medidas diferenciando tres tipos de conducta social: agresiva, pasiva y asertiva. Esta escala consta de 27 ítems que representan distintas situaciones que pueden ser familiares para los niños, y se les pide que respondan entre 5 posibles respuestas cuál sería su forma habitual de reaccionar ante esta situación. Los ítems consisten en situaciones y comportamientos tales como dar y recibir cumplidos, quejas, empatía, demandas y rechazos de iniciar, mantener y terminar conversaciones, pedir un favor, responder a un insulto, conseguir objetos y expresar sentimientos.

Procedimiento

La evaluación fue realizada en seis sesiones de 50 minutos, distribuidas a lo largo de tres semanas. Se comenzó en el mes de junio, con la aplicación de varias pruebas a Adrián y la realización de entrevistas con los padres. Inicialmente, se aplicaron dos pruebas al niño (TAMAI y "Escala de comportamiento asertivo para niños", WISC-R e ITPA) y se anotaron las conductas problemas observadas durante estas primeras sesiones. Los resultados obtenidos se tomaron como medidas pre-test. Posteriormente, se le pasaron tres pruebas más para confirmar el diagnóstico de trastorno de Asperger (ADI-R, SCQ y GADS).

La aplicación del tratamiento se inició dos meses después de finalizar la evaluación (por coincidir con las vacaciones de verano). Todas las semanas se realizaban dos sesiones de 50 minutos, una se dedicaba a trabajar directamente con Adrián y la otra sesión se dedicaba a la madre, dedicándose 15 sesiones a cada uno de ellos, aunque a veces la madre participaba en las sesiones con el niño. El tratamiento tuvo que ser interrumpido a los cuatro meses debido a que la familia se trasladó de localidad de residencia. Las sesiones se llevaron a cabo en consulta privada y la intervención fue aplicada de forma coordinada por las dos autoras del presente estudio. La intervención directa con Adrián se centró en los siguientes aspectos: mejorar la atención, incrementar el seguimiento de órdenes, mejorar las habilidades sociales, enseñarle a identificar sentimientos y a expresarlos de manera adecuada y reducir el volumen de su voz. Por su parte, la intervención con la madre consistió en: darle información sobre el trastorno, manejo de conductas problema, juego diario con el niño, tareas de generalización en casa sobre los aspectos trabajados en sesión, reducción de conversaciones repetitivas, interrumpir actividades placenteras como ver televisión o jugar con el ordenador y reducción de reacciones emocionales desproporcionadas. Se formó a la madre para aplicar un sistema de economía de fichas junto con la profesora del niño, para mejorar algunas conductas en clase: obediencia, comer sin levantarse de la silla, incrementar la atención y el tiempo de concentración, etc.

Para medir los efectos del tratamiento, Adrián fue evaluado de nuevo a través del TAMAI y la "Escala de comportamiento asertivo para niños", y se tuvieron en cuenta las observaciones de las conductas en casa y las anotaciones de la profesora.

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Según los resultados de las pruebas administradas (ADI-R y el SCQ) se concluye que Adrián presenta alteraciones clínicamente significativas en tres áreas: interacción social recíproca, comunicación y patrones de conducta estereotipados. La puntuación obtenida en la GADS señala una probabilidad alta de presentar el TA. Durante las sesiones de evaluación se observó que Adrián no controlaba el volumen de voz y presentaba alteraciones en la prosodia. Algunas de sus conversaciones eran sobre temas repetitivos, se observaron conductas estereotipadas

(tirarse de los párpados y del pelo). La madre informó que Adrián tenía intereses restringidos (juegos de ordenador y a unos pocos programas de televisión), hipersensibilidad al murmullo y a ciertos ruidos (electrodomésticos), resistencia al cambio y reacciones desproporcionadas antes los cambios y dificultades para captar los dobles sentidos.

Los resultados del WISC-R indican una inteligencia normal alta y los del ITPA indican que sus aptitudes lingüísticas son superiores a lo que corresponde a su edad, dado que su nivel equivale a un niño de 10 años. De acuerdo con los resultados del TAMAI, Adrián presenta problemas significativos en todas las áreas, mostrando los siguientes resultados:

- Inadaptación personal, lo que indicaría que el niño no sólo tiene dificultades consigo mismo sino que puede tener también mecanismos disociativos con la realidad.
- Inadaptación escolar, que reflejaría una insatisfacción hacia el colegio y un comportamiento inadecuado en éste.
- Inadaptación social, que mostraría incapacidad o problemas respecto a las relaciones sociales.
- Insatisfacción con la educación del padre y de la madre, que indicaría la existencia de insatisfacción del niño respecto al estilo educador de sus padres.
- Discrepancias educativas de los padres, que expresaría el grado de desacuerdo y relación existente en la pareja y sus papeles educativos, según el niño.

Los resultados de la "Escala de comportamiento asertivo para niños" mostraron un déficit en todos los tipos de habilidades evaluadas: presentarse, iniciar una conversación, dar las gracias, hacer cumplidos, aceptar una crítica, expresar sentimientos, decir "no", defender los propios derechos, unirse al juego, compartir y empatizar con otro; únicamente no mostró déficit ante la habilidad de responder a los elogios.

En resumen, Adrián cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico del (F84.5) trastorno de Asperger, al presentar:

- a) Alteraciones en la interacción social de los niños.
- b) Intereses restrictivos y comportamientos estereotipados.
- c) Deterioro clínicamente significativo en la actividad social y escolar.
- d) No existe retraso del lenguaje.
- e) No existe retraso del desarrollo cognitivo.

En un primer análisis de los problemas de Adrián se plantearon que la ausencia de algunas habilidades sociales y otras competencias interpersonales podían ser uno de los motivos por los cuales el niño empleara algunas conductas agresivas y conductas problemáticas. Por esta razón, al principio de la intervención se decidió comenzar por intervenir sobre las conductas deficitarias y posteriormente comprobar si esto era suficiente para producir algún cambio en las conductas agresivas.

TRATAMIENTO

Intervención directa con el niño

Ante los resultados obtenidos en la evaluación se plantearon los siguientes objetivos de tratamiento en la intervención directa con el niño:

1. Mejorar la atención de Adrián, incrementando el contacto ocular con la persona que habla. Además se pretendía aumentar el tiempo que permanecía sentado realizando las tareas escolares y juegos.
2. Incrementar el seguimiento de órdenes en las sesiones y mejorar de la obediencia en la casa.
3. Mejorar sus habilidades sociales: presentarse, iniciar conversaciones, hacer cumplidos y dar las *gracias* ante ellos, empatizar, expresar quejas, preguntar por qué, defender los propios derechos, unirse al juego, dar una negativa o decir no, cooperar y compartir.
4. Enseñarle a identificar sentimientos y a expresar sentimientos de forma apropiada.
5. Reducir el volumen de su voz.

Las sesiones 1, 2 y 3 se dedicaron a incrementar la atención y para esto se le daba la orden "mírame". Si transcurridos cinco segundos después de darle la orden, el niño no miraba, entonces se le daba ayuda física demorada (se le giraba manualmente la cara) y/o ayuda visual/sonora (llamando su atención haciendo chasquear los dedos). Cuando miraba sin requerir ayuda se le reforzaba con elogios, describiéndole la conducta y dándole una ficha, siguiendo el procedimiento de Ayllon y Azrin (1974). Las fichas acumuladas eran posteriormente cambiadas por diversos juegos y actividades (jugar a los bolos, juegos de mesa, cartas, dibujar, etc.).

Para incrementar el seguimiento de órdenes, el terapeuta le daba instrucciones sencillas ("*cierra la puerta*", "*sácale punta al lápiz*", "*enciende la luz*") y cuando las seguía, se le reforzaba con elogios y describiendo su conducta.

Para mejorar sus habilidades sociales, la terapeuta seguía las indicaciones de Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1983). Primero presentaba verbalmente la habilidad a trabajar explicando los pasos conductuales que formaban la habilidad. Después se le proporcionaban al niño oportunidades para ensayar la habilidad y ponerla en práctica ante la presencia de otro niño al final de la sesión. Se reforzaba la ejecución adecuada mediante elogios. En cada sesión se le encargaba a la madre y al niño que realizaran en casa durante la semana algunas tareas para poner en práctica las habilidades enseñadas.

Las habilidades sociales entrenadas en estas tres sesiones fueron: presentarse e iniciar conversaciones; empatía y dar y recibir cumplidos; unirse al grupo. En la segunda sesión fue necesario insistir en la repetición de ensayos de entrenamiento de empatía, ya que el niño verbalizaba numerosas respuestas agresivas.

También se inició el entrenamiento para enseñarlo a identificar sentimientos. Este entrenamiento se realizó mostrándole imágenes con distintos gestos faciales sencillos (enfado, tristeza, alegría y miedo) para que los discriminara de manera comprensiva (señalando el sentimiento que se le indicaba) y después de forma productiva (pidiéndole que verbalizara qué sentimiento expresaba el dibujo o la foto presentada).

En estas sesiones se realizaron ejercicios sencillos para aumentar su concentración y atención: completar laberintos, ejercicios de igualación a la muestra, búsqueda de errores o diferencias entre dos dibujos, dictados cada vez un poco más largos. Cuando completaba correctamente estos ejercicios se le reforzaba con fichas.

A lo largo de las sesiones, cada vez que Adrián elevaba el volumen de voz se le pedía que hablara más bajo y se le reforzaba con alabanzas cuando lo hacía.

Las sesiones 4 y 5 se centraron en el mantenimiento de las conductas de atención y se utilizó el refuerzo social con estas conductas espontáneas. Las habilidades sociales que se entrenaron en estas sesiones fueron: cooperación, compartir, plantear una queja y preguntar por qué. También se le enseñó a cooperar y compartir y esperar su turno durante 15 minutos de juego con otro niño. Se volvieron a practicar con distintas situaciones las habilidades entrenadas en las sesiones anteriores. En esta parte la terapeuta tuvo que ayudar al niño diciéndole al oído lo que tenía que preguntarle o comentarle al otro niño para iniciar y mantener la conversación. Se amplió el tiempo de realización de ejercicios de atención-concentración. Además, se le enseñó a la madre la manera de dar órdenes a su hijo y de reforzar el seguimiento de éstas en dos contextos: una en situaciones de juego (construir un castillo paso por paso) y otra en una tarea escolar (dictado corto).

En la sesión 6 se hicieron representaciones de papeles de algunas habilidades en situaciones que le habían ocurrido realmente y que no había sabido solucionar (se reían de él en la clase, le empujaban por el pasillo, no sabía integrarse en un juego cuando había más de un niño, etc.). Los últimos 15 minutos se dedicaron a poner en práctica las habilidades enseñadas con un niño de su edad animándolo a hacer cumplidos y a iniciar conversaciones mientras jugaban y hablaban. También se ampliaron los ejercicios de atención-concentración.

En las sesiones 7, 8 y 9 se ampliaron las habilidades sociales entrenadas: decir no, defender los propios derechos. Se repasaron las habilidades ya entrenadas anteriormente y se retiraron las ayudas que se le daban.

En la sesión 10 y 11 se practicaron y repasaron todas las habilidades sociales entrenadas y se enfrentó al niño a las situaciones en las que había tenido más dificultades (afrontar las burlas de sus compañeros y a empatizar con otros). En esta práctica se dejó de aplicar refuerzo artificial y se mantuvieron las habilidades sólo mediante el refuerzo natural derivado de la interacción con el otro niño. Se continuó el entrenamiento con la madre para enseñarle a dar órdenes a su hijo y para reforzar el seguimiento de éstas en una situación de juego y realizando tareas escolares.

En la sesión 12, 13 y 14 se trabajó la expresión de emociones, centrándose en las señales corporales que acompañan una emoción, los pensamientos, y las situaciones que desencadenan ésta. Éste entrenamiento se llevó a cabo presentando como modelo imágenes donde distintos personajes mostraban emociones diferentes (alegría, enfado, tristeza y preocupación) o bien la terapeuta gesticulaba para expresar una emoción. A continuación el niño tenía que imitar la expresión de estas emociones y la terapeuta reforzaba diferencialmente las expresiones correctas. Si la expresión no era apropiada, se volvía a presentar el modelo y se le corregía la expresión de la emoción.

En la sesión 15 se continuó con la expresión de emociones más complejas (terror, decepción, sorpresa, rabia, tranquilidad, aburrimiento, etc.) con el mismo procedimiento que en las sesiones anteriores. Se insistió en las que tenía más dificultad: en la emoción de rabia y enfado. Se le entrenaron algunos ejercicios de regulación

emocional para reducir la ansiedad y la agresividad verbal y física, enseñándole algunos pasos: contar hasta diez antes de actuar, seguido de una descripción de sus sentimientos y la petición de cambio de conducta del otro niño.

Intervención con los padres y profesora

La madre asistió sola a las 15 sesiones de tratamiento, pero el padre permaneció informado de los detalles de la intervención y la seguía. Las primeras sesiones con la madre se dirigieron a darle información sobre las características del trastorno y explicarle las directrices del tratamiento. En la tercera sesión se le explicó a la madre la intervención que se iba a realizar para el manejo de las conductas problema y se recomendó que se dedicara a jugar 10 minutos a solas con su hijo todos los días. A partir de la quinta sesión se revisaban los registros que traía, se resolvían las dificultades y problemas que había tenido para aplicar el tratamiento. Al final de la sesión se le asignaron tareas para casa que potenciaran la generalización de lo que se le enseñaba a Adrián en las sesiones clínicas.

Durante todo el tratamiento, la madre en colaboración con la profesora del niño aplicaron una economía de fichas bajo la dirección de las terapeutas. Cada punto o ficha ganado podía ser cambiado por 5 minutos de ordenador al final del día. El niño podía ganar un punto si hacía alguna de las conductas objetivo:

- 1) Obedecer a la primera orden. Para esto la madre debía dar la orden una vez y si transcurridos 5 segundos el niño no la seguía, entonces la madre le preguntaba ¿qué te he dicho? y si el niño la repetía entonces se le animaba a cumplirla. En caso contrario se le volvía a repetir la orden y se le daba guía física para que la cumpliera. Sólo ganaba un punto si cumplía la orden a la primera. La madre registraba las órdenes que le daba durante la semana y las veces que la cumplía a la primera, con lo cual se hallaba el porcentaje de órdenes que cumplía cada semana.
- 2) Comer sin levantarse de la silla. Se les recomendó a los padres que se sentaran todos juntos para comer y cuando el niño intentara levantarse le impidieran que retirara la silla de mesa y le señalaran el plato para que siguiera comiendo. Mientras permaneciera comiendo y sentado los padres le daban conversación y si terminaba de comer sin haberse levantado ganaba un punto.
- 3) Incrementar la atención y el tiempo de concentración en tareas escolares. Se le reforzó por permanecer sentado haciendo tareas escolares tiempos cada vez más largos, de manera que si cumplía el tiempo que se fijaba como criterio, se le daba una ficha al final. Se comenzó requiriéndole 10 minutos y cuando lo conseguía durante dos días seguidos se incrementaban 5 minutos más hasta conseguir 40 minutos seguidos realizando tareas escolares y de lectura.

Además, a los padres se les encomendó algunas actividades para facilitar la generalización de las habilidades sociales entrenadas con el niño en sesiones clínicas. Para esto se les pidió a los padres que invitaran a algún compañero a casa a merendar y que ayudaran a Adrián a poner en práctica las habilidades enseñadas. Para que Adrián no impusiera sus intereses al otro niño, se estableció la norma de

que primero tenían que jugar a lo que el invitado decidiera durante un rato y posteriormente escogía Adrián el juego. De esta forma se consiguió que Adrián ampliase la variedad de juegos con otros niños.

Por otro lado, los padres colaboraron para tratar algunos problemas de conducta que se presentaban en casa a lo largo de la semana, como son:

- 1) Reducir las conversaciones repetitivas. Para esto se le recomendó a la madre que antes de seguir la conversación o preguntas del niño debían pedirle que terminara la tarea que estaba haciendo. En caso contrario que le pusieran un requisito o tarea para posteriormente hablar de ello.
- 2) Dejar de jugar con el ordenador o ver la televisión cuando llegaba el momento. El niño se negaba a interrumpir estas actividades y se intervino poniendo un despertador que le avisaba cuando se acababa el tiempo.
- 3) Reducir sus reacciones emocionales desproporcionadas ante los cambios de costumbres o de actividades. Para esto se confeccionó un horario intentando que hubiese una regularidad en sus actividades y con pocos cambios.

Al comenzar en septiembre el nuevo curso escolar se produjo un cambio de profesora en la clase asignada a Adrián. Este cambio fue favorable, porque ésta profesora mantenía en clase más disciplina que la profesora del año anterior y el niño manifestaba que se encontraba mejor en clase. A la profesora se le pidió que anotara en la agenda del niño los problemas y progresos que iba observando. Además, se le dieron algunas indicaciones para reducir las conductas problema que presentaba en clase, como son: sentarlo cerca de la mesa de la profesora y disminuir los estímulos distractores; enseñarle de forma explícita las normas de la clase y reglas sociales que incumpliese; proporcionar un ambiente predecible y seguro con rutinas estables; enseñándole a utilizar agendas para mejorar sus habilidades para organizarse; cuando comenzara a hablar de sus temas de conversación repetitivos recordarle que antes debía terminar la tarea escolar que tuviera pendiente.

El tratamiento se interrumpió porque los padres se vieron obligados trasladarse a otra ciudad lejana, pero se volvieron a tomar datos post. Se pasó de nuevo la "Escala de comportamiento asertivo para niños" y el TAMAI. Estas medidas se hicieron seis meses después de los datos pretest aunque sólo se habían aplicado cuatro meses de tratamiento (porque trascurrieron dos meses de vacaciones de verano antes de iniciar la intervención).

Resultados

Realización del diagnóstico

Con el fin de establecer el diagnóstico en Adrián, según los criterios del DSM-IV, se aplicaron varios instrumentos: ADI-R, SCQ, GADS y el WISC-R. La tabla 1 muestra los resultados obtenidos durante esta evaluación.

Tabla 1
Resultados de los instrumentos utilizados para la realización del diagnóstico de trastorno Asperger

| Instrumentos / Subescalas | Puntuación directa | Límite clínico |
|-------------------------------------|--------------------|--|
| ADI-R | | |
| Interacción social | 11 | 10 |
| Comunicación | 11 | 8 |
| Patrones de conducta estereotipados | 10 | 3 |
| SCQ | 20 | 15 |
| GADS | 76 | Cociente Asperger: 112 Probabilidad: 79 |
| ITPA | 325 | Edad psicolingüística: 10 |
| WISC-R | P. Típica | CI |
| Prueba verbal | 65 | 120 |
| Prueba manipulativa | 51 | 101 |
| Inteligencia global | 116 | 113 |

Nota: ADI-R= Entrevista para el diagnóstico del autismo- revisada; SCQ= Cuestionario de comunicación social; GADS= Escala de Gilliam del trastorno de Asperger; ITPA= Test de Illinois de aptitudes lingüísticas; WISC-R= Test de inteligencia de Wechsler para niños.

Comparaciones pre y pos tratamiento

Una vez se identificó que el niño tenía un TA, se aplicaron el TAMAI y la “Escala de comportamiento asertivo para niños”, cuyas medidas fueron utilizadas para comparar los niveles de funcionamiento en las áreas que evalúan dichas pruebas (ver tabla 2) antes y después de la intervención. Después de la intervención se registró un incremento el porcentaje de respuestas correctas en todos los componentes evaluados de la conducta asertiva, a excepción de las respuestas a elogios que ya era elevada antes de la intervención. La tabla 2 resume estos resultados y en ella se puede observar como antes del tratamiento todos los datos del TAMAI son extremos (salvo en introversión) mientras que después de la intervención se consigue que todos los datos se sitúen dentro de los límites de la normalidad según las normas de calificación de los instrumentos.

Respecto a la inadaptación escolar y social, se observa una reducción en las puntuaciones del TAMAI, lo que significa que hubo una mejoría en estos aspectos. En la tabla 2 se puede comprobar que antes del tratamiento sus puntuaciones se situaban por encima del percentil 95 y después del tratamiento se situaron dentro de la normalidad.

Seguimiento durante el tratamiento

A partir de la tercera sesión de intervención con el niño se detectó una mejoría en las conductas de atención y en el empleo de un tono de voz más bajo. Desde la

Tabla 2
Resultados antes y después de la intervención

| Instrumentos / Subescalas | Pretest | | Pos-test | |
|--|--------------------|------------|--------------------|------------|
| | Puntuación directa | Centiles | Puntuación directa | Centiles |
| TAMAI | 28 | 99 | 3 | Normalidad |
| Inadaptación escolar | 11 | 99 | 0 | Normalidad |
| Inadaptación escolar externa | 7 | 99 | 0 | Normalidad |
| Aversión a la institución | 10 | 99 | 3 | Normalidad |
| Aversión al aprendizaje | 20 | 99 | 5 | Normalidad |
| Inadaptación social | 10 | 99 | 1 | Normalidad |
| Autodesajuste social | 3 | 95 | 0 | Normalidad |
| Agresividad social | 7 | 95 | 1 | Normalidad |
| Disnomia | 10 | 95 | 4 | Normalidad |
| Restricción social | 3 | Normalidad | 3 | Normalidad |
| Introversión | 7 | 99 | 1 | Normalidad |
| Hostilgenia | | | | |
| "Escala de comportamiento asertivo para niños" | | | | |
| Expresión de sentimientos | 40 | | 80 | |
| Peticiones | 50 | | 66 | |
| Conversación | 58 | | 75 | |
| Respuestas a críticas | 50 | | 80 | |
| Respuestas a elogios | 40 | | 90 | |
| | 100 | | 100 | |

Nota: TAMAI= "Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil".

sesión 8 empezaron a detectarse respuestas espontáneas apropiadas en la habilidades sociales entrenadas y entonces se retiraron las ayudas que se le daban en este ámbito.

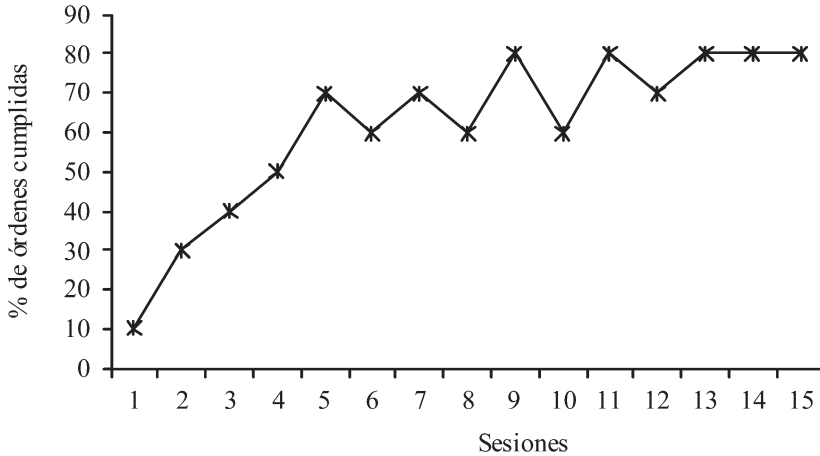
Desde la cuarta sesión de intervención con la madre se empieza a registrar un incremento paulatino en la frecuencia del seguimiento de órdenes como muestra la figura 1. En la sesión 8 los padres informan que han notado una mejoría generalizada en Adrián: va haciendo los deberes en clase, cuando suena el despertador deja de jugar al ordenador inmediatamente sin protestar, obedece a la primera en la mayoría de las ocasiones, acepta mejor los cambios y cuando se le contradice. En esta sesión trae un juego propio a la consulta y lo comparte con otro niño de forma espontánea.

Respecto al objetivo dirigido a reducir la frecuencia de conductas problema (figura 2) se consiguió que a partir de la quinta sesión se registrara una reducción de la frecuencia de levantarse de la silla durante las comidas. Las conductas agresivas comienzan a registrar una disminución llamativa a partir de la sexta sesión.

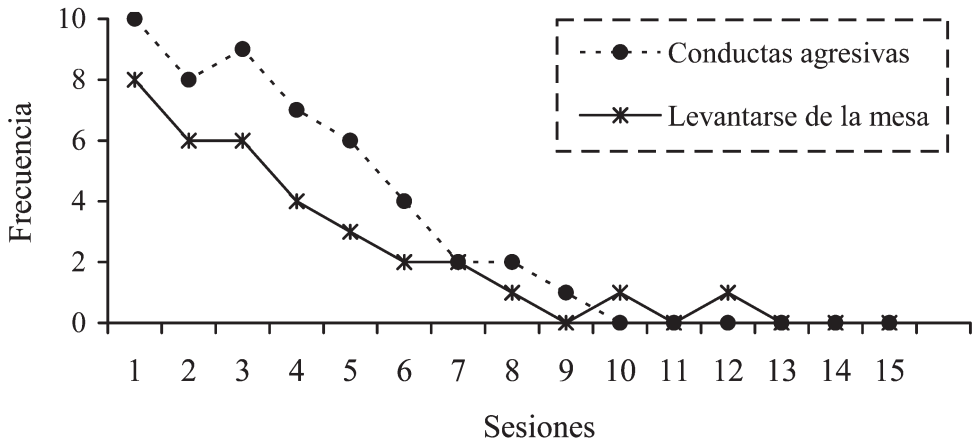
En el ámbito escolar también se detectaron cambios a partir de la séptima sesión, a partir de la cual la maestra del niño comienza a escribir notas en la agenda

Figura 1

Porcentaje de órdenes cumplidas por el niño en su casa durante las 15 sesiones de intervención

**Figura 2**

Frecuencia de conductas problema en su casa durante las 15 sesiones de intervención



que indicaban una mejoría del comportamiento de Adrián en el colegio. En la décima sesión la madre trae la agenda de clase con una anotación de la maestra que informa que el niño se estaba integrando en los juegos con otros niños durante los recreos; se relacionaba mucho mejor con los compañeros; se distraía menos y acaba las tareas casi siempre a tiempo. Le notaba menos despistes y las conductas agresivas con otros niños se habían eliminado. Cabe destacar que aunque no se

trataron directamente las conductas agresivas, la frecuencia de estas conductas se vio afectada por la intervención realizada (tal y como indicaron la profesora y los padres), coincidiendo temporalmente con que el niño espontáneamente aplicaba las habilidades sociales enseñadas.

A partir de esta décima sesión se acuerda desvanecer la economía de fichas en lo relacionado con el progreso en el ámbito escolar y los resultados se mantienen por contingencias naturales. En las notas del primer trimestre que recibió el niño consiguió aprobar todas las asignaturas y la calificación obtenida en actitud fue sobresaliente, destacando que acababa las tareas, respetaba las normas, se esforzaba y mostraba interés en clase, era ordenado y limpio y también solidario.

Un año después de haber finalizado la intervención se contactó telefónicamente con los padres para recabar información sobre el mantenimiento de los resultados, puesto que el traslado repentino de los padres impidió recabar datos directos de seguimiento. Los padres confirmaron que los cambios se mantenían, que continuaba obedeciendo las órdenes de padres y profesores, se concentraba mejor en las tareas y la reducción de las conductas disruptivas se había estabilizado. En ese momento Adrián estaba asistiendo a otro centro escolar de su nuevo lugar de residencia, continuaba sacando buenas calificaciones escolares y se mantenía la reducción de conductas agresivas y había conseguido nuevos amigos.

Discusión

En este estudio se consiguieron los objetivos de tratamiento planteados después de cuatro meses de intervención con el niño y con la colaboración de los padres y de la profesora. Se aplicó un tratamiento multicomponente en el que se combinaron varias modalidades de tratamiento: la intervención directa con el niño, el entrenamiento conductual de padres y el consejo conductual. Respecto a los objetivos marcados para trabajar en las sesiones clínicas con Adrián, se incrementó la obediencia tanto en el ámbito clínico como en su casa. También se produjo una mejoría en la atención y la concentración en tareas escolares. Desde la tercera sesión de intervención se produjo una disminución de su volumen de voz hasta unos límites normales.

La intervención en habilidades sociales realizada en las propias sesiones clínicas directamente con el niño y las actividades encomendadas a la madre para potenciar la generalización, produjeron progresos en este ámbito y en su habilidad para identificar sentimientos y expresarlos. Esta mejoría se reflejó en la "Escala de comportamiento asertivo para niños" en la que se produjo un incremento después del tratamiento en las puntuaciones sobre: expresión de sentimientos, peticiones, conversación y respuestas a críticas. Además, se redujeron sus puntuaciones en el TAMAI (situándose dentro de la normalidad), en las escalas de inadaptación social, autodesajuste social y restricción social.

Los resultados de la intervención en este ámbito también se generalizaron al contexto escolar. Entre las mejorías que anotó la profesora en la agenda escolar del niño resalta que el niño se relacionaba mucho mejor con los compañeros, que

se integraba en los juegos en los recreos y que había dejado de tener conductas agresivas con los compañeros. Cabe resaltar este dato, puesto que a pesar de no haber intervenido directamente sobre las conductas agresivas se consiguió reducir su frecuencia posiblemente por efecto del tratamiento en habilidades sociales realizado. Martín Borreguero (2005) indica que las conductas agresivas de los niños con TA se pueden reducir mediante un entrenamiento en habilidades sociales, lo cual les proporciona formas alternativas para enfrentarse a los problemas con los compañeros. En este estudio coincide que la reducción de las conductas agresivas se produjo temporalmente después de haberse observado que el niño estaba empleando espontáneamente las habilidades sociales enseñadas en las sesiones clínicas.

Por otro lado, en la casa se produjo una mejoría en la relación con los padres provocada por la dedicación de los padres a jugar con el niño y por el incremento de interacciones positivas entre ellos. Mediante el entrenamiento que se le proporcionó a la madre para enseñar al niño a seguir órdenes, se consiguió mejorar la obediencia del niño. Con la aplicación de una economía de fichas se consiguió eliminar algunas conductas problema del niño en casa, como: levantarse de la silla mientras comía, dificultades para centrarse en los deberes y terminar las tareas escolares. Además se redujeron sus conversaciones repetitivas mediante el cumplimiento previo de algún requerimiento para poder hablar de su tema preferido. Sus conductas negativas para finalizar un periodo de juego con el ordenador o ver la televisión se resolvieron poniendo un despertador que le avisaba. Además los padres confeccionaron un horario en las que se distribuyó regularmente sus actividades de forma que se redujeron los cambios de rutinas y se previnieron las alteraciones emocionales que presentaba ante los cambios.

En el ámbito escolar se produjo una mejoría en su comportamiento mediante las recomendaciones que se le dieron a la profesora y la economía de fichas que aplicaron los padres por los progresos anotados en la agenda escolar. Estas mejorías se detectaron también en los resultados de las pruebas empleadas y por los informes de la profesora. Al analizar las diferencias entre los resultados pretest y los posttest del TAMAI se comprobó que las dificultades de adaptación en el ámbito escolar se redujeron y alcanzó puntuaciones dentro de la normalidad después de la intervención (superando su aversión a la institución y al aprendizaje). La profesora resaltó antes de finalizar el tratamiento que el niño se concentraba mejor y se distraía menos, con lo cual conseguía finalizar las tareas escolares. Las mejorías en el contexto escolar también quedaron reflejadas en las notas, que informaban de haber aprobado todas las asignaturas y buen comportamiento.

Hubiese sido recomendable recopilar datos directos de seguimiento, pero por motivos ajenos al investigador esto no fue posible (la familia cambió de forma repentina su lugar de residencia). Por esto, únicamente se pudo recopilar información sobre el mantenimiento de los resultados mediante una llamada telefónica a los padres un año después de la intervención. No obstante, los padres informaron que se mantenía el incremento en obediencia y concentración que se había conseguido. En la casa perduraban los cambios respecto a la eliminación de las conductas disruptivas (levantarse de la silla, conversaciones repetitivas y problemas para

hacer los deberes). En el colegio actual había conseguido hacer amigos nuevos, continuaba alcanzando buenas calificaciones escolares y la reducción drástica de las conductas agresivas también se mantenía.

En resumen, en este estudio de caso se comprueba la eficacia de un tratamiento extensivo a varios contextos mediante la aplicación de técnicas conductuales en un tiempo limitado, lo cual confirma las conclusiones de estudios anteriores (Romanczyk *et al.*, 2005; Simpson, 2004; Volkmar *et al.*, 2004). El tratamiento aplicado consistió en combinar varias modalidades de tratamiento como la intervención directa con el niño, el entrenamiento conductual de padres y el consejo conductual con padres y profesores. Los resultados de esta intervención son especialmente llamativos debido a la rapidez con la que se consiguieron los objetivos planteados después de cuatro meses de intervención y por el mantenimiento de los resultados un año después, según la información telefónica aportada por los padres. La principal aportación de este estudio radica en que se aplicó una forma de intervención que resuelve una de las limitaciones más importantes encontradas en otros estudio referente a la dificultad que tienen los niños con TA para generalizar a su ambiente natural (Barnhill *et al.*, 2002; Whilliams *et al.*, 2007). En el presente estudio se consiguió potenciar la generalización al proporcionarle a Adrián oportunidades en situaciones nuevas para poner en práctica las habilidades enseñadas con otros niños en colaboración con la familia. Cabe resaltar que la generalización de los resultados se produjo en contextos distintos y estos fueron detectados por la profesora, los padres y también se reflejó en los resultados de las pruebas empleadas. Cabe resaltar que una de las contribuciones/ peculiaridades de este estudio radica en que se consiguió la generalización a otras conductas no tratadas directamente, puesto que se eliminaron las conductas agresivas sin haber llegado a ser un objetivo de tratamiento. Este efecto puede explicarse por la intervención realizada, especialmente en el entrenamiento en habilidades sociales que proporcionó al niño una serie de habilidades alternativas para resolver sus problemas con los compañeros.

No obstante, hay que considerar las limitaciones de este estudio en cuanto a la falta de datos cuantitativos de seguimiento, dado que únicamente fue posible conseguir información telefónica de los padres sobre el mantenimiento de los resultados un año más tarde. Esto nos indica la necesidad de promover estudios futuros en los que se tomen datos directos de seguimiento, y de esta manera ofrecer datos cuantitativos transcurrido un periodo de tiempo considerable.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger Syndrome. *Autism*, 4, 85-100.
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger: una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas*. México: Trillas.

- Barnhill, G. P., Cook, K. T., Tebbenkamp, K. y Myles, B. S. (2002). The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with Asperger syndrome and related pervasive developmental delays. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 17*, 112-118.
- Barry, T. D., Klinger, L. G., Lee, J. M., Palardy, N., Gilmore, T. y Bodin, S. D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism. *Journal of Autism Developmental Disorders, 33*, 685-701.
- Bauminger, N. (2003). Peer interaction and loneliness in high functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*, 489-507.
- Beaumont, R. y Sofronoff, K. (2008). A multi-component social skills intervention for children with Asperger syndrome: the junior detective training program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 743-753.
- Bonete, S., Vives, M. C., Fernández, A., Calero, M. D. y García, B. (2010). Evaluación del potencial de aprendizaje y dificultades de socialización en escolares con el trastorno de Asperger. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 18*, 473-490.
- Broderick, C., Caswell, R., Gregory, S., Marzolini, S. y Wilson, O. (2002). Can I join the club?: A social integration scheme for adolescents with Asperger syndrome. *Autism, 6*, 427-431.
- Cooper, M. J., Griffith, K. G. y Filer, J. (1999). School intervention for inclusion of students with and without disabilities. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 14*, 110-115.
- Corsi Sliming, E., Guerra Vio, C. y Plaza Villarroel, H. (2007). Diseño, implementación y evaluación de un programa de manejo conductual para padres de niños con síndrome de Asperger. *Psicología Conductual, 15*, 253-266.
- Couteur, A. L., Lord, C. y Rutter, M. (2006). *Entrevista para el diagnóstico del autismo -revisada: ADI-R*. Madrid: TEA.
- De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2007). *Autismo y síndrome de Asperger. Trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. Guía para educadores y familiares*. Madrid: CEPE.
- De la Iglesia, M. y Olivar, J. S. (2008). Intervenciones sociocomunicativas en los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*, 1-19.
- Fuentes Biggi, J., Ferrari Arroyo, M. J., Boada Muñoz, L., Touriño Aguilera, E., Artigas Pallarés, J., Belinchón Carmona, M., Hervás Zúñiga, A., Canal Bedia, R., Hernández, J. M., Díez Cuervo, A., Idiázabal Aletxa, M. A., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J., Martos Pérez, J. y Posada de la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología, 43*, 425-438.
- Gilliam, J. E. (2001). *Gilliam Asperger's Disorder Scale*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Gutstein, S. E. y Whitney, T. (2002). Asperger syndrome and the development of social competence. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 17*, 161-171.
- Hernández, P. (1990). *Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil: TAMAI*. Madrid: TEA.
- Jané, M. C. Ballespí, S. y Doménech-Llabería, E. (2006). Un caso de trastorno de Asperger. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (dirs.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes* (pp. 253-274). Madrid: Pirámide.
- Kirk, S., McCarthy, J. y Kirk, W. (1986). *ITPA. Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas*. Madrid: TEA.
- Klin, A. y Volkmar, F. R. (2000). Treatment and intervention guidelines for individuals with Asperger's Syndrome. En A. Klin, F. R. Volkmar y S. S. Sparrow (dirs.), *Asperger syndrome* (pp. 340-366). Nueva York: Guilford.

- Krasny, L., Williams, B. J., Provencal, S. y Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America*, 12, 107-122.
- Lindner, J. L. y Rosén, L. A. (2006). Decoding of emotion through facial expression, prosody and verbal content in children and adolescent with Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 769-777.
- Martín Borreguero, P. (2004). *El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?* Madrid: Alianza.
- Martín Borreguero, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 41, 115-122.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Olivar, J. S. y De la Iglesia, M. (2008). *Intervención psicoeducativa en autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger. Manual práctico*. Madrid: CEPE.
- Rao, P. A., Beidel, D. C. y Murray, J. M. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 353-361.
- Romanczyk, R. G., White, S. y Gillis, J. M. (2005). Social skill versus skilled social behavior: a problematic distinction in autism spectrum disorder. *Journal of Early and Intensive Behaviour Intervention* 2, 177-193.
- Rutter, A., Bailey, A. y Lord, C. (2003). *Cuestionario de comunicación social: SCQ*. Madrid: TEA.
- Sansosti, F. J. y Powell-Smith, K. A. (2006). Using social stories to improve the social behavior of children with Asperger syndrome. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8, 43-57.
- Shaked, M. y Yirmiya, N. (2003). Understanding social difficulties. En M. Prior (dirs.), *Learning and behavior problems in Asperger syndrome* (pp.126-147). Nueva York: Guilford.
- Simpson, R. L. (2004). Finding effective intervention and personnel preparation practices for students with autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 70, 135-144.
- Soloman, M., Goodlin-Jones, B. L. y Anders, T. F. (2004). A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 649-668.
- Timler, G. (2008). Social communication: a framework for assessment and intervention. *The ASHA Leader*, 13, 10-13.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T. y Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 45, 135-170.
- Webb, B. J., Miller, S. P., Pierce, T. B., Strawser, S. y Jones, P. (2004). Effects of social skill instruction for high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 53-62.
- Wechsler, D. (1993). *Test de inteligencia de Wechsler para niños: WISC-R*. Madrid: TEA.
- Whilliams, S. W., Keonig, K. y Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1858-1868.

RECIBIDO: 2 de septiembre de 2010

ACEPTADO: 21 de noviembre de 2010

