

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

MÁSTER EN INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN
SOCIOEDUCATIVA

**Intervención e Investigación en Síndrome de
Asperger: Análisis de los talleres de
habilidades sociales en la adolescencia**

Alumna

Belén Marcos Palacio

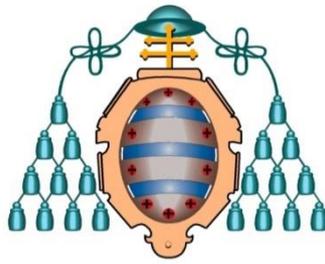
Firmado:

Tutor académico

Samuel Fernández Fernández

Firmado:

Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

MÁSTER EN INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN
SOCIOEDUCATIVA

**Intervención e Investigación en Síndrome de
Asperger: Análisis de los talleres de
habilidades sociales en la adolescencia**

Alumna

Belén Marcos Palacio

Tutor académico

Samuel Fernández Fernández

Junio de 2015

INDICE

1.INTRODUCCIÓN	6
2.JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DE LA TEMATICA	8
3.FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	9
3.1 Aproximación conceptual al síndrome de asperger	9
3.2 Historia del síndrome de asperger	9
3.2.1 Hans Asperger	9
3.2.2 Leo Kanner.....	10
3.2.3 Lorna Wing.....	10
3.2.4 Uta Frith	10
3.3 Diferencias entre autismo y síndrome de asperger	11
3.4 Autismo de alto funcionamiento y síndrome de asperger	11
3.5 Rasgos conductuales de la persona con síndrome de Asperger	12
3.6 Prevalencia en la población	14
3.7 Diferencias en la prevalencia	15
3.8 diagnostico.....	15
3.8.1 Criterios diagnósticos oficiales.....	16
3.8.2 Comorbilidad con otros trastornos	17
3.8.3 Herramientas de diagnóstico.....	18
3.10 Estado de la cuestión.....	19
4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA	20
4.1 Institución	20
4.2 Servicios de la asociación	21
4.3 Objetivos de la intervención en la asociación.....	21
4.4 Intervención.....	21
4.5 Características de los sujetos	23
4.6 Actividades desarrolladas	23
4. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
5.1 Objetivo.....	27
5.2 Hipótesis	27

5.3 Modalidad de investigación.....	27
5.4 Técnicas de muestreo.....	28
5.5 Técnicas de recogida de información.....	28
5.6 Técnica de análisis de datos.....	29
5. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA	30
6.1 Recogida de información	30
6.2 Análisis de necesidades.....	31
6.3 Observación participante	34
6.4 Análisis de la información recogida.....	37
6.4.1 modelo lineal general.....	37
6.4.2 medias marginales estimadas.....	40
6.4.5 comparaciones por pares.....	41
6.GRAFICOS.....	46
7. CONCLUSIONES.....	51
8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO 1.....	55
ANEXO 2.....	57

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el incremento de personas con síndrome de asperger¹ ha convertido este trastorno en un tema de actualidad especialmente dentro del ámbito socioeducativo. No obstante, los estudios existentes ponen de manifiesto que se trata de un trastorno muy ambiguo del que aún hoy en día se desconocen muchos aspectos, entre ellos la etiología. Es por ello que resulta trascendental seguir investigando sobre el mismo ya que un conocimiento más amplio permitirá a los profesionales establecer un diagnóstico temprano y llevar a cabo una intervención adecuada a las necesidades de cada sujeto.

El presente Trabajo Fin de Máster, cuya principal finalidad es ampliar el conocimiento sobre el Síndrome de Asperger, recoge un estudio sobre la efectividad de los talleres de habilidades sociales desarrollados en adolescentes con este problema. Esta investigación se ha llevado a cabo en la Asociación Asperger Asturias en la cual se estaban realizando las prácticas curriculares del Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa. En esta entidad la mayor parte de los talleres que se implementan están enfocados a fomentar y potenciar las habilidades sociales, principal carencia de las personas con Asperger y por lo tanto a favorecer su inclusión en la sociedad.

Durante el desarrollo de dichas prácticas además de intervenir realizando diversos talleres con los usuarios de la asociación también se ha recogido toda la información necesaria para la realización de este estudio de investigación.

En cuanto al contenido del trabajo, en primer lugar aparece la justificación del tema en la cual se explica el motivo que llevó a la realización de este trabajo y se define los objetivos del mismo. En segundo lugar se presenta una síntesis sobre la literatura del tema, en la que se aborda fundamentalmente los orígenes y la evolución histórica del síndrome de asperger así como sus características y diagnóstico y su situación actual.

Tras este breve recorrido teórico se procede a la descripción y contextualización tanto de la Asociación Asperger Asturias como de la intervención llevada a cabo en ella durante las prácticas. En primer lugar se explicarán los fines que persigue esta entidad. Y en segundo lugar se especificarán las actividades realizadas con los niños y adolescentes durante la estancia en la asociación.

En los siguientes apartados se aborda la metodología de la investigación y el análisis de la información recogida. En la parte metodológica se plantea el diseño de investigación, es decir, el procedimiento que se va a seguir para

¹ Cererols (2011) señala que a partir de 1995 los sucesivos estudios revelan un notable

alcanzar los objetivos propuestos. En él se detallan el enfoque de la investigación, las técnicas de muestreo, las técnicas de recogida de datos etc.

Y en la parte de análisis se organiza y analiza la información obtenida procedente tanto del análisis de cualitativo como del cuantitativo. En la parte cualitativa se realiza un análisis de necesidades mediante la herramienta informática Weft-QDA. Y en la parte cuantitativa se analizan los datos obtenidos en la recogida de información a través del programa estadístico SPSS.

Finalmente, una vez analizados los resultados, se establecen una serie de conclusiones. Y se cierra el trabajo mostrando los agradecimientos.

2. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DE LA TEMÁTICA

Como estudiante de Pedagogía he abordado diversas temáticas de carácter socioeducativo. El síndrome de Asperger ha sido una de ellas y a pesar de que es un tema que me suscita gran interés, desconozco muchas características del mismo tanto es así que posiblemente no sabría identificar con certeza a una persona con este síndrome.

El síndrome de Asperger es un trastorno que no solo afecta al desarrollo social de niños y a niñas sino también a adolescentes y personas adultas. Esto hace que su estudio revista aún más importancia. Por lo tanto considero que debo ampliar mis conocimientos tanto a nivel profesional como personal. En el campo de lo profesional como Graduada en Pedagogía es mi deber reconocer a las personas que lo padecen a fin de intervenir con ellas de la forma más adecuada posible. Por otra parte en el ámbito personal siempre es necesario conocer a las personas que nos rodean y las características que poseen a fin de interaccionar de la manera más satisfactoria posible con ellas.

La mejor forma de conocer este campo es, sin duda alguna, trabajando en él y conociendo en primera persona a las personas afectadas, pues como han señalado algunos autores en su momento “no existe mejor teoría que una buena práctica”. Este es el motivo por el cual decidí realizar las prácticas curriculares del Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa en la Asociación Asperger Asturias. En esta entidad todas las actividades y talleres que se realizan están enfocadas a potenciar las habilidades sociales y de este modo aminorar las conductas inadecuadas propias de este síndrome. El desarrollo de estos talleres es de carácter grupal. Así por ejemplo, en función de la edad, hay grupos formados por niños de 3 a 6 años, de 6 a 13 años (aproximadamente) y grupos de adolescentes.

Las prácticas realizadas en esta entidad me han servido para elaborar el presente trabajo fin de máster con el que trato de analizar la efectividad de los talleres de habilidades sociales llevados a cabo con adolescentes. La razón de investigar a este grupo de edad reside fundamentalmente en que en los adolescentes se aprecia con más claridad este síndrome mientras que en los niños al poseer una personalidad más infantil me ha resultado más difícil identificarlo.

Así pues los objetivos que persigue este estudio son los siguientes:

- Verificar si existen modificaciones en el comportamiento de los adolescentes durante la realización de los talleres.

3. FUNDAMENTACIÓN TEORICA

3.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL SÍNDROME DE ASPERGER

En las últimas décadas se ha comenzado a investigar sobre una alteración que afecta al desarrollo de determinadas personas: el Síndrome de Asperger. Este síndrome, cuyas etiología aun se desconoce, se incluye dentro de los trastornos del espectro autista² y es reconocido como un trastorno neurobiológico de carácter severo y crónico, caracterizado por una limitación significativa de las capacidades de relación y comportamiento social.

La definición ha ido variando con el paso del tiempo. Así pues, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV y en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE el síndrome de Asperger se incluye en la categoría de trastornos generalizados del desarrollo. Sin embargo, en el reciente DSM-V pasa a considerarse como un trastorno del espectro autista. Esta patología afecta a niños, adolescentes y personas adultas y quienes lo padecen poseen un coeficiente intelectual normal o incluso superior a la media sin embargo no son capaces de relacionarse adecuadamente.

3.2 HISTORIA DEL SÍNDROME DE ASPERGER

El descubrimiento del Síndrome de Asperger, la descripción de sus características y su posterior evolución a lo largo de la historia se debe a varios autores. Si bien su principal descubridor fue Hans Asperger también hubo otras figuras importantes que contribuyeron a la consolidación de este trastorno como Leo Kanner, Lorna Wing o Uta Frith.

3.2.1 HANS ASPERGER

El origen del término “Síndrome de Asperger” proviene del pediatra austriaco Hans Asperger. Este profesional publicó en el año 1944 una investigación sobre la psicopatía autística titulada *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter* en la que describía a cuatro chicos con un comportamiento social muy singular. Las características comunes que Asperger observó en estos chicos fueron, según Cererols (2011), falta de contacto con las personas que lo rodean, aislamiento en un mundo aparte e intereses específicos.

² La federación Asperger España afirma que el síndrome de Asperger ha sido reconocido por la comunidad científica (DSM-4) en 1994 e incluido en 2013 como parte del TEA (trastorno del espectro autista).

Sin embargo en un primer momento este trabajo, a pesar de su relevancia, apenas fue difundido debido al contexto socioeconómico de aquella época. Señala

3.2.2 LEO KANNER

En esta misma década, concretamente en 1943, Leo Kanner publicó un trabajo similar al de Hans Asperger³. Este psiquiatra austriaco publicó un artículo en el que hablaba sobre los trastornos autísticos del contacto afectivo. En él recogía la historia clínica de un grupo de niños que también manifestaban conductas atípicas. Ambos autores destacaban las alteraciones en el comportamiento de sus pacientes. Attwood (2002) afirma que:

Tanto Kanner como Asperger describieron niños con pobreza de interacción social, con deficiencias de comunicación y el desarrollo de intereses especiales. Leo Kanner describió a niños con una expresión más severa de autismo, mientras que Hans Asperger a niños más capacitados”. (p.6)

3.2.3 LORNA WING

A partir de los años 80 Lorna Wing rescató del olvido el trabajo de Hans Asperger. Esta psiquiatra británica fue la primera persona en utilizar el término Síndrome de Asperger en un artículo publicado en 1981. Atwood (2002) asegura que en el “describió un grupo de niños y adultos cuyas características se asemejaban al perfil de habilidades y de comportamiento originalmente descrito por el pediatra vienés Hans Asperger”. (p.5).

3.2.4 UTA FRITH

Finalmente, en este contexto también cabe mencionar a la psicóloga Uta Frith quien en 1991 tradujo al inglés la publicación original de Asperger a la cual tituló *Autism and Asperger syndrome*. Esta traducción junto con la publicación de Lorna Wing supuso, sin duda alguna, un gran avance en la difusión de la obra de Hans Asperger.

³ Zúñiga Montero (2009) señala que “ sin que ninguno de los dos tuviera conocimiento del otro, Kanner publicó en inglés la historia clínica de once niños con trastornos autísticos, y Asperger, en alemán, la de cuatro niños con psicopatía autística que, posiblemente, manifestaban conductas autistas poco severas y un coeficiente normal de inteligencia”

3.3 DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER

Las semejanzas sintomáticas entre el síndrome de Asperger y el autismo constituyen una realidad innegable. Ambas alteraciones se caracterizan por la incapacidad de relacionarse socialmente. Sin embargo no constituyen la misma entidad clínica ya que existen algunas diferencias que nos permiten establecer un diagnóstico diferencial. Así pues, en el Síndrome de Asperger los déficits motores están más pronunciados, el principio parece ser más tardío, y los déficits sociales están presentes sin gran deterioro del habla ni del lenguaje

Según Borreguero (2004) el DSM-IV diferencia el Síndrome de Asperger del autismo infantil con relación a tres criterios:

- El periodo inicial en el que las primeras anomalías comienzan a manifestarse.
- La ausencia de retraso de la adquisición del lenguaje
- La ausencia de retraso en el desarrollo cognitivo.

3.4 AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO Y SÍNDROME DE ASPERGER

Ahora bien, la controversia sobre las diferencias entre autismo y asperger se acentúa aún más al hablar de autismo de alto funcionamiento. Así pues, nos podemos encontrar con personas con trastorno del espectro autista cuyo grado de afectación es leve. De la Iglesia y Olivar (2007) señalan que “aquellas personas que presentan menor sintomatología y mayor nivel intelectual se les ha denominado trastorno del autismo de alto funcionamiento”. Esta categoría dentro del autismo tiende a confundirse con el síndrome de asperger. Sin embargo son dos trastornos distintos ya que los resultados de numerosas investigaciones pusieron de manifiesto la existencia de diferencias de tipo cuantitativo, es decir asociadas al nivel de funcionamiento a la severidad de los síntomas, entre ambos.

La estrecha relación entre el autismo y asperger ha originado un fuerte debate entre los investigadores, llegando incluso a considerarse en algunos casos la misma entidad nosológica. Desde esta perspectiva son varios los autores que apuntan la existencia de un consenso entre los profesionales acerca del síndrome de asperger como un continuo fenomenológico del autismo y no como categorías diagnósticas independientes. En este sentido, Wing (1998) citada en De la Iglesia y Olivar (2007) señala que no existe ninguna diferencia entre el Síndrome de asperger y el autismo de alto funcionamiento ya que forman parte del mismo continuo.

Por otra parte, Borreguero (2004) sostiene que “efectivamente, existen algunas diferencias sintomáticas entre el autismo y el síndrome de asperger con relación a sus perfiles de habilidades cognitivas, comunicativas y motoras, al menos en el periodo de la infancia de un individuo” (p.123) Sin embargo dichas parecen no ser un aspecto determinante para considerar el síndrome de asperger una categoría distinta del autismo. En este sentido, esta autora afirma que es necesario encontrar diferencias en variables externas como la etiología, el curso de desarrollo, la respuesta al tratamiento etc. para establecer con certeza que el síndrome de asperger es una entidad clínica distinta del autismo.

En suma, el Síndrome de asperger, si bien esta considerado por el DSM-IV como una categoría independiente del autismo la vinculación entre ambos no está del todo clara.

3.5 RASGOS CONDUCTUALES DE LA PERSONA CON SÍNDROME DE ASPERGER

Los principales rasgos conductuales de las personas con Síndrome de Asperger son:

- Problemas en la comunicación y las relaciones sociales, falta de empatía.
- Interacción ingenua, sencilla, inapropiada y unidireccional.
- Pobres habilidades para hacer amigos
- Lenguaje pedante y repetitivo. Dificultades en comunicación no verbal.
- Interés absorbente por determinados temas.
- Movimientos torpes y poco coordinados

Todos estos rasgos, los cuales se traducen en una enorme carencia de habilidades sociales, son los que dificultan el desarrollo social de las personas con Asperger.

En relación a estas características Borreguero (2004), autora de referencia para nuestro trabajo, explica que:

Además de las dificultades para establecer una conversación reciproca, el niño con el síndrome de Asperger también es proclive a interpretar el lenguaje de los otros de una forma literal. Así pues, los refranes, los comentarios irónicos y las bromas basadas en juegos de palabras o sutilezas verbales son, a menudo, fuentes de gran confusión” (p.76)

Esta autora establece tres núcleos de trastornos asociados al síndrome de asperger:

- Trastorno cualitativo de la interacción social

- Alteraciones de las habilidades pragmáticas del lenguaje y la comunicación social
- Trastorno de la flexibilidad comportamental y mental

Por otra parte Cererols (2011) -sintetiza algunas de estas características de la siguiente manera:

El Asperger tiene dificultades para interpretar los sentimientos, a menudo incluso los propios. Le falta empatía, no responde emocionalmente, pero no porque no le importen los otros, sino porque no es capaz de llegar a su interior, o si lo consigue, no sabe cómo expresarlo. Al Asperger se le hará muy difícil, quizás imposible, hacer amigos, unirse a un grupo, participar en actividades colectivas. (p.34)

Es importante destacar la heterogeneidad de estos patrones de comportamiento, es decir, las características del síndrome de asperger no son idénticas en todos los niños ya que variarán en función de la personalidad de cada sujeto. Así por ejemplo nos encontraremos con niños que hablan más o con niños que hablan menos, con niños que mantienen el contacto visual y con niños que no etc. Tal y como afirma Borreguero (2004):

Hans Asperger destacó la naturaleza heterogénea de la psicopatía autista y su variable manifestación sintomática en función de los rasgos de la personalidad del niño y las experiencias de aprendizaje a las que se les hubiera expuesto en el colegio y en el entorno familiar. (p.31)

En relación a la manifestación de los síntomas algunas personas adultas con Síndrome de Asperger, al ser conscientes de sus dificultades para interactuar socialmente pueden llegar a imitar las conductas de otros y de este modo encubrir los rasgos propios de este trastorno que impiden su desarrollo social. En este sentido Cererols (2011) asevera que:

Aunque estos impedimentos están presentes durante toda la vida, sus manifestaciones externas van cambiando a medida que la persona aprende a suplirlos con otras técnicas, especialmente en el caso del asperger y del autismo de alto funcionamiento. Esto puede causar la falsa impresión que algunos adultos son *normales* o que se *han curado*, cuando en realidad lo que han hecho es observar los problemas, encontrarles una vía alternativa, y entrenarse en práctica.(p.32)

Otro factor que se debe tener en cuenta a la hora de hacer referencia a los rasgos del síndrome de Asperger es la edad. En el caso de los adolescentes-grupo analizado para este trabajo- la edad en la que se encuentran puede repercutir en el grado de manifestación de estos rasgos. La adolescencia,

como bien es sabido, es una fase de la vida en la que se experimentan numerosos cambios tanto físicos y psíquicos como sociales entre los que destacan las alteraciones en el aspecto corporal, la búsqueda de identidad y el paso a la educación secundaria obligatoria. Esto la convierte, inevitablemente, en una etapa compleja no solo para los jóvenes que asumen nuevos roles y responsabilidades sino también para los padres que se ven en la obligación de proteger a sus hijos. En palabras de Musitu y Cava (2003) “la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta en la que el individuo debe afrontar un gran número de cambios y desafíos evolutivos”. (p.2).

Los chicos y chicas tratan de reafirmar su personalidad y asentar sus ideales a fin de lograr una mayor independencia. Todas estas transformaciones generan a menudo tensiones que desembocan en una conducta rebelde y egoísta por parte de los adolescentes. En este sentido Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra (2008) consideran que “el pensamiento formal que caracteriza al adolescente, también puede desembocar en una especie de egocentrismo, que impulse al joven a someter toda realidad, también la familiar a sus propias reflexiones” (p.392). En suma, la adolescencia es una etapa marcada por conflictos tanto intra como interpersonales.

Sin embargo, en el caso de los adolescentes con Síndrome de Asperger, las modificaciones conductuales propias de la edad pueden manifestarse de forma distinta ya sea pasando desapercibidas o acentuándose aún más. Así por ejemplo algunos chicos, debido a los rasgos inherentes a este síndrome, encontrarán serias dificultades para mostrar su personalidad ante los demás o para establecer sus ideales. En otros, por el contrario, las modificaciones de este periodo se verán acentuadas, es decir, mostrarán conductas sociales aún más inapropiadas. En este último caso una excesiva acentuación de estas características podría dar lugar a un diagnóstico erróneo en el que se confunda el Síndrome de Asperger con otros trastornos.

3.6 PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN

En cuanto a la prevalencia del síndrome de asperger en la población las psicólogas Chanca y Trelles (2009) afirman que los datos disponibles demuestran que es mucho más alta que el autismo o que cualquier otro trastorno del desarrollo. Estudios recientes la sitúan en de 3 a 5 casos por cada 1.000 individuos.

3.7 DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA

Además de la heterogeneidad en la conducta de cada niño también existen diferencias de género en relación a la prevalencia. Así pues se detecta mayor incidencia de síndrome de asperger en varones que en mujeres⁴. Tal y como afirma Cererols “desde los primeros trabajos de Kanner y Asperger se observó que los trastornos del continuo autista son mucho más frecuentes en niños que en niñas, hecho que ha sido confirmado por todos los estudios posteriores. (p.27). En este sentido la proporción descrita de varones respecto a mujeres es de 4 a 1.

El motivo de estas diferencias radica en que en el caso de los niños por lo general los síntomas del asperger se aprecian de forma clara mientras que en el caso de las niñas estos síntomas no son tan evidentes ya que se manifiestan de forma severa dificultando así su detección. Este es el motivo por cual existe mayor incidencia en niños que en niñas.

3.8 DIAGNOSTICO

En la actualidad, los sistemas diagnósticos oficiales para detectar el Síndrome de Asperger son el DSM -*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*- en sus distintas versiones y el CIE -*Clasificación Internacional de Enfermedades*-. Por otra parte también fueron varios los autores que intentaron aportar sus ideas estableciendo criterios diagnósticos para identificar este trastorno. Algunos de estos autores fueron Gillberg, Szatmari, Tantam y Riviere etc. A continuación mostraremos los criterios diagnósticos que propone este último autor Ángel Riviere (1996) por considerarse entre los profesionales una descripción más acertada que la que ofrecen los sistemas diagnósticos oficiales.

- Trastorno cualitativo de la relación.
- Inflexibilidad mental y comportamental
- Alteración de la expresión emocional y motora
- Capacidad normal de inteligencia impersonal.

⁴ Un estudio de cribado realizado por Frontera (2004) en Aragón hace algunos años pone de manifiesto estas diferencias en la incidencia. En este sentido Belinchón (2008) afirma que este estudio en el que se aplicó el cuestionario ASSQ a un total de 17.576 alumnos de la ESO identificó inicialmente 59 posibles alumnos con SA, lo que representa una tasa del 33.6/10.000, con una ratio hombre/mujer de 4/1 (47 varones, 12 mujeres).

3.8.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS OFICIALES

Los criterios diagnósticos que nos ofrece el DSM-IV-R (299.80) para la detección del Síndrome de Asperger son los siguientes:

A) Trastorno cualitativo de la Interacción Social. Manifestado al menos por dos de las siguientes características:

- Alteración importante del uso de múltiples comportamientos no verbales, como el contacto ocular, la expresión facial, la postura corporal y los gestos reguladores de la interacción social.
- Incapacidad del individuo para desarrollar relaciones con iguales apropiadas a su nivel de desarrollo.
- Ausencia de tendencia espontánea a compartir placeres, intereses y logros con otras personas (por ejemplo, ausencia de las conductas de señalar o mostrar a otras personas objetos de interés)
- Ausencia de reciprocidad social o emocional

B) Patrones restrictivos de comportamientos, intereses y actividades repetitivos y estereotipados. Manifestados al menos en una de estas características:

- preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad o por su contenido.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por partes de objetos.

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

D) No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo, a los dos años de edad el niño utiliza palabras sencillas y a los tres años utiliza frases comunicativas).

E) No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autosuficiencia con respecto a la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia

F) No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

3.8.2 COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

Si bien los criterios diagnósticos establecidos por los sistemas oficiales y por distintos autores son muy explícitos no es fácil determinar con claridad el síndrome de Asperger. Las diferencias en la expresión de los síntomas de cada sujeto, la combinación entre la capacidad intelectual adecuada e incluso superior a la media y las limitaciones en las habilidades sociales y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos son factores que dificultan significativamente el diagnóstico de este síndrome. En palabras de Chanca y Trelles (2009)

La complejidad del síndrome de Asperger, unida a la falta de marcadores biológicos que lo identifiquen, las diferencias en la expresión de los síntomas en cada individuo y la comorbilidad con otros trastornos, hace que su diagnóstico sea muchas veces difícil (p.2).

Las comorbilidades más frecuentes en el síndrome de Asperger son según Borreguero (2004) el trastorno semántico y pragmático del lenguaje, el trastorno de la personalidad esquizoide, el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad, el trastorno de la atención e hiperactivo, el síndrome de Tourette y el autismo de alto funcionamiento. Todas estas alteraciones psiquiátricas y neurológicas también perturban negativamente el desarrollo social de quien lo padece. Este denominador común aumenta las posibilidades de confundir el síndrome de Asperger con alguno de estos trastornos y por lo tanto de establecer un diagnóstico erróneo. En efecto, tal y como apunta Borreguero (2004) “sin lugar a dudas, la existencia de un solapamiento sintomático entre el síndrome de Asperger y otras entidades psiquiátricas va a incrementar la probabilidad de cometer errores de diagnóstico” (p.137)

Ahora bien también puede darse el caso de una persona con Síndrome de Asperger que padezca un trastorno psiquiátrico. En este sentido Atwood (2002) señala que:

De adolescente la persona puede llegar a ser más consciente de su aislamiento social e intentar llegar a ser más sociable. Sus intentos de unirse a las actividades de sus iguales chocan con el ridículo y la exclusión haciendo que la persona se deprima” (p.13)

3.8.3 HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO

En cuanto a los instrumentos para el diagnóstico Belinchón (2008) asegura que en la última década se han creado al menos diez instrumentos para la detección del síndrome de asperger: A continuación se citan los instrumentos que estos autores extrajeron de los trabajos de Campbell (2005) y Howlin (2000):

- *Escala de diagnóstico del Síndrome de asperger* (ASDS; Myles, Bock, y Simpson, 2001).
- *Cuestionario de Screening para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del espectro Autista de Alto funcionamiento* (ASSQ; Ehlers, Gillberg y Wing, 1999)
- *Test infantil del Síndrome de Asperger* (CAST; Scott, Baron-Cohen, Bolton, y Braine, 2002)
- *Escala Gilliam para Trastorno Asperger* (GADS; Gilliam, 2001).
- *Índice de Krug para el Trastorno Asperger* (KADI; Krug, y Arick, 2003).
- *Escala australiana para el Síndrome de Asperger* (ASAS; Garnett y Attwood, 1995; Attwood, 1998).
- *Cociente del espectro autista* (AQ; Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martín y Clubley, 2001).
- *Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview* (ASDI; Gillberg, Gillberg, Rastam y Wentz, 2001).
- *Adult Asperger Assessment* (AAA; Baron-Cohen, Wheelwright, Robinson y Woodbury-Smith, 2005)

Klin, McPartland y Volkmar (2005) citado en Belinchón (2008) consideran que el único instrumento que contempla la distinción entre síndrome de asperger y autismo es el *Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview* (ASDI), citado anteriormente. Sin embargo estos autores aseguran que no existen datos sobre este instrumento que demuestren una validez tan elevada como para distinguir el síndrome de asperger del autismo de alto funcionamiento.

Otro instrumento que parece ser de gran utilidad para establecer el diagnóstico del Asperger es la *Australian Scale for Asperger's Syndrome* (Escala Australiana para el Síndrome de Asperger) concebida tanto para padres como para profesores). Desde el punto de vista de Atwood (2002):

Pueden haber dos estrategias que conducen al diagnóstico del S.A. El primero consiste en que los padres o profesionales rellenen un cuestionario o una escala de clasificación que pueden ser usados para indicar que un niño pudiera tener el síndrome. El segundo estadio es una

valoración diagnóstica de médicos experimentados que examinan el comportamiento y capacidades de niños con trastornos del desarrollo, usando criterios establecidos que permiten una clara descripción del síndrome (p.5).

La asociación asperger Asturias, en el proceso de diagnóstico del Síndrome de Asperger utiliza dos de los instrumentos arriba mencionados:

- *Escala australiana para el Síndrome de Asperger*⁵
- *Cuestionario de screening para espectro Autista de Alto funcionamiento. ASSQ.*

Estos instrumentos si bien no sirven como herramienta diagnóstica por si solos pueden reflejar la presencia de características típicas del síndrome de asperger.

3.10 ESTADO DE LA CUESTIÓN

En la actualidad, el Síndrome de Asperger es un tema sujeto a numerosas investigaciones ya que aún se desconocen muchos aspectos del mismo, como por ejemplo, la etiología.

Por un lado la comorbilidad con otros trastornos similares impide establecer con claridad un diagnóstico. En este sentido se hace necesario la realización de investigaciones que esclarezcan y determinen las características específicas del síndrome permitiendo de este modo realizar un diagnóstico diferencial lo más exacto posible. Por otro lado, la polémica sobre la clasificación del Síndrome de Asperger como una entidad clínica distinta del autismo también es algo que no se conoce con certeza pues si bien los sistemas de clasificación lo consideran una categoría distinta numerosos autores consideran que no lo es y que simplemente se trata de un continuo autista.

Finalmente, en cuanto al marco normativo, es importante destacar que el Síndrome de Asperger no está reconocido oficialmente por la legislación como una discapacidad por lo tanto las personas con que lo padecen no reciben ninguna prestación de este tipo.

Sin duda alguna todos estos planteamientos indecisos que giran en torno al Síndrome de Asperger no hacen sino exigir que se siga investigando y avanzando en el tema.

⁵ Esta escala consiste en un listado de 24 ítems con una escala de 7 puntos para cada uno de ellos. Las áreas que evalúa son: habilidades sociales y emocionales, comunicación, habilidades cognitivas, intereses específicos, habilidades motoras y otras características específicas del individuo.

4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA

Las prácticas curriculares del Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa y el desarrollo del presente trabajo Fin de Máster, como se ha puesto de manifiesto en líneas anteriores, se han llevado a cabo en la Asociación Asperger Asturias.

4.1 INSTITUCIÓN

La Asociación Asperger se constituyó el 13 de julio de 2003 ante la carencia en el principado de Asturias de recursos orientador a personas con síndrome de Asperger.

La finalidad de la asociación, según indica el artículo 2 de sus estatutos, es promover el desarrollo integral de las personas con Síndrome de asperger, socios o hijos de asociados, a través de actividades asistenciales, educativas, recreativas, culturales, deportivas y en general la representación y defensa de los intereses de las personas con Síndrome de Asperger ante toda clase de organismos e instituciones.

En cuanto a su gestión, el artículo 5 de sus estatutos señala que la asociación será gestionada por una Junta directiva, formada por un presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero y un número de vocales variable entre uno y tres.

La misión que cumple esta asociación es⁶:

- La difusión del Síndrome de Asperger. Conocer su existencia y características, puede ayudar a muchos niños/as, adolescentes y personas adultas a superar sus dificultades.
- Información, diagnóstico y valoración específica
- Asesoramiento en temas de necesidades educativas, terapéuticas, ocupacionales o laborales.
- Orientación sobre recursos disponibles en nuestra comunidad.
- Organización de jornadas, seminarios y cursos de formación para profesionales de la salud, educación y sociedad en general.
- Realización de actividades terapéuticas: terapia individual, talleres de HHSS, escuela de padres, actividades de ocio y tiempo libre, etc,
- Diseño y creación de materiales adaptados: Leo TEAayuda y evenbettergames.com

⁶ Información extraída de : <http://aspergerasturias.org/sobre-la-asociacion/>

4.2 SERVICIOS DE LA ASOCIACIÓN

Los servicios que presta la asociación son los siguientes:

- Apoyo conductual positivo.
- Servicio de detección, evaluación, diagnóstico y elaboración de informes.
- Información, orientación y asesoramiento sobre el síndrome de Asperger.
- Intervención terapéutica individualizada y terapia familiar
- Programa “soy especial”
- Información y/o formación para profesionales de Centros Educativos del principado de Asturias.
- Programa de empleo con apoyo y acompañamiento laboral

4.3 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN LA ASOCIACIÓN

Los objetivos de la intervención educativa en asperger:

- Potenciar el desarrollo socioemocional y comunicativo adaptado a los diferentes contextos en que se desenvuelve la persona.
- Desarrollar el sentido de la identidad y la autoestima
- Favorecer el rendimiento escolar, la adquisición de hábitos de estudio y estrategias de aprendizaje adecuadas.
- Ampliar la flexibilidad cognitiva y estimular la actividad funcional y la independencia.

4.4 INTERVENCIÓN

En el transcurso de las prácticas además de conocer a las personas con síndrome de asperger y recoger información también se ha llevado a cabo una intervención con ellas.

Las prácticas, cuya duración total fue de 120 horas, se han desarrollado en los meses de enero a abril alternando mañanas y tardes. (Ver figura 1). En el horario de mañana se diseñaban los talleres y actividades de intervención y en el de tarde se implementaban. La intervención con los niños se podía llevar a cabo únicamente por las tardes ya que por las mañanas estos se encontraban en el centro escolar.

ENERO						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRERO						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27		

MARZO						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ABRIL						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

 Mañana: 10:00h a 13:00

 Tarde: 16:00 a 19:00h

Figura 1. Elaboración propia

4.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

En la Asociación Asperger los talleres que se desarrollan van especialmente dirigidos a niños y adolescentes⁷. La forma de trabajo es mayoritariamente en grupo constituyéndose los grupos en función de la edad. Así pues existen varios grupos compuestos por niños de 3 a 6 años, de 6 a 13, y de 13 en adelante. Este último grupo está formado por el conjunto de adolescentes. El número de niñas y adolescentes es muy reducido predominando por tanto en todos los grupos el sexo masculino.⁸

Las principales características comunes que muestran todos los usuarios de la Asociación son ausencia de contacto visual, falta de empatía, incapacidad para pedir ayuda, torpeza motora e ingenuidad. Asimismo la mayoría de ellos presentan un coeficiente intelectual superior a la media. El grado de severidad de estos síntomas varía en función de factores tales como la edad, personalidad y el entorno de cada niño.

En el caso de los niños más pequeños estos rasgos conductuales pasan inadvertidos en algunas ocasiones ya que puede confundirse con un comportamiento infantil o excesivamente tímido. En cambio, en los adolescentes estos síntomas son más evidentes puesto que manifiestan conductas inapropiadas a su edad.

4.6 ACTIVIDADES DESARROLLADAS

La intervención se centró fundamentalmente en los adolescentes por ser éste el grupo que se estaba investigando. Sin embargo también se intervino, aunque en menor medida, con otros grupos.

En el caso de los adolescentes las actividades de intervención llevadas a cabo con ellos fueron un taller sobre el trabajo en equipo y taller de teatro. En primer lugar el taller sobre el trabajo en equipo (ver figura 2) se ha desarrollado mediante una presentación Power Point en la cual se les ha expuesto la definición de trabajo en equipo, las características que debe poseer el mismo así como un ejercicio de reflexionar. El objetivo de este taller que consistía en fomentar la interacción y el intercambio de opiniones entre los adolescentes se vio alcanzado ya que los chicos participaron en el taller aportando sus ideas.

⁷ En estos talleres también se trabaja con personas adultas sin embargo con ellas se suele llevar a cabo otro tipo de intervención como la terapia individual.

⁸ Estas diferencias en la prevalencia de los hombres respecto a las mujeres, como se expuso anteriormente, se debe a que en el sexo femenino los síntomas del asperger no son tan evidentes como en el masculino lo cual dificulta notablemente su diagnóstico y se detecten menos casos. Tanto es así que la proporción de varones respecto a mujeres es de 4 a 1.



Figura 2. Elaboración propia

Otro de los talleres desarrollados con el grupo de adolescentes fue el taller de teatro, el cual tuvo una duración de cinco semanas aproximadamente. La obra seleccionada fue *Postdata* de los autores Pablo y Carlos Colau. El objetivo prioritario de dicho taller no era representar la obra sino potenciar la participación y la capacidad de organización. En este caso el taller no tuvo tanto éxito como el anterior ya que si bien participaron inicialmente pronto comenzaron a perder el interés por la obra. La mayoría de los chicos insistían en que “querían taller normal” con Pilar, la psicóloga que habitualmente realiza los talleres con ellos.

Con el grupo de 6 a 13 años también se realizó intervención. Los talleres diseñados e implementados con ellos fueron: Taller de paso al instituto para concienciar a los chicos de la nueva etapa educativa y personal a la que se enfrentan (ver anexo 1) y Taller de cómo entender lo que nos dicen (ver figura

3). El motivo de realizar este ultimo taller es que las personas con Síndrome de Asperger tienen a pensar de forma literal lo cual puede conducir a grandes confusiones y malentendidos. El objetivo del taller era, por tanto, favorecer la comprensión de las expresiones con doble sentido y las ironías. Resulta trascendental trabajar este tema con todos los grupos y especialmente con este cuya edad los avoca a grandes cambios como el paso al instituto y la difícil etapa adolescente.

TALLER DE COMO ENTENDER LO QUE NOS DICEN

Nombre:

Fecha:



A veces, no entendemos bien las cosas que los profesores o los compañeros nos dice. También nos pueden dar indicaciones que seguimos de forma demasiado exacta

Por ejemplo:

- El profesor está hablando y nos dice que estemos en silencio. Quiere decir que debemos estar en silencio mientras él está hablando. Una vez que haya terminado ya podemos hablar.
- Un compañero está enfadado y nos dice que le dejemos en paz. Esto no quiere decir que no le podamos hablar nunca más sino que en ese momento le dejemos tranquilo.



Quando nos ordenan estar silencio, dejar tranquilo a alguien etc. no quiere decir que tengamos que estar en silencio para siempre o que no hablemos con alguien nunca más.

Luis está en clase y el profesor que está explicando una lección le dice que si lo vuelve a ver hablando con sus compañeros lo castiga. Luis le hace caso y en todo el día no vuelve a hablar con sus compañeros. ¿Ha entendido la indicación del profesor? ¿Por qué?

.....

.....

.....

Damián le pide prestada la calculadora a Alex y se lo rompe sin querer. Alex enfadado le dice: ¡te voy a matar!. ¿Lo dice de verdad o es solo una forma de hablar?

.....

.....

.....

Figura 3. Elaboración propia

Finalmente, con el grupo de niñas se ha realizado un pequeño taller de manualidades consistente en elaborar broches y llaveros. Los objetivos del mismo fueron trabajar la motricidad fina y favorecer la interacción entre las participantes. Durante el desarrollo del taller las niñas participaron continuamente mostrando un gran interés hacia la actividad desarrollada, por lo que, los objetivos propuestos se alcanzaron ampliamente.

4. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez realizada la síntesis sobre la literatura del tema y la contextualización de la práctica abordaremos en este apartado el procedimiento metodológico que se va a seguir para alcanzar los objetivos del presente estudio, es decir, nos corresponde elaborar el diseño de la investigación. Sabariego y Bisquerra (2004) definen el diseño de la investigación como “el plan o estrategia concebida para obtener la información que se requiere, dar respuesta al problema formulado y cubrir los intereses de estudio”. (p.120). Por otra parte, McMillan y Shumacher (2006) establecen que el diseño de investigación: “

Se refiere a un plan para la selección de sujetos, de escenarios de investigación y de procedimientos de recogida de datos que respondan a las preguntas de la investigación. El diseño expone qué individuos serán estudiados, cuándo, dónde y bajo qué circunstancias. (p.131)

5.1 OBJETIVO

El objetivo que persigue esta investigación es:

- Verificar si existen modificaciones en el comportamiento de los adolescentes durante la realización de los talleres de habilidades sociales

5.2 HIPÓTESIS

- Existen variaciones en las habilidades sociales del conjunto de chicos tras la ejecución de los talleres de habilidades sociales.
- Existen variaciones en la evolución de las sesiones del taller de habilidades sociales desarrollado con adolescentes.

5.3 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

A la hora de definir el diseño de una investigación según Arias Blanco (2004) se deben tener en cuenta una serie de factores tales como el enfoque o paradigma, la dimensión temporal, o la existencia de manipulación y el grado de control ya que en función de éstos la investigación adoptara unas características u otras. Tomando como referencia estos criterios podemos aseverar, en primer lugar, que esta investigación si bien tiene una pequeña

parte cualitativa (análisis de necesidades) el enfoque es principalmente cuantitativo⁹.

Al tratarse de una investigación cuantitativa el diseño de la misma será preordenado ya que se elabora un plan cerrado detallando todos los pasos a seguir. Por otro lado, en lo referente al grado de manipulación será un diseño cuasiexperimental. Según Sans (2004) “estos diseños se denominan cuasiexperimentales porque, aún cuando no son verdaderos experimentos, proporcionan un control razonable sobre la mayor parte de las fuentes de invalidez y son más sólidos que los diseños preexperimentales” (p.188). Los diseños cuasiexperimentales se pueden clasificar en dos grandes grupos: diseños transversales y diseños longitudinales. En este caso se empleará el diseño longitudinal de medidas repetidas en las variables tiempo e ítem.

5.4 TÉCNICAS DE MUESTREO

En cuanto a la técnica de muestreo, ateniéndonos al contexto y teniendo en cuenta que el diseño es cuasiexperimental el tipo de muestreo será probabilístico no aleatorio. Esto se debe a que al investigar únicamente al conjunto de adolescentes de la Asociación Asperger la muestra es muy reducida por lo tanto no es posible aleatorizar a los sujetos ya que el grupo de sujetos está previamente establecido.

5.5 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La técnica de recogida de información que se empleará será fundamentalmente la observación participante. Esta técnica se llevará a cabo en los talleres de habilidades sociales, concretamente en cinco sesiones de éstos. Los datos obtenidos tras cada observación se registrarán en un listado de control.

McMillan y Schumacher (2005) señalan que la observación participante consiste en una combinación de estrategias particulares de recogida de datos: participación limitada, observación de campo, entrevistas y recogida de artefactos. La participación limitada es imprescindible para obtener una aceptación de la presencia del investigador. La observación de campo es la técnica que permite al investigador observar directamente y registrar notas sin interacciones. Las entrevistas se producen en forma de conversaciones casuales tras una vivencia con otros.

⁹ Sabariego y Bisquerra (2004) consideran que desde el enfoque cuantitativo el diseño de la investigación juega un papel decisivo para validar o rechazar las hipótesis formuladas en un contexto en particular.

5.6 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Tal y como se indicó anteriormente esta investigación consta de dos partes, una que podríamos denominar cualitativa y otra parte cuantitativa. En la primera se realiza un análisis de necesidades valorado por las expresiones recogidas y analizado con la herramienta Weft-Qda. En la segunda parte las valoraciones observadas sobre las habilidades sociales trabajadas se analizan utilizando análisis de varianza con medidas repetidas. A continuación se explican detalladamente ambos procedimientos.

5. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

El desarrollo de las prácticas y la recogida de información se ha llevado a cabo de forma simultánea. El proceso de recogida de información se distribuye en dos etapas. En primer lugar se recaba información de los distintos documentos e informes de cada sujeto procedentes no solo de la asociación sino también del centro escolar. Y en segundo lugar se realizó la observación participante utilizando unas listas de control previamente elaboradas para registrar la información obtenida.

6.1 RECOGIDA DE INFORMACIÓN

En esta primera etapa se ha extraído información sobre el comportamiento y las características de los adolescentes. Los documentos que nos facilitaron todos esos datos fueron informes tanto del equipo de orientación y de los profesionales médicos, como de los elaborados en la Asociación Asperger. Así mismo se ha recogido información de las distintas entrevistas y test aplicados por las psicólogas en la Asociación los cuales se citan a continuación:

- ✚ Entrevista para el diagnóstico del síndrome de Asperger (ASDI)
- ✚ Cuestionario de Screening para espectro Autista de Alto Funcionamiento, ASSQ.¹⁰
- ✚ Test infantil del síndrome de Asperger (CAST)¹¹

La información extraída de todos estos documentos se ha sintetizado y clasificado en siete indicadores comunes a los cuatro chicos analizados:

- Habilidades sociales
- Relaciones
- Intereses y rutinas
- Comunicación
- Motricidad
- Hipersensibilidad
- Educación

¹⁰ Este cuestionario contiene un listado de 27 ítems procedentes de los criterios diagnósticos propuestos por Gillberg. La finalidad de esta herramienta es facilitar la detección de individuos con una capacidad intelectual alta y un trastorno social en el espectro autista. Si bien no se emplea para la distinción del autismo de alto funcionamiento y el síndrome de Asperger.

¹¹ Este test consta de 37 ítems cuya finalidad es evaluar áreas generales de socialización, comunicación, juego, intereses y patrones de conducta repetitiva. De esos 37 ítems solo 31 contribuyen a la puntuación final del niño. Los ítems restantes son ítems de control sobre el desarrollo en general y no reciben puntuación.

Estos indicadores hacen referencia a las áreas en las que presentan más dificultades.

6.2 ANÁLISIS DE NECESIDADES

Tras recoger los datos y clasificarlos en los indicadores anteriormente citados se realizó un análisis cualitativo de necesidades. El propósito de este análisis fue detectar el área que más necesidades presenta en cada adolescente.

Para efectuar dicho análisis en primer lugar se importaron al Weft-Qda los documentos que contenían la información de cada sujeto. Una vez importados dichos documentos se elaboró un árbol de categorías para cada sujeto y subcategorías en el que se incluyeron los indicadores/áreas anteriormente citadas y su respectivo contenido. (Ver figura 4).

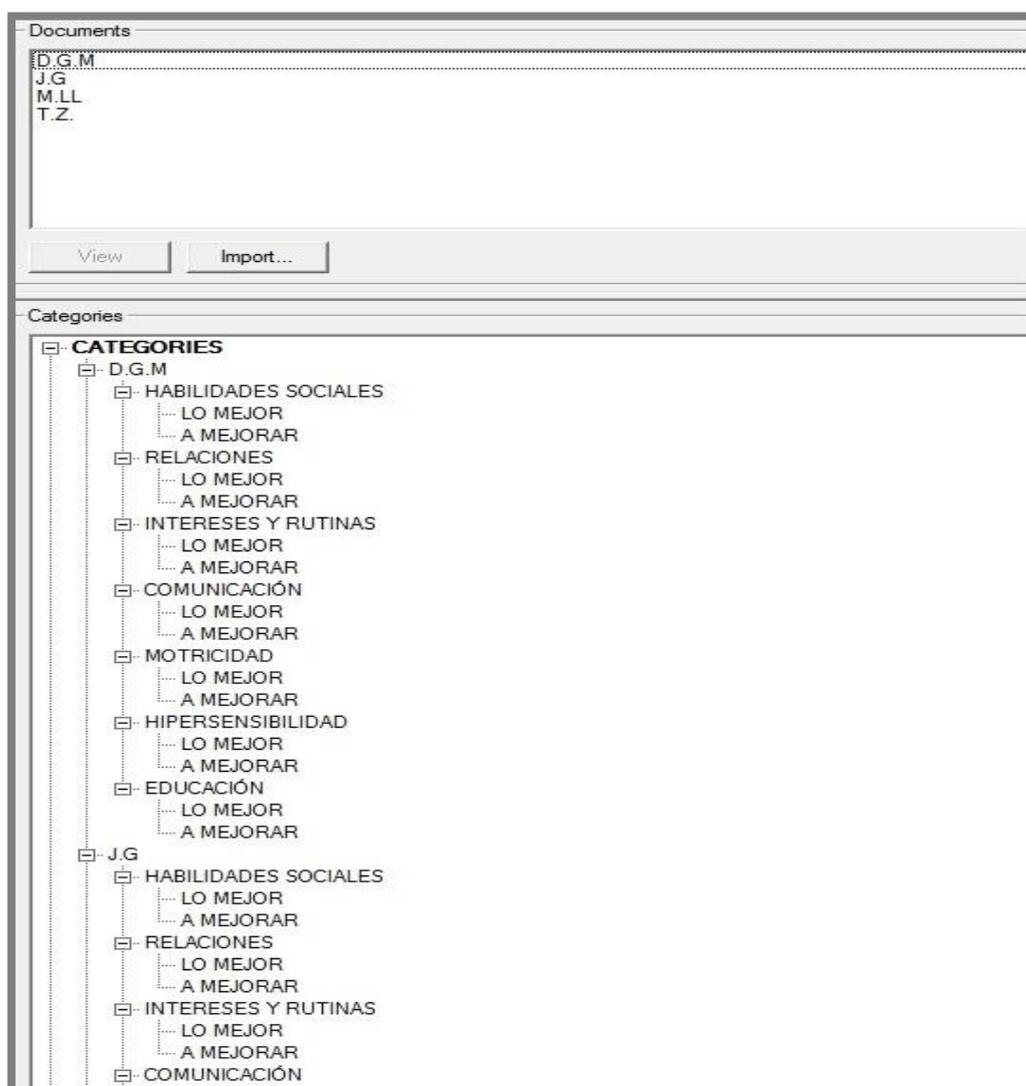


Figura 4. Elaboración propia

Tras crear el árbol de categorías y subcategorizas y comparar ambos se obtuvo la matriz cuyo análisis de caracteres refleja el número de vocablos que contiene cada indicador. (Ver figura 5)

	A	B	C	D	E	F
1		D.G.M	J.G	M.LL	T.Z	
2	HABILIDADES SOCIALES	1304	0	0	0	
3	HABILIDADES SOCIALES	0	2147	0	0	
4	HABILIDADES SOCIALES	0	0	2251	0	
5	HABILIDADES SOCIALES	0	0	0	1943	
6	RELACIONES	211	0	0	0	
7	RELACIONES	0	798	0	0	
8	RELACIONES	0	0	451	0	
9	RELACIONES	0	0	0	651	
10	INTERESES Y RUTINAS	648	0	0	0	
11	INTERESES Y RUTINAS	0	516	0	0	
12	INTERESES Y RUTINAS	0	0	333	0	
13	INTERESES Y RUTINAS	0	0	0	676	
14	COMUNICACIÓN	663	0	0	0	
15	COMUNICACIÓN	0	1	0	0	
16	COMUNICACIÓN	0	0	120	0	
17	COMUNICACIÓN	0	0	0	867	
18	MOTRICIDAD	224	0	0	0	
19	MOTRICIDAD	0	140	0	0	
20	MOTRICIDAD	0	0	464	0	
21	MOTRICIDAD	0	0	0	215	
22	HIPERSENSIBILIDAD	77	0	0	0	
23	HIPERSENSIBILIDAD	0	155	0	0	
24	HIPERSENSIBILIDAD	0	0	156	0	
25	HIPERSENSIBILIDAD	0	0	0	45	
26	EDUCACIÓN	130	0	0	0	
27	EDUCACIÓN	0	639	0	0	
28	EDUCACIÓN	0	0	458	0	
29	EDUCACIÓN	0	0	0	588	
30						

Figura 5. Elaboración propia

En esta matriz se observa claramente que el indicador que obtuvo mayor puntuación, es decir el que más caracteres contiene, fue el de habilidades sociales en los cuatro sujetos. La diferencia entre la puntuación de este indicador y los demás es considerable lo cual denota que las habilidades sociales es en lo que más inciden los profesionales que evaluaron a estos chicos. A continuación mostramos algunas de las expresiones recogidas en el área de habilidades sociales de cada sujeto:

- **D.G.M:** Tiene dificultad para entender las reglas del comportamiento educado. Así por ejemplo tiene costumbre de desperezarse y lo hace en cualquier sitio sin reparo alguno. Tampoco sabe esperar los turnos de conversación.
- **J.G:** No sabe muy bien cómo expresar una emoción”. En las conversaciones no sabe cuando hay que cerrar el tema de conversación. No tolera ni entiende las bromas.
- **M.L:** Con frecuencia hace comentarios excesivamente personales. En el juego trata de imponer sus normas constantemente. No mantiene contacto ocular en las interacciones sociales. Tiene una comprensión totalmente literal.
- **T.Z:** No entiende las frases con ironía. Le faltan habilidades para iniciar y mantener conversaciones con sus compañeros. Su pensamiento es único, va en una única dirección.

Una vez concluido que la necesidad más sobresaliente de estos chicos se presenta en el área de habilidades sociales se realizó otro análisis cuya intención era cerciorarnos de que la mayoría de caracteres incluidos en este indicador hacían referencia a aspectos que se debían mejorar. (Ver figura 6). Para ello, se elaboraron dos subcategorías – lo mejor- y –a mejorar- en las cuales se recogían por un lado los mejores aspectos de cada chico en las habilidades sociales y por otro, los que se debían mejorar.

	A	B	C	D	E
1		D.G.M	J.G	M.LL	T.Z
2	LO MEJOR	81	0	0	0
3	A MEJORAR	730	0	0	0
4	LO MEJOR	0	29	0	0
5	A MEJORAR	0	397	0	0
6	LO MEJOR	0	0	29	0
7	A MEJORAR	0	0	264	0
8	LO MEJOR	0	0	0	40
9	A MEJORAR	0	0	0	1922
10					

Figura 6. Elaboración propia

En esta segunda matriz las elevadas puntuaciones obtenidas en la subcategoría “a mejorar” indican que lo que más destaca en los cuatro chicos son los aspectos a mejorar. Estos datos muestran nuevamente que el área de habilidades sociales es el que más necesidades de mejora presenta. A continuación exponemos algunas de las expresiones recogidas sobre cada sujeto en esta sub-categoría:

D.G.M:

- A mejorar: *A la hora de describir experiencias cuenta cosas sin importancia y se olvida de lo verdaderamente relevante. No mantiene un contacto visual adecuado con las personas que se dirigen a el.*

J.G:

- A mejorar: *No muestra empatía ni afecto hacia los demás. No soporta que le toquen es por ello que evita los besos y los abrazos. No tiene sentido del humor*

M.LL:

- A mejorar: *No mantiene la distancia física correcta respecto a los demás, se coloca siempre excesivamente cerca. No percibe los estados de ánimo de los otros. Muestra emociones de forma infantilizada.*

T.Z.

- A mejorar: *Carece de flexibilidad mental, entiende las frases de forma literal. Tiene dificultades para expresar una idea. Tiende a creer todo lo que le dicen.*

6.3 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Tras comprobar que los adolescentes presentan más deficiencias en las habilidades sociales se procedió a investigar los talleres de habilidades sociales para verificar si estos eran realmente eficaces para la adquisición de dichas habilidades.

De entre todas las técnicas de recogida de información existentes nos decantamos por la observación pues consideramos que la mejor forma de recoger información en este contexto es observando directamente a los

adolescentes. Para ello se elaboró un listado de observación que consta de 15 ítems (ver figura 7 y 8). En el cual se recogerá la información procedente de la observación en estos talleres. El baremo establecido para asignar las puntuaciones fue de 1 a 3 siendo 1 “nunca”, 2 “a veces” y 3 “siempre”

LISTADO DE CONTROL 1º SESION				
HABILIDADES SOCIALES	D.G	J.G	M.L	T.Z
Busca la interacción con los compañeros 1. Nunca 2. A veces 3 Siempre				
Presta atención a la actividad que se está desarrollando 1. Nunca 2. A veces 3 Siempre				
Sigue el tema de conservación 1. Nunca 2. A veces 3 Siempre				
Diferencia lo importante de lo irrelevante 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Mantiene el contacto visual con su interlocutor 1. Nunca 2. A veces 3 Siempre				
Tiene expresión facial 1. Nunca 2. A veces 3 Siempre				
Presenta un tono de voz adecuado 1. Nunca 2. A veces 3 Siempre				

Figura 7. Elaboración propia

Comprende las ironías y los dobles sentidos 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Tolera las bromas de los demás 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Muestra empatía hacia los demás 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Interpreta adecuadamente las emociones expresadas por los compañeros. 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Expresa sus sentimientos a los demás 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Es capaz de defender sus ideas 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Es capaz de tomar decisiones 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				
Sabe organizar su tiempo 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre				

Figura 8. Elaboración propia

6.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

Una vez recogidos los datos de la observación mediante el listado de control, cuyas puntuaciones totales obtenidas se pueden ver en la figura 7, se introdujeron en la herramienta informática SPSS para analizarlos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sesión1	60	1,00	3,00	1,8000	,70830
Sesión2	60	1,00	3,00	1,7833	,64022
Sesión3	60	1,00	3,00	1,8500	,73242
Sesión4	60	1,00	3,00	2,0500	,62232
Sesión5	60	1,00	3,00	2,0833	,59065
N válido (según lista)	60				

Figura 7. Elaboración propia

El modelo de análisis seleccionado para este estudio fue el de análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas en un factor. El análisis que nos ofrece este programa nos permite interpretar los datos procedentes de las puntuaciones obtenidas en el listado de control así como las comparaciones entre las sesiones. Las tablas que se muestran a continuación nos ofrecen los resultados.

6.4.1 MODELO LINEAL GENERAL

Factores intra-sujetos

Medida:MEASURE_1

tiempo	Variable dependiente
1	Sesión1
2	Sesión2
3	Sesión3
4	Sesión4
5	Sesión5

Factores inter-sujetos

		N
Item	BI	4
	CI	4
	CV	4
	DI	4
	DR	4
	EF	4
	ES	4
	IE	4
	ME	4
	OT	4
	PA	4
	SC	4
	TB	4
	TD	4
	VA	4

Prueba de esfericidad de Mauchly^b

Medida: MEASURE_1

Efecto intra- sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon ^a		
					Greenhouse- Geisser	Huynh-Feldt	Límite- inferior
tiempo	,864	6,342	9	,706	,926	1,000	,250

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos inter-sujetos.

b. Diseño: Intersección + Item

Diseño intra-sujetos: tiempo

Esta tabla nos ofrece la prueba de esfericidad de Mauchly. El nivel crítico asociado al estadístico W de Mauchly es 0,706. Al ser mayor que 0,05 podemos asumir la esfericidad y por lo tanto basar nuestras decisiones sobre los efectos intra-sujetos de la siguiente tabla.

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Medida:MEASURE_1

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tiempo	Esfericidad asumida	4,880	4	1,220	10,660	,000
	Greenhouse-Geisser	4,880	3,706	1,317	10,660	,000
	Huynh-Feldt	4,880	4,000	1,220	10,660	,000
	Límite-inferior	4,880	1,000	4,880	10,660	,002
tiempo * Item	Esfericidad asumida	11,320	56	,202	1,766	,003
	Greenhouse-Geisser	11,320	51,882	,218	1,766	,004
	Huynh-Feldt	11,320	56,000	,202	1,766	,003
	Límite-inferior	11,320	14,000	,809	1,766	,075
Error(tiempo)	Esfericidad asumida	20,600	180	,114		
	Greenhouse-Geisser	20,600	166,764	,124		
	Huynh-Feldt	20,600	180,000	,114		
	Límite-inferior	20,600	45,000	,458		

Esta tabla nos muestra los estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos. Tanto el efecto del factor tiempo como el efecto del factor tiempo*ítem son significativos ya que la mayoría de los niveles críticos obtenidos se sitúan por debajo de 0.05. De modo que podemos concluir que existen diferencias a lo largo del tiempo puesto que los datos obtenidos en los ítems no son los mismos durante la implementación del taller de habilidades sociales.

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Medida:MEASURE_1

Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	1098,253	1	1098,253	668,760	,000
Item	23,047	14	1,646	1,002	,467
Error	73,900	45	1,642		

Esta tabla recoge información referente al factor inter-sujetos *ítems*. El nivel crítico asociado al estadístico F es 0,467. Al ser mayor que 0,05 podemos afirmar que el efecto del factor ítem no es significativo.

6.4.2 MEDIAS MARGINALES ESTIMADAS

Estimaciones

Medida:MEASURE_1

tiempo	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1	1,800	,081	1,638	1,962
2	1,783	,082	1,618	1,949
3	1,850	,100	1,650	2,050
4	2,050	,075	1,899	2,201
5	2,083	,079	1,925	2,242

Esta tabla nos muestra las medias marginales que el modelo estima para cada nivel del factor tiempo, además del error típico y del intervalo de confianza correspondiente a cada media.

Comparaciones por pares

Medida:MEASURE_1

(I) tiempo	(J) tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^a	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^a	
					Límite inferior	Límite superior
1	2	,017	,062	1,000	-,165	,199
	3	-,050	,062	1,000	-,232	,132
	4	-,250*	,059	,001	-,423	-,077
	5	-,283*	,063	,000	-,470	-,097
2	1	-,017	,062	1,000	-,199	,165
	3	-,067	,072	1,000	-,279	,146
	4	-,267*	,062	,001	-,451	-,083
	5	-,300*	,056	,000	-,466	-,134
3	1	,050	,062	1,000	-,132	,232
	2	,067	,072	1,000	-,146	,279
	4	-,200*	,058		-,370	-,030

	5		-,233*	,065	,008	-,426	-,041
4	1		,250*	,059	,001	,077	,423
	2		,267*	,062	,001	,083	,451
	3		,200*	,058	,012	,030	,370
	5		-,033	,058	1,000	-,204	,137
5	1		,283*	,063	,000	,097	,470
	2		,300*	,056	,000	,134	,466
	3		,233*	,065	,008	,041	,426
	4		,033	,058	1,000	-,137	,204

Basadas en las medias marginales estimadas.

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Esta tabla nos ofrece las comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo. Para controlar la tasa de error, tanto los niveles críticos como los intervalos de confianza están ajustados mediante la corrección de Bonferroni. El resultado de estas comparaciones por pares nos indica que las diferencias entre las tres primeras sesiones y las dos últimas es importante y significativa. No existen, sin embargo, diferencias significativas entre los niveles 4 y 5.

6.4.5 COMPARACIONES POR PARES

2. Item * tiempo

Comparaciones por pares

Medida:MEASURE_1

Item	(I) tiempo	(J) tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error tít.	Sig. ^a	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^a	
						Límite inferior	Límite superior
BI	1	2	-,250	,239	1,000	-,954	,454
		3	-,750*	,239	,030	-1,454	-,046
		4	-,750*	,227	,019	-1,419	-,081
		5	-,750*	,244	,036	-1,471	-,029
2	1	,250	,239	1,000	-,454	,954	

		3	-,500	,279	,797	-1,323	,323
		4	-,500	,242	,442	-1,213	,213
		5	-,500	,217	,261	-1,142	,142
	3	1	,750*	,239	,030	,046	1,454
		2	,500	,279	,797	-,323	1,323
		4	,000	,224	1,000	-,660	,660
		5	-4,441E-16	,253	1,000	-,746	,746
	4	1	,750*	,227	,019	,081	1,419
		2	,500	,242	,442	-,213	1,213
		3	,000	,224	1,000	-,660	,660
		5	-4,441E-16	,224	1,000	-,660	,660
	5	1	,750*	,244	,036	,029	1,471
		2	,500	,217	,261	-,142	1,142
		3	4,441E-16	,253	1,000	-,746	,746
		4	4,441E-16	,224	1,000	-,660	,660
DR	1	2	-,250	,239	1,000	-,954	,454
		3	-,250	,239	1,000	-,954	,454
		4	-1,000*	,227	,001	-1,669	-,331
		5	-,500	,244	,466	-1,221	,221
	2	1	,250	,239	1,000	-,454	,954
		3	,000	,279	1,000	-,823	,823
		4	-,750*	,242	,033	-1,463	-,037
		5	-,250	,217	1,000	-,892	,392
	3	1	,250	,239	1,000	-,454	,954
		2	,000	,279	1,000	-,823	,823
		4	-,750*	,224	,016	-1,410	-,090
		5	-,250	,253	1,000	-,996	,496
	4	1	1,000*	,227	,001	,331	1,669
		2	,750*	,242	,033	,037	1,463
		3	,750*	,224	,016	,090	1,410
		5	,500	,224	,304	-,160	1,160
	5	1	,500	,244	,466	-,221	1,221
		2	,250	,217	1,000	-,392	,892
		3	,250	,253	1,000	-,496	,996
		4	-,500	,224	,304	-1,160	,160
EF	1	2	-4,441E-16	,239	1,000	-,704	,704
		3	-,500	,239	,418	-1,204	,204
		4	-,500	,227	,326	-1,169	,169
		5	-1,000*	,244	,002	-1,721	-,279
	2	1	4,441E-16	,239	1,000	-,704	,704

		3		-500	,279	,797	-1,323	,323
		4		-500	,242	,442	-1,213	,213
		5		-1,000*	,217	,000	-1,642	-,358
3		1		,500	,239	,418	-,204	1,204
		2		,500	,279	,797	-,323	1,323
		4		,000	,224	1,000	-,660	,660
		5		-500	,253	,541	-1,246	,246
4		1		,500	,227	,326	-,169	1,169
		2		,500	,242	,442	-,213	1,213
		3		,000	,224	1,000	-,660	,660
		5		-500	,224	,304	-1,160	,160
5		1		1,000*	,244	,002	,279	1,721
		2		1,000*	,217	,000	,358	1,642
		3		,500	,253	,541	-,246	1,246
		4		,500	,224	,304	-,160	1,160
ES	1	2		-250	,239	1,000	-,954	,454
		3		-250	,239	1,000	-,954	,454
		4		-,750*	,227	,019	-1,419	-,081
		5		-500	,244	,466	-1,221	,221
	2	1		,250	,239	1,000	-,454	,954
		3		2,220E-16	,279	1,000	-,823	,823
		4		-500	,242	,442	-1,213	,213
		5		-250	,217	1,000	-,892	,392
	3	1		,250	,239	1,000	-,454	,954
		2		-2,220E-16	,279	1,000	-,823	,823
		4		-500	,224	,304	-1,160	,160
		5		-250	,253	1,000	-,996	,496
	4	1		,750*	,227	,019	,081	1,419
		2		,500	,242	,442	-,213	1,213
		3		,500	,224	,304	-,160	1,160
		5		,250	,224	1,000	-,410	,910
	5	1		,500	,244	,466	-,221	1,221
		2		,250	,217	1,000	-,392	,892
		3		,250	,253	1,000	-,496	,996
		4		-250	,224	1,000	-,910	,410
ME	1	2		-500	,239	,418	-1,204	,204
		3		-250	,239	1,000	-,954	,454
		4		-500	,227	,326	-1,169	,169
		5		-,750*	,244	,036	-1,471	-,029
	2	1		,500	,239	,418	-,204	1,204
		3		,250	,279	1,000	-,573	1,073

	4		-2,220E-16	,242	1,000	-,713	,713
	5		-,250	,217	1,000	-,892	,392
3	1		,250	,239	1,000	-,454	,954
	2		-,250	,279	1,000	-1,073	,573
	4		-,250	,224	1,000	-,910	,410
	5		-,500	,253	,541	-1,246	,246
4	1		,500	,227	,326	-,169	1,169
	2		2,220E-16	,242	1,000	-,713	,713
	3		,250	,224	1,000	-,410	,910
	5		-,250	,224	1,000	-,910	,410
5	1		,750*	,244	,036	,029	1,471
	2		,250	,217	1,000	-,392	,892
	3		,500	,253	,541	-,246	1,246
	4		,250	,224	1,000	-,410	,910
OT	1	2	,250	,239	1,000	-,454	,954
		3	-2,220E-16	,239	1,000	-,704	,704
		4	-2,220E-16	,227	1,000	-,669	,669
		5	-,500	,244	,466	-1,221	,221
	2	1	-,250	,239	1,000	-,954	,454
		3	-,250	,279	1,000	-1,073	,573
		4	-,250	,242	1,000	-,963	,463
		5	-,750*	,217	,012	-1,392	-,108
	3	1	2,220E-16	,239	1,000	-,704	,704
		2	,250	,279	1,000	-,573	1,073
		4	,000	,224	1,000	-,660	,660
		5	-,500	,253	,541	-1,246	,246
	4	1	2,220E-16	,227	1,000	-,669	,669
		2	,250	,242	1,000	-,463	,963
		3	,000	,224	1,000	-,660	,660
		5	-,500	,224	,304	-1,160	,160
	5	1	,500	,244	,466	-,221	1,221
		2	,750*	,217	,012	,108	1,392
		3	,500	,253	,541	-,246	1,246
		4	,500	,224	,304	-,160	1,160

Basadas en las medias marginales estimadas.

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Esta tabla de comparaciones nos ofrece el resultado de comparar por pares los niveles del factor tiempo dentro de cada nivel de factor ítem. Es decir, estos

resultados son producto de comprar el primer ítem con la primera sesión y con el resto de sesiones.

Al igual que en la tabla anterior y con el fin de controlar la tasa de error, tanto los niveles críticos, como los intervalos de confianza están ajustados mediante la corrección de Bonferroni. Los ítems en los que se observan más diferencias significativas son seis:

- **BI** (busca interacción). En este ítem la sesión 1 registra diferencias con la sesión 3 (0.030), con la sesión 4 (0.019) y con la sesión 5 (0.036) lo que nos lleva a entender que existen más diferencias entre la primera y la quinta sesión.
- **DR** (Diferencia lo relevante). En este ítem la sesión 4 es la que registra mayor diferencia con respecto a las demás. Así pues existen diferencias entre la sesión 4 y la 1,2 y 3 con una puntuación de (0.001), (0.033) y (0.016) respectivamente.
- **EF** (expresión facial) . En este ítem la sesión 5 es la que presenta mayor diferencia con respecto a la sesión 1 y 2, con una significación de (0.002) y (0.000) respectivamente. Esto nos permite concluir que en este ítem los resultados de las primeras sesiones no son los mismos que los de la última.
- **ES** (expresa sentimientos). En este ítem se observan diferencias entre la sesión 1 y la 4 con una significación de (0.019) lo cual indica una vez más que los resultados han cambiado a lo largo de las sesiones.
- **ME** (Muestra empatía) muestra empatía hacia sus compañeros en los talleres” las diferencias más notables se observan entre la sesión 1 y 5 con una significación de (0.036).
- **OT** (organiza tiempo) sabe organizar su tiempo libre” se observan las máximas diferencias entre las sesiones 2 y 5 con una significación del 0.012. Finalmente

En conclusión, en la tabla anterior se puede ver las diferencias significativas entre las primeras sesiones y las últimas de seis de los quince ítems analizados lo cual denota una ligera mejora en las habilidades sociales de los adolescentes. La ausencia de significación en los nueve ítems restantes puede deberse bien a factores externos o bien al espacio temporal de la investigación el cual fue muy reducido.

6. GRAFICOS

Una vez volcados todos los datos al programa estadístico SPSS se exportaron al procesador de texto Excel para elaborar unos gráficos a través de los cuales se puedan visualizar e interpretar los resultados.

A través de dichos gráficos se puede observar con claridad la evolución de los ítems a lo largo de las cinco sesiones. Si bien los resultados proceden de 15 ítems, en este apartado se van a mostrar únicamente aquellos en los que se observaron diferencias significativas en la comparación por pares. Así pues los siete ítems en los que se son: BI Busca interacción, DR (diferencia lo relevante) EF expresión facial, ES expresa sentimientos, ME muestra empatía y OT organiza su tiempo.

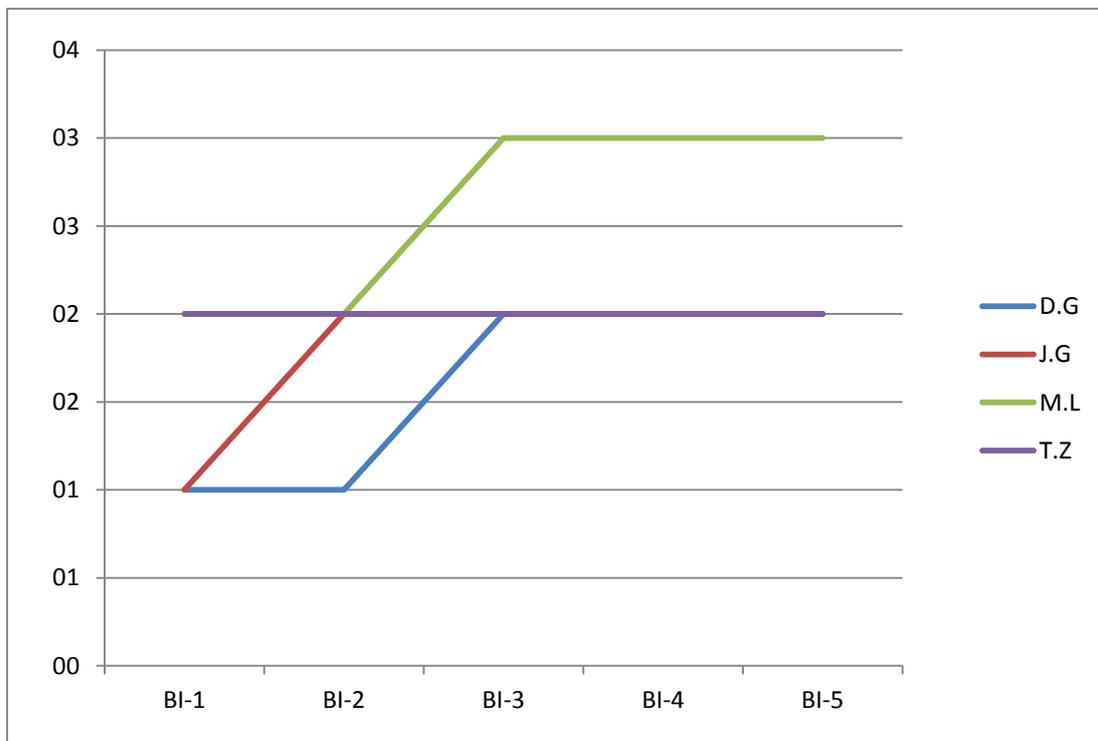


Gráfico 1: Este primer grafico representa al ítem “Busca Interacción”. En el podemos observar que la diferencia más significativa se muestra entre la 1ª y la 3ª sesión en la que se muestra una mejora notable, permaneciendo después estables durante las demás sesiones. Todos los sujetos experimentan este cambio en las sesiones, menos D.G. que no sufre alteración ninguna durante las cinco sesiones

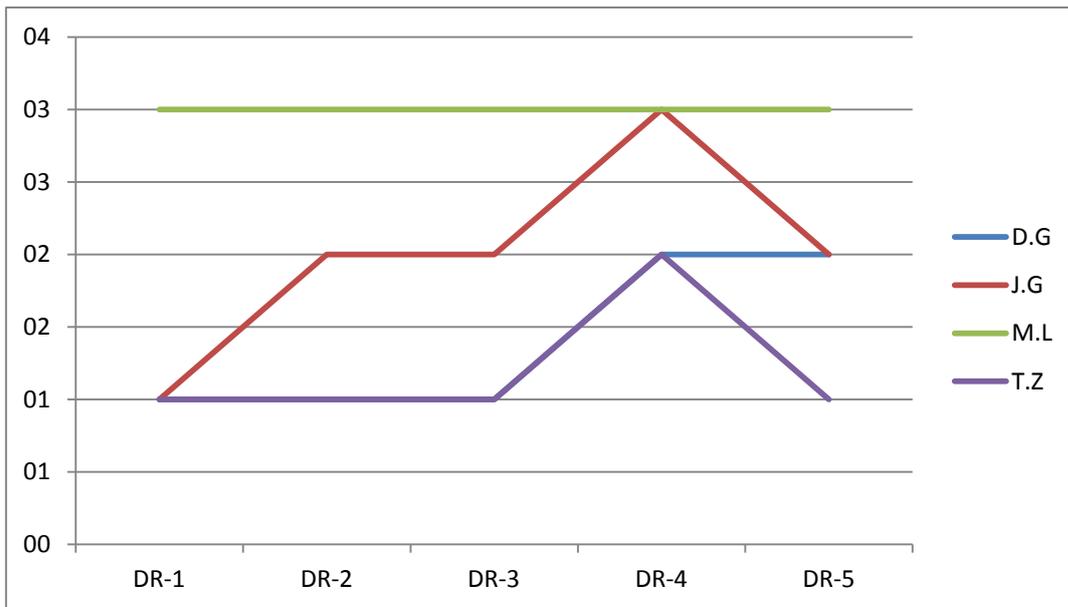


Gráfico 2: En el ítem DR "diferencia lo relevante de lo que no lo es" Observamos una mejora considerable entre la 1ª sesión y la 4ª, produciéndose un descenso en la 5ª sesión. Esto puede deberse a la ausencia en dos ocasiones de Pilar, la psicóloga que imparte los talleres de habilidades sociales. Los adolescentes al no contar con su presencia mostraron cierta incomodidad en la realización del taller.

En cuanto a los sujetos vemos que M.L. diferencia en todo momento los asuntos importantes, de los asuntos banales, mostrándose estable durante las 5 sesiones. El sujeto que muestra un cambio más notable es J.G.

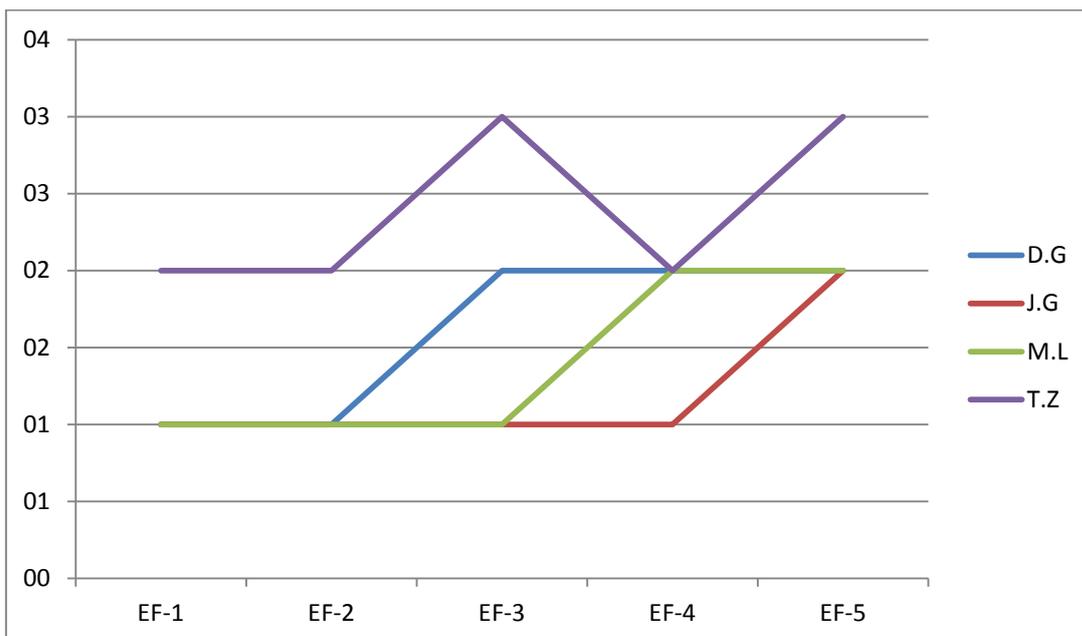


Gráfico 3: En el ítem EF “expresan sus emociones a través de sus expresiones faciales” observamos que la diferencia más significativa se muestra entre la 1ª sesión y la 3ª, en la que se produce un ascenso por parte del T.Z., en el que seguidamente se muestra un descenso en la sesión 4ª, para recuperar el nivel anterior en la 5ª sesión. Esta fluctuación puede deberse a factores externos, o a su estado anímico que como ya conocemos en las personas con SA suele ser muy variante.

Igualmente se refleja el ascenso del sujeto D.G. durante la sesión 3ª, en el que se mantiene. Y los sujetos J.G y M.I. registran el ascenso en la sesión 4ª y 5ª respectivamente.

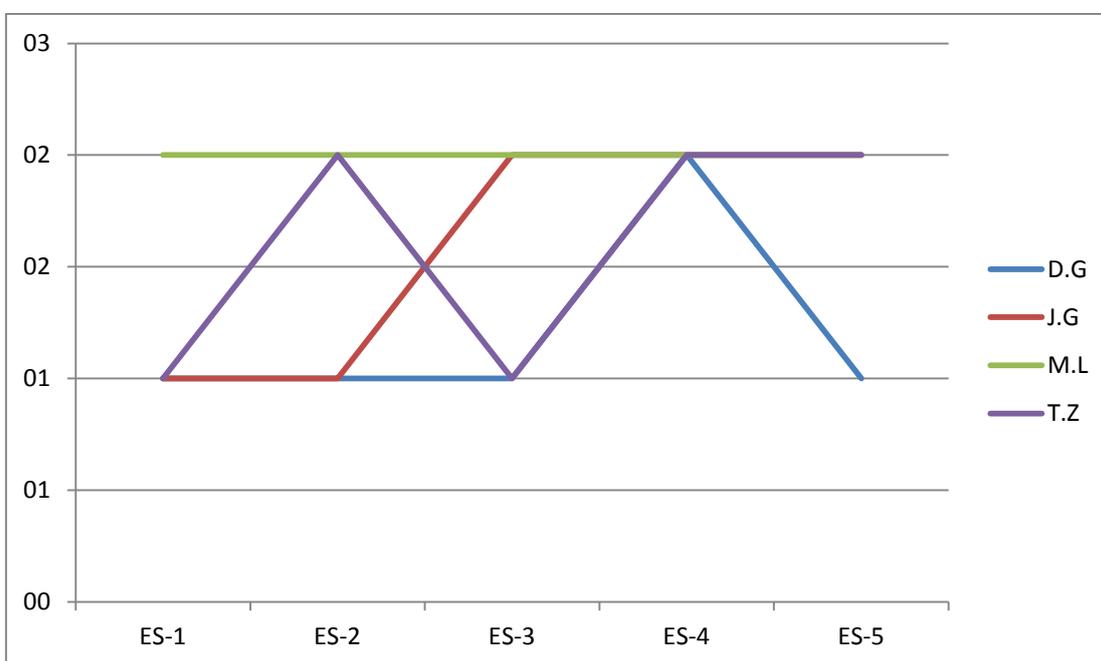


Gráfico 4: En el ítem “expresa sus sentimientos de forma explícita”, Las diferencias entre sesiones sufren muchos cambios aunque los más significativos los vemos en la sesión 2 y 4 con un aumento en la mejora para posteriormente sufrir el mismo descenso en la 3 y 5.

Respecto a los sujetos es importante comentar que M.L. se mantiene en un nivel alto en este ítem durante las cinco sesiones y J.G. después de un ascenso en la 3ª sesión también se mantiene en el nivel más alto.

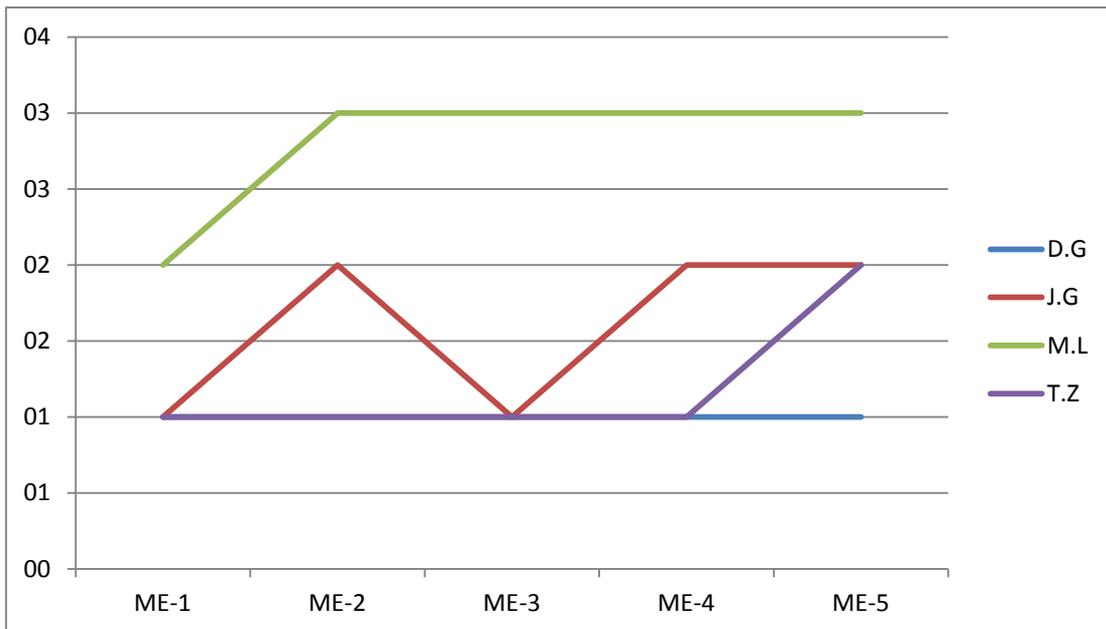


Gráfico 5: En el ítem “muestra empatía hacia los compañeros” Observamos que las diferencias más significativas se reflejan entre las sesiones 1ª y 5ª sufriendo fluctuaciones en las sesiones intermedias. Estas diferencias pueden deberse a la presencia del investigador con la cual los adolescentes pudieron sentirse retraídos en un primer momento.

Entre los sujetos vemos que M.L. tiene un aumento a partir de la 2ª sesión, manteniéndose en el nivel más alto, al contrario de D.G. que en todo momento se sitúa en el nivel más bajo. Por lo tanto M.L. tiene mayor habilidad para mostrar empatía que el grupo, mientras D.G. no muestra ningún indicio de empatía a lo largo de las cinco sesiones.

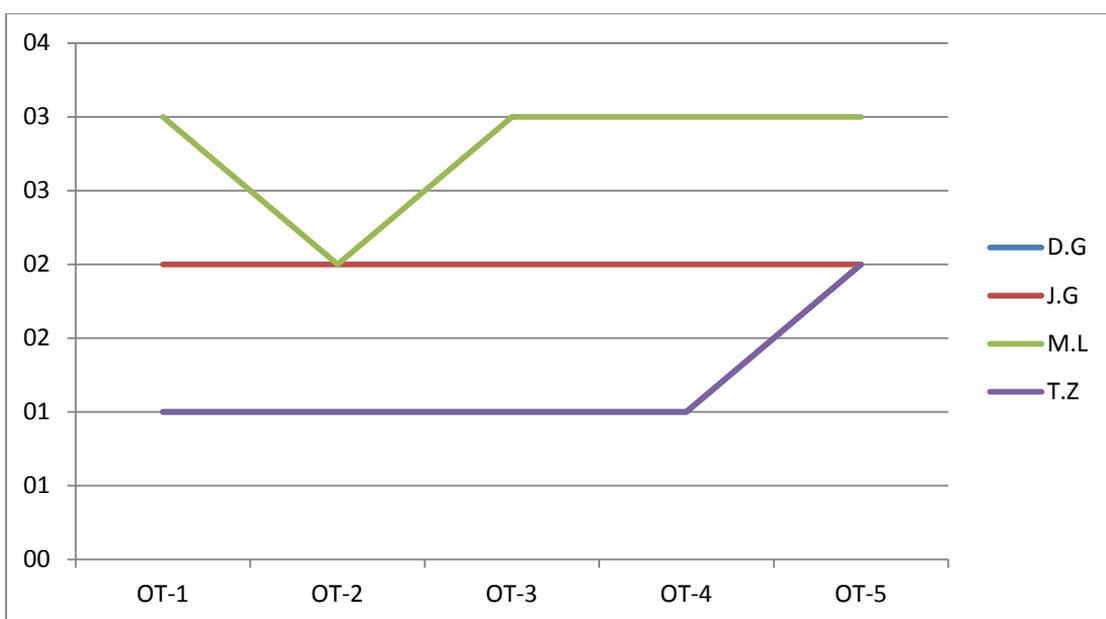


Grafico 6: Las diferencias más significativas entre las sesiones se encuentran en la sesión 1 y 3. En la segunda sesión se registra por parte de M.L superándolo en la sesión 3 y manteniéndose a lo largo del resto de sesiones. Con respecto a J.G observamos que se mantiene en un nivel medio en las cinco sesiones. Los sujetos D.G y T.Z coinciden en el nivel inicial hasta la sesión 5 que sufre un ligero ascenso.

En suma, los gráficos anteriores nos muestran la evolución de los resultados de los ítems a lo largo de las cinco sesiones. En los seis gráficos se puede ver el leve ascenso que experimentan los sujetos a partir de las primeras sesiones. Asimismo se observan varias fluctuaciones por parte de algunos chicos que pueden deberse, como se indicó anteriormente, a la ausencia en dos ocasiones de la psicóloga que imparte los talleres o a factores de diversa índole.

7. CONCLUSIONES

El Síndrome de Asperger, tal y como se ha confirmado en reiteradas ocasiones a lo largo de este trabajo, es un trastorno muy ambiguo en el que existe una gran comorbilidad con otros síntomas. Esto unido a la falta de conocimiento sobre el mismo me impidió identificar en los chicos de la Asociación los rasgos característicos del Asperger. Sin embargo esta incertidumbre fue desapareciendo a medida que iba conociendo a los sujetos.

Así pues al trabajar con ellos he comprendido que su desarrollo emocional y su estilo cognitivo es distinto al nuestro. Asimismo también deseché la idea preconcebida de que el síndrome de asperger podría ser más una excentricidad o un estilo de vida que un trastorno. Pues aunque en un primer momento se pueda ver desde esa perspectiva el contacto diario con estas personas revela todo lo contrario. De este modo, poco a poco fui haciéndome consciente de la necesidad que tienen estas personas de trabajar las habilidades sociales para poder desarrollarse y participar en la sociedad.

Por otra parte, me ha sorprendido el recibimiento que los adolescentes tuvieron hacia mí. En un primer momento presumí que estos se sentirían retraídos e incómodos con mi presencia y quizás en cierta medida fue así. Sin embargo en la intervención llevada a cabo con ellos se mostraron realmente abiertos y participativos. Posiblemente su asistencia a los talleres durante varios años ha mejorado esta conducta. Pues en el caso de los niños de menor edad ignoraban por completo mi presencia.

En cuanto a la efectividad de los talleres los resultados provenientes del análisis de datos ponen de relieve que existen diferencias en las sesiones, lo cual denota que los talleres de habilidades sociales tienen efectos en los adolescentes. Así pues al inicio de los talleres la puntuación obtenida en algunos ítems como *“busca interacción”*, *“expresa sus sentimientos”* o *“muestra empatía”* fue notablemente más baja que al final. Se observa así una mejoría por parte de los adolescentes a la hora de relacionarse con los compañeros ya que además de mostrar empatía hacia ellos son capaces de expresar sus sentimientos en determinadas ocasiones. Sin embargo hubiese sido interesante prolongar este estudio durante más tiempo pues cinco sesiones es un periodo de tiempo demasiado corto en el que pueden influir varios factores. En este sentido la ausencia en dos ocasiones de la psicóloga que imparte los talleres y la presencia de una desconocida pudieron influir en los resultados.

Durante estos talleres observé, entre otras cosas, que los adolescentes son muy reacios al cambio ya que la ausencia de Pilar era algo inesperado que ellos no terminaban de comprender. Este hecho pudo influir en los resultados

de las sesiones. Por otra parte, también me di cuenta de la importancia de llevar a cabo una atención temprana en cualquier trastorno y especialmente en este. Pues estos adolescentes llevan varios años acudiendo a talleres de habilidades sociales, tanto es así que ellos mismos son conscientes de que tienen conductas sociales inapropiadas que deben mejorar. Si por el contrario no hubiesen recibido estos talleres desde la infancia posiblemente no serían capaces de identificar sus limitaciones encontrando así más dificultades para subsanarlas.

Finalmente, me gustaría manifestar mi más profundo agradecimiento a las tutoras de la asociación asperger Pilar Chanca y Ana Alzaga por su buen acogimiento en la asociación y en especial al tutor académico Samuel Fernández por la atención brindada en todo momento y por su infinita paciencia. Sin su constante ayuda este trabajo no hubiese salido adelante.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger*. Editorial Paidós, Barcelona.

Belinchón, M.,Hernandez,J. & Sotillo,M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger: funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: centro de psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE.

Bisquerra, A. (1992). R. (coord.)(2004). *Metodología de la investigación educativa*. Editorial la Muralla. Madrid.

Blanco, J. M. A. (2004). Introducción a la investigación en ciencias sociales. In *Cooperación al desarrollo y bienestar social* (pp. 87-115). Eikasia Ediciones. Oviedo.

Borreguero, P. M. (2004). *El Síndrome de Asperger: ¿Excentricidad o discapacidad social?* McMillan, J. H., Schumacher, S., & Baides, J. S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Pearson: Estados Unidos

Chanca Zardaín, P., & Trelles García, G. (2009). *Síndrome de Asperger. Guía para el entorno educativo y las familias*. Asociación Asperger de Asturias: oviedo

Cererols, R. (2011). *Descubrir el asperger*. Barcelona: Editorial Psylicom

Cobo, M., & Morán, E. (2011). El síndrome de Asperger: intervenciones Psicoeducativas. *Asociación Asperger y TGDs de Aragón: España*. Obtenido el, 15.

De la iglesia, M., & Olivar, J. (2007) *Autismo y Síndrome de Asperger, trastornos del espectro autista de alto funcionamiento: guía para educadores y familiares*. Editorial Cepe. Madrid.

McMillan, J. H., Schumacher, S., & Baides, J. S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Pearson: Estados Unidos.

Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. & Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*. 17. 391-407.

Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. 12 (2). 179-192.

Paula-Perez, I & Martos-Perez, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de neurología*. 48(2). 31-34.

ANEXO 1

TALLER: CONOCE TU INSTITUTO

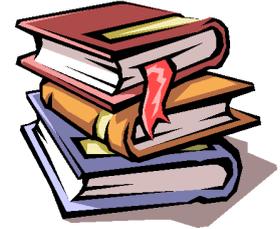


✍ Nombre:.....

✍ Fecha:

En el instituto además de conocer a nuevos profesores y a nuevos amigos también nos vamos a encontrar con nuevas asignaturas:

- Ciencias Sociales
- Geografía
- Tecnología
- Física y Química
- Ética



Pero no todas las asignaturas van a ser desconocidas. También seguiremos dando materias básicas como Lengua Castellana, Matemáticas etc.

La organización también será distinta a la del colegio. En el instituto tendremos otro horario. También tendremos que cambiarnos de aula para dar una asignatura u otra. Así por ejemplo para dar Tecnología tendremos que movernos al aula de Tecnología, para dar física y química tendremos que acudir al laboratorio etc.

RECUERDA: Estos cambios son parecidos en todos los institutos pero no iguales

✚ ¿Qué sabes sobre las nuevas asignaturas del instituto?

.....
.....

✚ ¿Qué harás para organizarte mejor?

.....
.....

✚ ¿Qué harás si tienes alguna duda sobre la organización del instituto?

.....
.....

Para organizarte mejor puedes utilizar las siguientes **TÉCNICAS DE ESTUDIO:**

- ✓ Utiliza una agenda para anotar todos los deberes y las fechas de los exámenes.
- ✓ Repasa durante unos minutos las asignaturas que tendrás al día siguiente.
- ✓ Subraya en los libros aquello que sea más importante.
- ✓ Pregunta al profesor/a siempre que tengas alguna duda.

vamos a poner en práctica estas técnicas de estudio...

¿Cuándo debemos anotar las cosas en la agenda? Selecciona la historia que te parezca más adecuada

- a) El profesor le dice a la clase que para la próxima semana deben hacer los ejercicios 2 y 3 de la página 47. En cuanto el profesor lo dice María lo apunta en su agenda para que no se le olvide.
- b) El profesor le dice a la clase que para la próxima semana deben hacer los ejercicios 2 y 3 de la página 47. Juan no lo apunta en ese momento y dice que ya lo apuntará cuando llegue a casa.

¿ Por qué es importante repasar durante unos minutos las asignaturas? Selecciona la historia que te parezca más adecuada

- a) Luis repasa cada día durante unos minutos las asignaturas que tendrá al día siguiente porque dice que así seguirá mejor la clase.
- b) Susana nunca repasa las asignaturas porque dice que es muy aburrido

¿Cuál de las dos viñetas te parece que está mejor subrayada?

El ser humano actual surge tras un largo proceso de evolución, que conocemos como hominización y que culmina con la aparición sobre la Tierra del Homo Sapiens Sapiens. El primer antepasado del que tenemos constancia fue el Australopithecus, que apareció hace cinco millones de años en África.

El ser humano actual surge tras un largo proceso de evolución, que conocemos como hominización que culmina con la aparición sobre la Tierra del Homo Sapiens Sapiens. El primer antepasado del que tenemos constancia fue el Australopithecus, que apareció hace cinco millones de años en África.

Imagínate que dentro de cinco minutos tienes la asignatura de matemáticas y no sabes en que aula se da. ¿ Qué harías?

.....
.....

Imagínate que mañana tienes un examen de ciencias sociales y no sabes cómo fue el proceso de la evolución humana. ¿ Qué harías?



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

¿Estará selectivo para con la comunidad?

o ¿Qué valores/motivaciones tuvo durante los tres primeros años de la infancia?

¿Fue o ha sido beneficiario alguna vez? (en caso, especificar razones y tiempo de beneficiación)

¿Qué consecuencias o sufrimientos ha sufrido alguna vez (en materia de generacional o algún otro aspecto)?

¿Tiene alguna autorización o recibe algún beneficio en la actualidad?

¿Durante la infancia... ¿tuvo dificultad para dejar de hacer hábitos o conductas viciosas?

¿Hoy o en el futuro anticipa realizar actividades de la vida diaria (trabaja, estudia, etc.)? En ese caso, ¿qué tipo de esfuerzos de prevención y qué programas le proponeríamos?



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL

¿Durante la infancia tenía una capacidad limitada con las personas que le rodeaban? ¿Con los amigos, con el maestro, con los familiares o con otras personas? ¿Cuál era la situación?

¿A partir de los 6 meses, seleccionaba ir a jugar o jugar a jugar con los que él o ella le interesaba de otros personas con alegría y entusiasmo? ¿Por ejemplo, la madre se acordaba y él o ella se acordaba de ella de manera que ella le ayudaba a jugar?

¿Al llegar al primer año de edad, cuando interactuaba con un objeto, juguete o actividad, al estar con la madre o con otros familiares y jugar con ellos?

¿Con qué actividades jugaba?

¿Qué actividades le gustaban hacer con los padres o con otros familiares que se dejaban con otros personas?

