

# **Evaluación e intervención neuropsicológica en una adolescente con síndrome de Asperger**

*Trabajo Final de Máster de Neuropsicología*

Autora: Ana Garcés Aguilar

Directora: Vega Muriel Molano

Fecha de realización del trabajo: febrero de 2022

## Resumen

En el presente trabajo se expone un caso ficticio de una adolescente de 15 años recientemente diagnosticada con síndrome de Asperger (SA). La familia acude a consulta por un aumento de las dificultades sociales, problemas conductuales, déficit atencional y descenso del rendimiento académico.

Actualmente, el SA se incluye en los Trastornos del Espectro Autista de grado 1. Es un trastorno del neurodesarrollo con base genética y etiología compleja, que se caracteriza por dificultades en la interacción social y la comunicación, así como por intereses y conductas restrictivos/repetitivos, en ausencia de déficit intelectual y lingüístico (Montes y Bembibre, 2015). En cuanto al funcionamiento cognitivo, las principales alteraciones se encuentran en la capacidad atencional, las funciones ejecutivas y la cognición social.

Los resultados de la evaluación neuropsicológica de la paciente reflejan una capacidad intelectual, lingüística y visoespacial superior a la media; funcionamiento mnésico adecuado; alteración en la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas (control atencional, flexibilidad, planificación, resolución de problemas) y la cognición social; problemas emocionales y conductuales. Estas alteraciones afectan al funcionamiento diario, al rendimiento académico y a la adaptación escolar y social.

El objetivo general de la intervención propuesta es optimizar el funcionamiento cognitivo, así como el manejo emocional y conductual, para favorecer la autonomía y la adaptación familiar, académica y social de la paciente. La intervención consta de dos sesiones semanales durante 6 meses, dentro de un programa transdisciplinar y multicontextual, que incluye estimulación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias compensatorias, terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, intervención familiar y escolar.

## Palabras clave

Autismo de alto funcionamiento, Evaluación neuropsicológica, Intervención neuropsicológica, Habilidades sociales, Rehabilitación cognitiva, Síndrome de Asperger, Trastorno del espectro autista

## ***Abstract***

This paper explains a fictitious case of a 15-year-old adolescent recently diagnosed with Asperger syndrome (AS). The family reports attention problems, poor academic performance, inappropriate behavior and an increase in social difficulties.

Nowadays, AS is included in level 1 Autism Spectrum Disorders. This neurodevelopmental disorder is considered to have a multifactorial etiology and strong genetic component. It is characterized by difficulties with social interaction, poor nonverbal communication skills and restrictive/repetitive interests and behaviors, but unimpaired intelligence and language (Montes y Bembibre, 2015). Regarding cognitive functions, alterations in attention, executive functions and social cognition are present in AS.

The neuropsychological evaluation of the patient shows an above average intellectual, linguistic and visuospatial capacity; normal memory ability; slow processing speed; executive functioning (attentional control, mental flexibility, planning, problem-solving) and social cognition alterations; as well as emotional and behavioral problems. These alterations cause a negative impact on daily functioning, academic performance, as well as with school and social adaptation.

The general objective of the neuropsychological intervention is to optimize cognitive functioning, as well as emotional and behavioral management, and to promote autonomy along with academic and social adaptation. The treatment plan consists of two weekly sessions for 6 months, using a transdisciplinary approach, involving the patient, family and school. It includes cognitive stimulation, social skills training, compensatory strategies, cognitive behavioral therapy and psychoeducation.

## ***Keywords***

Asperger syndrome, Autism spectrum disorder, Cognitive rehabilitation therapy, High-functioning autism, Neuropsychological evaluation, Neuropsychological intervention, Social skills

# Índice

<b>1. El síndrome de Asperger.....</b>	<b>6</b>
1.1. Características y manifestaciones clínicas .....	6
1.2. Etiología .....	7
1.3. Prevalencia .....	7
1.4. Diagnóstico .....	7
1.4.1. Diferencias entre síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento ..	8
1.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidades .....	9
1.5. Perfil neuropsicológico.....	9
1.6. El síndrome de Asperger en el género femenino .....	9
1.7. Impacto familiar, social y laboral .....	10
1.8. Intervención .....	10
<b>2. Evaluación neuropsicológica .....</b>	<b>12</b>
2.1. Objetivos de la evaluación.....	12
2.2. Evaluación neuropsicológica .....	12
2.3. Resultados .....	14
<b>3. Informe neuropsicológico .....</b>	<b>16</b>
3.1. Características socio-demográficas y clínicas del paciente .....	16
3.2. Resultados de la evaluación.....	16
3.3. Conclusiones de la evaluación .....	18
3.4. Recomendaciones .....	18
<b>4. Propuesta de intervención .....</b>	<b>19</b>
4.1. Objetivos de la intervención .....	19
4.2. Plan de intervención .....	19
4.2.1. Periodicidad y duración .....	20
4.2.2. Estructura general de las sesiones.....	20
4.2.3. Aspectos metodológicos .....	21
4.3. Resultados esperados de la intervención .....	22
4.4. Descripción completa de tres sesiones.....	23
4.4.1. SESIÓN 4 de Rehabilitación cognitiva .....	23
4.4.2. SESIÓN 12 de Habilidades sociales (sesión grupal) .....	24
4.4.3. SESIÓN 21 de Rehabilitación cognitiva .....	25

<b>5. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>28</b>
<b>6. Anexos .....</b>	<b>33</b>
ANEXO 1.....	33
ANEXO 2.....	34
ANEXO 3.....	35

# 1. El Síndrome de Asperger

Para este trabajo de fin de máster se presenta una paciente de 15 años recientemente diagnosticada con síndrome de Asperger (SA). Se trata de un caso ficticio basado en mi experiencia profesional con personas con trastorno del espectro autista (TEA). En el informe diagnóstico de la paciente, A.M., se refieren alteraciones cualitativas en el lenguaje y la comunicación, déficits en la interacción social, falta de empatía, inadecuada expresión emocional, problemas atencionales, de organización y gestión del tiempo, hipersensibilidad a los ruidos y al contacto físico, y patrones de conducta repetitivos (rituales o “manías”). A.M. tiene una buena capacidad cognitiva, incluso destaca en algunas áreas como la música o los idiomas, y no tuvo dificultades académicas hasta que pasó a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO). Su desarrollo lingüístico es adecuado, incluso superior en vocabulario, pero en cuanto a la motricidad manifiesta torpeza motora. A partir de la entrada en la adolescencia se observa un aumento de los problemas atencionales y sociales, disminución del rendimiento académico y un cambio en la conducta.

## 1.1. Características y manifestaciones clínicas

El síndrome de Asperger es un trastorno del neurodesarrollo que actualmente se engloba dentro de los TEA, ya que comparte las características nucleares del autismo (alteración social, dificultades comunicativas y conductas e intereses repetitivos y restringidos) en ausencia de retraso cognitivo o lingüístico (Montes y Bembibre, 2015).

Como describe Naranjo (2014), las personas con SA muestran interés por relacionarse con los demás, pero fracasan socialmente debido a que se acercan a los otros de forma inapropiada y unilateral, les cuesta reconocer sentimientos e intenciones, e interpretar el lenguaje no verbal. El déficit en las habilidades pragmáticas del lenguaje se traduce, a nivel comprensivo, en interpretación del mensaje de manera literal, con dificultades para comprender el lenguaje figurado, por lo que malinterpretan bromas, chistes, metáforas, ironías, etc. A nivel expresivo suelen tener un habla con prosodia alterada (monótona, con problemas para regular el volumen y la velocidad), un lenguaje corporal inadecuado, evitación de la mirada y un vocabulario pedante. La conversación suele ser unilateral, pueden hablar durante mucho tiempo de algún tema de su interés sin tener en cuenta al interlocutor, les cuesta cambiar de tema y respetar los turnos de palabra, y puede aparecer desorganización en el discurso. Respecto a la motricidad, suelen tener alteraciones en la coordinación de movimientos y en la marcha, así como posturas peculiares. El SA no cursa con retraso cognitivo y el interés obsesivo por algunos temas les lleva a convertirse en verdaderos expertos en ciertas materias, presentando buena memoria para datos, sin embargo, tienen dificultades para comprender conceptos abstractos. Su pensamiento rígido favorece su talento para atender a los detalles, pero dificulta la comprensión global de un tema, la capacidad para generalizar o adaptar lo que aprenden y la tolerancia a los cambios. También presentan, con frecuencia, hiper/hiposensibilidad a ciertos estímulos sensoriales (Gonçalves y Ramos, 2021).

## 1.2. Etiología

El SA es un trastorno neurobiológico de causa todavía desconocida, que parece estar relacionado con factores genéticos, epigenéticos y ambientales, con una fuerte tendencia hereditaria (Gonçalves et al., 2021). Según la investigación reciente es probable que la combinación de variaciones o supresiones en un grupo de genes determine la vulnerabilidad a desarrollar SA, así como su gravedad y sintomatología, aunque aún no se han podido confirmar cuales son esos genes responsables (Vargas et al., 2020). Los estudios con neuroimagen relacionan el TEA con anomalías estructurales y conectividad atípica en áreas específicas que explicaría la ineficacia en el procesamiento de información compleja (Vásquez y del Sol, 2017). Aunque los datos no son concluyentes, se encuentran diferencias estructurales y funcionales en ciertas áreas en los sujetos con SA con respecto a sujetos control. Estas alteraciones ocurrirían por una migración anormal de células embrionarias durante el desarrollo fetal (Vargas et al., 2020). Como exponen Montes y Bembibre (2015), las alteraciones en la comunicación y las dificultades en la interacción social presentes en el SA podrían relacionarse con anomalías en el llamado “cerebro social”, compuesto por áreas implicadas en el procesamiento de información emocional y social, en la capacidad para atribuir intenciones y estados mentales/emocionales en los demás (teoría de la mente) y la empatía. La neuroimagen revela un menor volumen en el hipocampo, la amígdala, el núcleo caudado y el cerebelo, al contrario que un mayor volumen de sustancia blanca y gris en el lóbulo frontal, así como de sustancia gris en el lóbulo temporal izquierdo. A nivel funcional, se ha descrito hipometabolismo en la corteza medial, orbitofrontal y corteza cingulada, circunvolución temporal superior y frontal inferior, circunvolución fusiforme, unión temporoparietal y amígdala.

## 1.3. Prevalencia

En los últimos 50 años se ha incrementado la prevalencia de TEA en todo el mundo, lo que puede ser debido a las modificaciones que ha sufrido el diagnóstico de TEA en los manuales diagnósticos y/o a la mejora en los instrumentos de detección (Montagut et al., 2018). En 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1 de cada 160 niños tiene TEA (Gonçalves y Ramos, 2021) y éste se diagnostica tres o cuatro veces más en varones que en mujeres (Montagut et al., 2018). En el SA, la diferencia de prevalencia según género es aún mayor, con una ratio de 9 varones por cada mujer (Montagut et al., 2018). A falta de datos oficiales, la Confederación Asperger España (2021) calcula que la incidencia de SA en España es de entre 1 y 5 casos por cada 1000 nacidos. Parece que el SA tiene una incidencia hasta 5 veces superior al autismo, pero menos de la mitad de los casos se diagnostican antes de la edad adulta (Cerna y Contreras, 2018).

## 1.4. Diagnóstico

En el anterior DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) el SA era considerado un trastorno generalizado del desarrollo

independiente del autismo, caracterizado por una alteración cualitativa de la comunicación e interacción social y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos, sin presencia de retraso intelectual, del lenguaje, de las conductas adaptativas o las habilidades de autoayuda (Montes y Bembibre, 2015). Sin embargo, y pese a la oposición del colectivo de personas con SA, familiares y profesionales, el SA perdió su independencia diagnóstica en las últimas versiones de los manuales de clasificación de los trastornos mentales DSM-5 y CIE-11 (González-Alba et al., 2019; Parellada, 2020). El término síndrome de Asperger se sigue utilizando hoy en día a pesar de que actualmente se encuentra incorporado en el diagnóstico de trastorno del espectro autista sin alteración significativa de la inteligencia ni del lenguaje funcional, pasando a considerarse como TEA nivel de gravedad grado 1 “necesita ayuda” (González-Alba et al., 2019). No son pocos los autores que consideran que el diagnóstico de TEA es impreciso y no da cuenta de las características peculiares y únicas del SA.

#### **1.4.1. Diferencias entre síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento.**

Autores como Gonzalez-Alba et al. (2019) exponen que las personas con SA presentan características específicas que los diferencian de aquellos con TEA nivel de gravedad grado 1, donde se encontraría el autismo de alto funcionamiento (AAF). Aun en la actualidad no está claro si el SA debe considerarse como un trastorno con entidad propia o como una variante del AAF, ya que la mayoría de los estudios no han encontrado características diferenciales en el SA que apoyen su independencia diagnóstica (Parellada, 2020). Los estudios de neuroimagen que comparan el SA y el AAF ofrecen resultados contradictorios, aunque está creciendo la evidencia de que existen diferencias a nivel neuroanatómico (Vásquez y del Sol, 2017). A pesar de la falta de evidencia, autores como Ami Klin o Baron-Cohen, expertos internacionales en autismo, describen diferencias cualitativas con relevancia clínica en el SA, que lo diferencia del AAF, como son la motivación por la interacción social, aunque sea “rara” y unidireccional, un desarrollo normal o precoz del lenguaje formal pero dificultades pragmáticas, déficit en habilidades conversacionales, juego simbólico peculiar, e intereses reducidos y absorbentes (Parellada, 2020). Londoño (2019) expone que algunos trabajos muestran diferencias significativas entre las personas con SA y AAF en la ejecución de tareas y en los dominios de la comunicación no verbal y la socialización. En la misma línea, Naranjo (2014) refiere que los estudios neuropsicológicos encuentran en el SA y el AAF perfiles diferentes: el SA tendría una buena e incluso superior habilidad verbal (vocabulario, conocimiento y memoria verbales) aunque dificultades en el lenguaje no verbal y alteración en visuoespacialidad, al contrario que el AAF, que presentaría el perfil opuesto. Gonçalves y Ramos (2021) señalan que otra diferencia entre el SA y el AAF es que los primeros tienen mayor conciencia de los déficits y sus diferencias con respecto a los demás.



#### 1.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidades

Existen trastornos que con frecuencia son difíciles de delimitar del SA o suelen aparecer como comórbidos. Para Martín (2014), diagnósticos con un cuadro sintomático similar al del SA serían el trastorno de la personalidad esquizoide, el trastorno semántico-pragmático del lenguaje y el trastorno del aprendizaje no verbal. Otros trastornos con solapamiento clínico o que se presentan como comórbidos al SA serían el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDHA), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el síndrome de Tourette, la esquizofrenia y los trastornos de ansiedad y depresivos (Martín, 2014).

#### 1.5. Perfil neuropsicológico

El perfil neuropsicológico de las personas con SA se caracteriza por (Pérez y Martínez, 2014): Una capacidad cognitiva global promedio, con un perfil disarmónico en el que el cociente intelectual verbal es superior al manipulativo (Zapata et al., 2020). Las destrezas en vocabulario contrastan con un marcado déficit en el nivel pragmático del lenguaje, en la comprensión de lenguaje figurado (no literal) y su aplicación en el contexto social. Respecto a las habilidades mnésicas, se encuentra una buena capacidad de memoria a corto plazo, pero una memoria episódica deficitaria y un rendimiento inferior de la memoria de trabajo cuando aumentan las demandas de procesamiento (Margulis, 2009). Se observa alteración en la atención sostenida, elevada distractibilidad y pobre resistencia a la interferencia (déficit inhibitorio), así como menor velocidad de procesamiento (Bravo et al, 2012). Finalmente, en el funcionamiento ejecutivo puede haber un rendimiento superior a la media en tareas de categorización, pero un déficit en flexibilidad cognitiva. Como ya se ha comentado, una de las alteraciones principales se encuentra en la cognición social, que afecta a la percepción y procesamiento de información emocional/social, la capacidad de empatía, la teoría de la mente y el conocimiento de las reglas sociales, entre otros. Las alteraciones neuroconductuales asociadas al SA se describen en el apartado 1.4.2.

#### 1.6. El síndrome de Asperger en el género femenino

En cuanto a la manifestación del SA en el género femenino, se encuentran una serie de características diferenciales que dificultan o retrasan el diagnóstico. Los síntomas y las dificultades en las niñas, adolescentes o mujeres Asperger son más sutiles, pasan más desapercibidas o se manifiestan más tarde porque tienen mayor capacidad de adaptación y sus intereses/conductas repetitivas son más funcionales o están socialmente más aceptados que en los varones, suelen mostrar competencias narrativas y sociales más adecuadas, y una buena capacidad para imitar a sus iguales y camuflar conductas inapropiadas (Montagut et al., 2018). Martínez (2020) describe que son más empáticas, más emocionales y menos agresivas que los varones, pero tienen reacciones emocionales más explosivas; cuando tienen una inteligencia superior a la media son más funcionales y tienen un mayor éxito escolar; además, especialmente en la adolescencia, la comorbilidad con trastornos de ansiedad, miedo,

depresión o trastornos alimentarios es más elevada. Las niñas con SA pueden mostrarse extremadamente obedientes, aparentar ser tímidas o calladas, pueden imitar a otras niñas que sirven de modelo, o pueden ser especialmente desinhibidas (Merino et al., 2018). Estas últimas son las que reciben atención clínica de forma más temprana.

### 1.7. Impacto familiar, social y laboral

Padecer un TEA puede limitar significativamente a la persona en su vida diaria, influyendo negativamente en sus logros académicos, laborales y sociales, además supone una carga económica y emocional para quienes lo padecen y sus familias (Montagut et al., 2018). Las alteraciones de las personas con SA tienen un impacto en su capacidad de adaptación, pudiendo ocasionar aislamiento social, acoso escolar (bullying), bajo rendimiento académico, problemas conductuales, dificultades para resolver problemas y tomar decisiones, falta de autonomía en la vida diaria, problemas de acceso al empleo, pobre autoestima y mayor vulnerabilidad a padecer depresión y ansiedad/estrés (Hervas, 2007; Equipo Deletrea y Artigas., 2004).

### 1.8. Intervención

Debido a la compleja etiología del SA, la gran variabilidad en su manifestación clínica y la frecuencia de trastornos comórbidos se hace necesaria una intervención individualizada y adaptada a cada caso, desde un abordaje transdisciplinar, que puede incluir logopedia, intervención psicoeducativa, neuropsicología, psiquiatría y terapia ocupacional, en función de las necesidades de cada individuo. La intervención debe incluir no solo a la persona Asperger, sino también a su familia y al contexto escolar (Montes y Bembibre, 2015). Puesto que el SA se manifiesta de forma distinta en la infancia, la adolescencia y la adultez, la intervención debe adaptarse a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente (Gonçalves y Ramos, 2021) así como a las peculiaridades de cada género (Montagut et al., 2018). Los abordajes terapéuticos más utilizados en el SA son:

- **Intervención con la familia:** conlleva la psicoeducación con la familia y el entorno, la dotación de pautas y estrategias de manejo en el día a día, así como apoyo psicológico.
- **Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS):** este tipo de intervención puede ser individual o grupal y se centra en enseñar al sujeto a interactuar con los demás de forma adecuada, según la situación o el contexto. Se incluye siempre en el tratamiento del SA, ya que los déficits en estas habilidades son nucleares en el síndrome, pero cobra vital importancia en la adolescencia debido a la complejidad de las interacciones sociales.
- **Terapia cognitivo-conductual:** encaminada a ayudar a la persona con SA a interpretar lo que ocurre a su alrededor y enseñar destrezas que le ayuden a controlar los procesos cognitivos, regular las emociones y la conducta. Es útil para el control de impulsos, el estrés, la ansiedad y las obsesiones.

- **Intervención en la comunicación y el lenguaje:** desde la logopedia se abordan las dificultades pragmáticas, la comprensión de lenguaje inferencial, el desarrollo de habilidades conversacionales y discursivo-narrativas, así como la alteración prosódica del habla (volumen, entonación, fluencia, etc.).
- **Intervención en el ámbito escolar:** en la escuela se manifiestan muchas de las dificultades de los niños y adolescentes con SA, que suelen ocasionar serios problemas de adaptación, por lo que es un contexto de vital importancia en el tratamiento. Las actuaciones en este contexto engloban la psicoeducación a profesores y alumnos, adaptaciones en el entorno, cambios metodológicos y adaptaciones curriculares. Además, el colegio es un entorno natural ideal para poner en marcha actuaciones encaminadas a desarrollar las habilidades comunicativas y sociales.
- **Intervención neuropsicológica:** desde esta área se entrenan las habilidades cognitivas deficitarias como la cognición social, el funcionamiento ejecutivo (organización, planificación, inflexibilidad mental, memoria ejecutiva, etc.) y el control atencional. También se enseñan técnicas y estrategias compensatorias para reducir el impacto de estas dificultades en el funcionamiento cotidiano, académico y/o laboral.
- **Terapia ocupacional:** desde esta perspectiva se tratan, por un lado, los déficits de integración sensorial, como la hipersensibilidad a ciertos estímulos (ruidos, olores, texturas, etc.), las dificultades de procesamiento propioceptivo y los problemas de coordinación motriz. Por otro lado, se entrenan las destrezas necesarias para realizar las actividades de la vida diaria (autocuidado, tareas domésticas, trabajo, educación, etc.) y de este modo fomentar la independencia y autonomía.
- **Tratamiento farmacológico:** aunque muchas personas con SA no necesitan medicación y no existe un fármaco específico para tratar esta patología, los psicofármacos han demostrado su eficacia en el control de algunos síntomas y trastornos comórbidos, como la agresividad, irritabilidad, comportamiento obsesivo-compulsivo, síntomas depresivos, ansiedad, hiperactividad y estereotipias, entre otros (Díaz et al., 2011; Turner, 2020). Los más utilizados son los psicoestimulantes, neurolépticos y antidepresivos.

En una revisión muy reciente del NCAEP (National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team) sobre las intervenciones basadas en la evidencia usadas en los TEA, incluido el SA, Steinbrenner et al. (2021) encontraron que entre las prácticas cuya eficacia está demostrada por la investigación científica están la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en HHSS, la integración sensorial, la modificación del entorno, la intervención implementada por los padres, la intervención basada en pares, la intervención basada en ejercicio y movimiento, la instrucción con dispositivos tecnológicos y la intervención mediada por la música, entre otros.

## 2. Evaluación neuropsicológica

### 2.1. Objetivos de la evaluación

El objetivo general de la evaluación neuropsicológica es analizar el funcionamiento cognitivo de la paciente, así como posibles alteraciones neuroconductuales. Los objetivos específicos son: (1) Conocer el perfil neuropsicológico de la paciente, tanto alteraciones como capacidades, para identificar puntos débiles y fuertes en el funcionamiento cognitivo; (2) Detectar la presencia de síntomas conductuales y emocionales para intervenir o prevenir la aparición de trastornos psicológicos con alta comorbilidad en el síndrome de Asperger; (3) Conocer la manifestación de los déficits en el funcionamiento cotidiano y en el contexto escolar; (4) Elaborar un programa de intervención neuropsicológica adaptado a las características y necesidades de la paciente y su familia; (5) Establecer una línea base que sirva para poder evaluar a posteriori la evolución de la paciente y la eficacia del programa de intervención; y (6) Aportar información y estrategias adecuadas a la familia y al contexto escolar.

### 2.2. Evaluación neuropsicológica

El proceso de evaluación comienza con una entrevista clínica a los padres de la paciente. Con la información recabada y el análisis del informe de diagnóstico en el que se exponen los resultados del ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico de Autismo Revisada) y el ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo 2), se elabora una detallada historia clínica. La información aportada por los padres se complementa con el cuestionario BRIEF-2 (Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva) y el SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes), que también se proporciona a los tutores de la paciente en el centro escolar. En la siguiente sesión, y tras mantener una breve conversación con la paciente sobre el motivo de valoración y las dificultades que ella percibe, se comienza con la aplicación de las pruebas estandarizadas. La aplicación del protocolo completo de evaluación se lleva a cabo en 4 sesiones y consta de las siguientes pruebas:

- *Escala Wechsler de Inteligencia para niños 5ª edición. WISC-V* (Wechsler, 2015): evalúa la aptitud intelectual general y cinco dominios cognitivos específicos: comprensión verbal, capacidad visuoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. La adaptación española posee una consistencia interna, fiabilidad y validez adecuadas (Amador y Forns, 2019). Esta prueba se incluye para obtener el perfil intelectual de la paciente (característicamente disarmónico en el SA) y así detectar puntos fuertes y débiles. Además, ofrece una medida del funcionamiento ejecutivo y la velocidad de procesamiento, que se esperan alterados.
- *Test de Percepción de Diferencias Revisado. CARAS-R* (Thurstone y Yela, 2012): mide la capacidad perceptivo-visual y atencional (atención selectiva y sostenida). Aporta información sobre la velocidad de procesamiento y el estilo de respuesta. Los análisis de fiabilidad y validez en población española son satisfactorios (Thurstone y Yela, 2012). Con este test y los dos que aparecen a continuación se

pretende explorar el sistema atencional de la paciente en su conjunto, ya que los problemas de atención y la lentitud de procesamiento son las principales quejas de padres y profesores.

- *Test de Atención d2* (Brickenkamp et al., 2012): permite explorar el funcionamiento atencional mediante una tarea de cancelación o búsqueda visual. Valora capacidad perceptivo-visual, atención selectiva y sostenida, velocidad de procesamiento y control inhibitorio. La adaptación española presenta coeficientes de fiabilidad satisfactorios y buena validez de contenido (Brickenkamp et al., 2012).
- *Test de los Cinco Dígitos. FDT* (Sedó, 2007): es una prueba basada en el test Stroop. Valora velocidad de procesamiento, atención sostenida y la eficacia en la alternancia entre procesos mentales (Sedó, 2007), ofrece una medida de funciones como la inhibición y la flexibilidad cognitiva. Los índices de fiabilidad son buenos, aunque disminuyen levemente en la muestra española, y las correlaciones entre las partes de los tests son en su mayoría positivas a un nivel medio o alto (Sedó, 2007).
- *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. WCST* (Heaton et al., 2009): valora categorización, flexibilidad cognitiva y conducta perseverante, motivo por el cual se ha seleccionado para esta evaluación. Existen baremos en población española adulta. Los estudios en niños y adolescentes sobre la versión original muestran una fiabilidad moderada-buena en casi todas las medidas del test, y que es un instrumento válido para estudiar cambios en el desarrollo cognitivo (Heaton et al., 2009).
- *Test de la Figura Compleja de Rey* (Rey, 2009): además de valorar el nivel de desarrollo (o la presencia de alteraciones) de las habilidades perceptivo-motoras, visuoespaciales, atencionales y de memoria visual, aporta información sobre la velocidad de procesamiento y la capacidad de organización y planificación. Muestra una fiabilidad de 0,82 y una validez de constructo adecuada (Cortés et al., 1996). Escogemos este test para explorar el estilo de procesamiento de la información visual, que parece ser un procesamiento fragmentado en el SA (Domínguez-Gómez, 2020).
- *Evaluación Neuropsicológica Infantil II. NEPSY-II* (Korkman et al., 2014): es una batería neuropsicológica para población pediátrica que valora funcionamiento sensoriomotor, procesamiento visuoespacial, memoria, lenguaje, función ejecutiva y cognición social. Es una prueba tipificada en población española y cuenta con estudios de validez con el WISC-IV (Korkman et al., 2014). Sólo se aplicarán las subpruebas de memoria y aprendizaje, de percepción social y algunas subpruebas de lenguaje.
- *Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva. BRIEF-2* (Gioia et al., 2017): permite evaluar los distintos aspectos de las funciones ejecutivas a partir de la conducta del sujeto en el día a día, mediante información aportada por la familia y el contexto escolar. Existen evidencias de fiabilidad, validez y utilidad diagnóstica en su adaptación española (Gioia et al., 2017). Se usa este instrumento porque nos aporta información sobre cómo afectan los déficits cognitivos de la paciente en su vida diaria.

- *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. SENA* (Fernández-Pinto et al., 2015): es un instrumento para detectar problemas emocionales y conductuales, así como recursos psicológicos protectores. La información se obtiene a partir de un cuestionario para padres y profesores, y un autoinforme a partir de 8 años. Instrumento con garantías psicométricas adecuadas (Sánchez-Sánchez et al., 2016) y creado en España. Se incluye esta prueba por la alta comorbilidad de trastornos psicológicos en las adolescentes con SA (Rynkiewicz et al., 2019).
- *Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto. LAEA* (Garaigordobil, 2011): explora el autoconcepto global a partir de 57 adjetivos referidos al autoconcepto físico, social, emocional e intelectual. La prueba se encuentra tipificada en población española y los estudios confirman niveles adecuados de fiabilidad y validez (Garaigordobil, 2011). El SA se encuentra asociado con baja autoestima y desarrollo de un autoconcepto distorsionado (Guerra et al., 2013).
- *Historias extrañas de Happé* (White et al., 2009): son historias breves que valoran la capacidad para comprender las intenciones de los demás a partir del empleo de lenguaje no literal, en un contexto social concreto (el nivel más complejo de la teoría de la mente). No cuenta con baremos para población española, pero la usamos para obtener información cualitativa sobre las habilidades mentalistas de la paciente.

### 2.3. Resultados

PRUEBAS	PUNTUACIONES	NIVEL
<i>WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños.</i>		
CI total	P. Compuesta: 120	Alto
Comprensión verbal - ICV	P. Compuesta: 134	Muy alto
Visoespacial - IVE	P. Compuesta: 120	Alto
Razonamiento fluido - ERF	P. Compuesta: 118	Medio-Alto
Memoria de trabajo - IMT	P. Compuesta: 109	Medio
Velocidad de procesamiento IVP	P. Compuesta: 80	Medio-Bajo
<i>CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias Revisado.</i>		
Aciertos - A	PD=51; PC=85	Medio-Alto
Errores - E	PD=1; PC=80	Medio
Eficacia (A-E)	PD=50; PC=85	Medio-Alto
Control de la impulsividad - ICI	PD=97; PC=45	Medio
<i>Test de Atención d2</i>		
Efectividad total - TOT	PD=378; PC=45	Medio
<i>FDT. Test de los Cinco Dígitos</i>		

Lectura / Conteo	PC=2 / PC= 1	Muy bajo / Muy bajo	
Elección / Alternancia	PC=45 / PC=5	Medio / Bajo	
Inhibición / Flexibilidad	PC=95 / PC=15	Alto / Bajo	
<i>WCST. Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin</i>			
Categorías completadas	PD=4; PC=6-10	Bajo	
Errores perseverativos	PD=27; PC=10	Medio-Bajo	
<i>Test de la Figura Compleja de Rey</i>			
Exactitud y riqueza de copia	PD=34; PC=80	Alto	
Tiempo de copia	> 5 min	Lento	
Tipo de construcción	IV	Alterado	
Exactitud y riqueza de memoria	PD=24; PC=75	Medio-Alto	
<i>NEPSY-II. Evaluación Neuropsicológica Infantil II.</i>			
Fluidez verbal semántica / letra inicial	PE= 8 / PE=11	Medio / Medio	
Velocidad de denominación	PE= 5	Alteración moderada	
Memoria de caras MC / MC demorada	PE= 10 / PE= 9	Medio / Medio	
Memoria de diseños MD / MD demorada	PE= 11 / PE= 12	Medio / Medio	
Memoria de nombres MN / MN demorada	PE= 15 / PE= 13	Alto / Medio-Alto	
Memoria narrativa	PE= 8	Medio	
Reconocimiento de emociones	PE= 7	Medio-Bajo	
Teoría de la Mente total / verbal	PC= 11-25 / 11-25	Medio-Bajo	
<i>BRIEF-2 (Anexo 1)</i>	Padres	Escuela	
Índice global de función ejecutiva	T= 67	T= 69	Alterado / Alterado
<i>SENA</i>	Paciente	Padres	Escuela
Índice global de problemas - GLO	T= 66 / Riesgo	T= 83 / Alter.	T= 76 / Alter.
I. de problemas emocionales - EMO	T= 62 / Riesgo	T= 74 / Alter.	T= 61 / Riesgo
I. de problemas conductuales - CON	T= 56 / Normal	T= 79 / Alter.	T= 63 / Riesgo
I. de problemas de las FFEE - EJE	T= 61 / Riesgo	T= 73 / Alter.	T= 81 / Alter.
I. de problemas contextuales - CTX	T= 79 / Alterado		
I. de recursos personales - REC	T= 20 / Alter.	T= 30 / Alter.	T= 30 / Alter.
<i>LAEA. Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto.</i>			
Autoconcepto global	PD= 110; PC= 10	Medio-Bajo (límite)	

PD: puntuación directa; PC: percentil; PE: puntuación escalar; En *BRIEF-2*: T<60: normal, T= 60-65: riesgo, T>65= alteración; En *SENA* (exceptuando *REC*): T<60: normal, T= 60-70: riesgo, T>70: alteración.

## 3. Informe neuropsicológico

### 3.1. Características socio-demográficas y clínicas del paciente

La paciente A.M., de 15 años de edad, acude a consulta con sus padres a petición del neuropediatra, ya que ha sido recientemente diagnosticada de síndrome de Asperger. En el informe de diagnóstico, en el que se exponen los resultados del ADI-R y el ADOS-2, se refieren déficits en la interacción social y la comunicación; alteración en el área pragmática del lenguaje; falta de empatía; inadecuada expresión emocional; problemas de atención, organización y gestión del tiempo; hipersensibilidad a los ruidos y al contacto físico; así como rituales o “manías”. El centro educativo informa de descenso en el rendimiento académico; déficit atencional; necesidad de mucho tiempo para realizar las tareas y comenzar cualquier actividad; ausencia de participación en clase, escasa relación con los compañeros y dificultades para trabajar en grupo; torpeza motora; forma de hablar, expresión facial y postura inusuales.

Los padres de A.M. no se han mostrado preocupados hasta que la paciente comienza la ESO, momento en que empiezan a observar un cambio en la conducta, aumento de problemas atencionales y disminución del rendimiento académico. Ellos refieren que desde que comenzó la adolescencia A.M. suele estar de mal humor y se enfada con facilidad. Antes hablaba de sus preocupaciones, pero actualmente sólo participa en conversaciones si el tema es de su interés. Sus aficiones son el cine, la música y tocar el piano, también le gusta buscar información en internet sobre estos temas de interés.

**Desarrollo evolutivo:** No se produjo retraso en la adquisición de los hitos motores pero los padres refieren torpeza motora. Respecto al lenguaje, A.M. siempre tuvo un vocabulario rico y una forma de hablar impropia para su edad, aunque a veces el discurso es desorganizado. El desarrollo cognitivo ha sido normotípico, con especial habilidad en áreas como la música (toca el piano). En el área social, las dificultades se fueron evidenciando conforme fue creciendo. Desde que era pequeña ha preferido estar sola y apenas ha mostrado interés por interactuar con los demás, pero siempre ha tenido alguna amistad. Sus padres la definen como tímida, callada, seria y poco expresiva. Respecto a la autonomía, A.M. siempre ha necesitado mucho tiempo para realizar las tareas escolares y de cuidado personal, y que su madre “esté encima”.

### 3.2. Resultados de la evaluación

La **capacidad intelectual global** de la paciente es superior a la de su grupo normativo (*WISC-V*: CI=120), pero el perfil cognitivo es disarmónico, ya que el rendimiento en algunas tareas se encuentra muy por encima de la media y en otras por debajo. A continuación, se describe cómo es el funcionamiento en cada dominio valorado.

**a) Atención y velocidad de procesamiento.** En cuanto al sistema atencional, la paciente muestra un rendimiento adecuado para mantener la atención en una tarea visual durante un periodo largo de tiempo (atención sostenida) y para inhibir estímulos irrelevantes (atención selectiva), así como un estilo de respuesta no impulsivo (*CARAS-R*; *d2*). Sin embargo, en tareas más complejas que requieren un mayor



control de los recursos atencionales, se evidencian dificultades para cambiar el foco atencional (*Alternancia, FDT*). Por otro lado, la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida parece deficitaria (*Índice de Velocidad de Procesamiento, WISC-IV*). De acuerdo con esto, los tiempos de ejecución en tareas sencillas y automáticas (*Lectura y Conteo, FDT*) fueron anormalmente elevados. En la misma línea, se encuentra alteración en la velocidad de denominación (*NEPSY-II*), que sugiere dificultad para acceder rápidamente a palabras conocidas. Todos estos resultados se pueden relacionar con lentitud en la velocidad de procesamiento.

**b) Funciones visoespaciales y visoconstructivas.** Se observa un rendimiento superior a la media en tareas de integración visual y de reproducción de patrones geométricos abstractos (*Índice Visoespacial, WISC-V*). Sin embargo, aunque A.M. copia una figura compleja (*Figura de Rey*) con mayor exactitud que su grupo de referencia, tarda más tiempo del esperado, lo que sugiere, de nuevo, velocidad de procesamiento alterada.

**c) Memoria.** En tareas sencillas, la paciente logra mantener activa la información audioverbal y visual para poder manipularla mentalmente (*Índice de Memoria de Trabajo, WISC-V*). En las pruebas de memoria (*NEPSY-II*) se observa una buena capacidad para retener y recuperar información auditiva (*M. Narrativa*), visual (*M. de Caras*) y visoespacial (*M. de Diseños; Figura de Rey*), tanto a corto como a largo plazo (tras 25-35 min.), e incluso superior para memorizar listas de palabras (*M. de Nombres*).

**d) Lenguaje.** En cuanto a forma y contenido, A.M. tiene una competencia lingüística muy superior a la de su grupo normativo (*Índice de Comprensión Verbal, WISC-V*), que implica una muy buena capacidad de expresión, de razonamiento verbal y de formación de conceptos, así como un vocabulario rico. La capacidad para generar palabras que inician con un fonema concreto o pertenecen a una categoría determinada es adecuada (*Fluidez verbal, NEPSY-II*).

**e) Funciones ejecutivas.** Se encuentra una buena habilidad para agrupar elementos por categorías y establecer relaciones lógicas entre conceptos (*Índice de Razonamiento Fluido, WISC-V*). Por otro lado, A.M. logra inhibir respuestas automáticas, pero a costa de emplear mucho tiempo en la realización de la tarea (*Elección e Inhibición, FDT*). Sin embargo, muestra un pensamiento perseverativo y el uso de estrategias poco adaptativas en la resolución de problemas (*WCST*), que se asocia con déficits en la flexibilidad cognitiva (*Flexibilidad, FDT*). En cuanto a la planificación-organización, la manera de copiar el dibujo de una figura compleja (*Figura de Rey*), yuxtaponiendo las partes sin procesar la globalidad del diseño, sugiere alteración en este dominio. En cuanto a la manifestación del funcionamiento ejecutivo en el día a día (*BRIEF-2*), tanto la familia como la escuela encuentran en A.M. dificultades para: (1) cambiar el foco atencional, cambiar de actividad y solucionar problemas de forma flexible; (2) iniciar tareas de forma autónoma, generar ideas o estrategias nuevas; (3) mantener la información en la mente para completar una actividad (memoria de trabajo); (4) anticipar situaciones; ordenar, extraer y comunicar la información relevante; plantear objetivos y seguir los pasos para su consecución

(planificación y organización); (5) ser consciente del efecto que tiene su conducta en los demás. La familia también refiere dificultades de control emocional.

**f) Cognición social.** La habilidad para interpretar emociones faciales y comprender el punto de vista de los demás se encuentra dentro de la media-baja (*Cognición Social, NEPSY-II*). Sin embargo, a la hora de interpretar las intenciones de unos personajes según el contexto social (*Historias extrañas de Happé*), la paciente explica de forma lógica y literal lo que sucede, identifica las emociones de los personajes, pero no es capaz de ponerse en su lugar (empatía). Los resultados del *SENA* también sugieren niveles de inteligencia emocional y competencia social inadecuados.

**g) Emoción, conducta y autoconcepto.** Analizando la información recabada a través del *SENA*, se concluye que: (1) Los padres observan en la paciente un nivel elevado de sintomatología ansioso-depresiva y ansiedad social, así como conductas oposicionistas, dificultades para controlar el enfado y falta de empatía. (2) El centro escolar considera que se encuentra en riesgo de padecer alteraciones psicológicas, también refiere falta de empatía y dificultad para relacionarse con sus compañeros. (3) Tanto la familia como el colegio señalan conductas comunicativas inusuales, comportamientos atípicos y dificultad para adaptar la conducta a las demandas del entorno, aislamiento y falta de integración. (4) La propia paciente refiere sintomatología depresiva (que indica riesgo de padecer trastornos psicológicos), malestar y desajuste en la escuela, además de poca integración con sus compañeros. También tiene una imagen de sí misma levemente desajustada, que refleja una autoestima ligeramente baja (*LAEA*).

### 3.3. Conclusiones de la evaluación

La paciente presenta una capacidad intelectual global superior a la media, destacando en tareas lingüísticas y visoespaciales, con un rendimiento normal en razonamiento fluido y memoria. Muestra alteraciones en el funcionamiento ejecutivo, relacionadas con el control atencional, el pensamiento flexible, la planificación, la iniciación, el manejo del tiempo, la resolución de problemas y la cognición social. Destaca una velocidad de procesamiento anormalmente reducida que refleja falta de eficiencia cognitiva. Se detectan posibles problemas conductuales y síntomas de ansiedad y depresión, así como una leve falta de autoestima. Estas alteraciones repercuten negativamente en el funcionamiento diario, el rendimiento académico, y la adaptación escolar y social.

### 3.4. Recomendaciones

**a) Apoyo terapéutico.** Se propone intervención neuropsicológica para mejorar el funcionamiento cognitivo, terapia cognitivo-conductual para tratar los problemas emocionales y conductuales, así como entrenamiento en habilidades sociales.

**b) Área familiar.** Es importante realizar psicoeducación con la familia sobre cómo se manifiesta el SA y los déficits encontrados en el funcionamiento diario de la paciente.

Se deben proporcionar estrategias para minimizar en casa los efectos negativos derivados de la sintomatología del SA y de las alteraciones cognitivas.

**c) Ámbito escolar.** Se recomienda informar al centro educativo sobre las conclusiones de la evaluación, proporcionar estrategias y proponer adaptaciones no curriculares para mejorar la adaptación y la integración social de la paciente en la escuela. Se debe prestar especial atención a posibles situaciones de acoso (bullying).

## 4. Propuesta de intervención

### 4.1. Objetivos de la intervención

El **objetivo general** de la intervención neuropsicológica es optimizar el funcionamiento cognitivo y mejorar el control conductual y emocional, con el fin de aumentar la independencia y la adaptación en el ámbito académico, familiar y social. Para ello, se proponen los siguientes **objetivos específicos**:

- Estimular las funciones cognitivas deficitarias: velocidad de procesamiento, control atencional, flexibilidad mental, organización y planificación, manejo del tiempo y solución de problemas.
- Proporcionar estrategias compensatorias para disminuir al máximo el impacto de los déficits cognitivos en el funcionamiento diario.
- Desarrollar la cognición social, las habilidades socio-comunicativas y de interacción social.
- Favorecer la comprensión y expresión emocional, el control conductual y el conocimiento de sí misma.
- Tratar la sintomatología ansioso-depresiva y aumentar la autoestima.
- Maximizar el rendimiento académico.
- Fomentar la realización de actividades que potencien las relaciones interpersonales.

### 4.2. Plan de intervención

De acuerdo con Bruna (2011), el programa de intervención neuropsicológica que se propone se fundamenta en los siguientes principios: se basa en la evidencia científica, se utilizan actividades organizadas jerárquicamente (de complejidad creciente), se proporciona entrenamiento con la repetición necesaria para producir aprendizaje y se facilita la generalización de lo aprendido a la vida cotidiana. Asimismo, la intervención será flexible y personalizada, por lo que, aunque los objetivos de cada sesión estén prefijados de antemano, estos se modificarán en función de las necesidades y demandas de la paciente y su familia, así como de su evolución.

La intervención se realiza desde un abordaje transdisciplinar en el que trabajan de forma conjunta y coordinada, neuropsicólogo, psicólogo clínico o sanitario, neuropediatra y psicopedagogo. Además, es multicontextual, es decir, tal y como proponen Montes y Bembibre (2015), se sustenta en tres pilares: la paciente, su

familia y el centro escolar. En primer lugar, el tratamiento de la paciente se centra en psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cognitiva, compensación de los déficits y desarrollo de habilidades sociales (HHSS). La intervención con la familia conlleva psicoeducación, dotación de pautas y estrategias de manejo en el día a día y apoyo psicológico. Asimismo, para lograr un tratamiento integral se realizan una serie de actuaciones y propuestas en el centro escolar, que implican psicoeducación a profesores y alumnos (con el consentimiento de la paciente y su familia), modificaciones en el entorno, cambios metodológicos y adaptaciones no curriculares. Por último, en el diseño de la intervención se tienen en cuenta las características del síndrome de Asperger y sus manifestaciones particulares en la adolescencia y el sexo femenino.

#### 4.2.1. Periodicidad y duración

El plan de intervención se desarrollará en 6 meses, revisables y prorrogables, con la siguiente planificación (El cronograma de la intervención se muestra en el Anexo 2):

- **Paciente.** Se proponen 2 sesiones semanales (que hacen un total de 48), en horario de tarde (lunes y miércoles o martes y jueves) de 50 minutos de duración. Una de ellas se dedicará principalmente a la rehabilitación cognitiva y la otra al desarrollo de las habilidades socio-comunicativas. A partir del tercer mes de tratamiento, esta segunda sesión de habilidades sociales (HHSS) pasará a realizarse en grupo reducido, con personas del mismo sexo, edad y características similares. Además, se programa una sesión quincenal de terapia individual cognitivo-conductual, con el fin de ayudar a la paciente a asimilar el diagnóstico, atender las dificultades a nivel emocional y conductual, reducir los síntomas de ansiedad y depresión, así como mejorar el autoconcepto y la autoestima (Martos et al., 2012). Por último, se recomienda asistir semanalmente a alguna actividad lúdica grupal para potenciar las relaciones interpersonales, desarrollar las HHSS y las funciones ejecutivas. Con este propósito, la terapia de aventura (Castro-Donado et al., 2020), el teatro (Blanco et al., 2016) o la arteterapia (Regis, 2016), se han mostrado útiles en el colectivo Asperger.

- **Familia.** Al comienzo de la intervención se dedicará una sesión quincenal de una hora a la familia, más 10 minutos tras cada sesión con la paciente. Posteriormente pasará a ser una sesión cada tres semanas, por lo que se realizará un total de 10 sesiones con la familia.

- **Centro educativo.** Se realizará una reunión mensual con el centro escolar al final de cada mes (6 en total).

#### 4.2.2. Estructura general de las sesiones

- **Bienvenida** (10 min). Se mantendrá una breve conversación con la paciente sobre cómo ha ido el día, lo que ha hecho el fin de semana o cualquier tipo de “charla social” que aprovecharemos para poner en práctica habilidades

conversacionales y normas sociales que se hayan entrenado previamente: cómo iniciar una conversación, qué preguntas se pueden formular, qué comentarios son adecuados, contacto visual, lenguaje corporal apropiado, etc.

- **Rehabilitación cognitiva / Habilidades sociales** (40 min). (1) El objetivo de las sesiones de rehabilitación cognitiva será el entrenamiento de los procesos cognitivos alterados: velocidad de procesamiento, atención dividida y alternante, planificación, flexibilidad cognitiva, control del tiempo y monitorización. También se realizará entrenamiento en estrategias metacognitivas y de compensación de los déficits. (2) Las sesiones de HHSS (individuales y grupales) se centrarán en el desarrollo de la cognición social, habilidades conversacionales, habilidades básicas de interacción social, habilidades para hacer amigos, comprensión y expresión de emociones y opiniones, solución de problemas interpersonales y comprensión del lenguaje no literal.
- **Padres** (10 min). Los últimos diez minutos se dedicarán a intercambiar información con la familia sobre la evolución de la paciente, los aspectos relevantes de la sesión y las tareas para casa. También se atenderán las dudas y peticiones de la familia, que vayan surgiendo cada semana.

#### 4.2.3. Aspectos metodológicos.

Las actividades realizadas en las sesiones de intervención son diversas. Asimismo, con una sola técnica, tarea o material se suelen trabajar al mismo tiempo varias funciones o habilidades. Los recursos usados se pueden agrupar en:

- **Tareas manipulativas.** Buena parte del material con el que se realizan estas actividades es de elaboración propia, aunque también se utiliza material comercializado o descargado de páginas web o blogs dedicados a la neuropsicología y la educación como OlaNeuropsico (<https://olaneuropsico.com/>), NeuroRial (<https://neurorial.home.blog/>), PsicoCortex (<https://psicocortex.wordpress.com/>), Aprendiendo Juntos (<https://www.aprendiendojuntosneuropsi.com/>), u Orientación Andújar (<https://www.orientacionandujar.es/>).
- **Tareas de papel y lápiz.** Son las clásicas fichas que se usarán, sobre todo, para desarrollar la capacidad atencional, la velocidad de procesamiento, la planificación, la comprensión lectora inferencial y la coherencia central.
- **Programas informáticos.** En casi todas las sesiones de entrenamiento cognitivo se utilizan actividades de la plataforma web de neurorrehabilitación NeuronUP (2021) y otros juegos informatizados, por ser más dinámicos y motivantes.
- **Apoyo visual y material audiovisual.** El apoyo visual es fundamental para mejorar las competencias cognitivas y comunicativas, así como la comprensión social. Dentro del material visual, las historias sociales (Gray, 1998) son una herramienta de gran utilidad para la comprensión social y la regulación del comportamiento. Para trabajar la teoría de la mente y la resolución de problemas sociales serán de utilidad las imágenes con escenas y el visionado de cortos.

Podemos encontrar recursos de este tipo en webs como <http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/> o [www.catedu.es/arasaac](http://www.catedu.es/arasaac), y en material editado como *En la Mente I y II* (Monfort y Monfort-Juárez, 2005; 2011).

- **Técnicas cognitivo-conductuales.** Instrucción directa, modelado, ensayo de conducta, reforzamiento, economía de fichas, retroalimentación personal y entrenamiento en autoinstrucciones, entre otras.
- **Juegos de mesa.** En la intervención no pueden faltar los juegos de mesa, una herramienta sumamente útil, no sólo para trabajar las funciones cognitivas y la motricidad, sino también para ejercitar el control emocional y conductual, fomentar las habilidades sociales, así como mejorar el estado de ánimo y aumentar la motivación hacia el tratamiento.

### 4.3. Resultados esperados de la intervención

A lo largo de toda la intervención, la ejecución en las distintas actividades y tareas terapéuticas aportará información cuantitativa y cualitativa sobre los avances conseguidos. Por otro lado, la familia, el centro escolar y la propia paciente informarán sobre los cambios observados y la satisfacción con el tratamiento. Pero, para valorar de forma objetiva la evolución de la paciente y la eficacia del tratamiento, es necesario realizar una nueva evaluación neuropsicológica formal tras la finalización del programa, a partir de la cual se podrán tomar decisiones con respecto a modificaciones en el abordaje terapéutico y redefinir objetivos de intervención. Esta valoración post-tratamiento se centrará en los aspectos que se han tratado en la intervención, por lo que se incluirán sólo aquellas pruebas cuyos resultados indicaron alteraciones en la evaluación inicial: *Test de los Cinco Dígitos. FDT* (Sedó, 2007); *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. WCST* (Heaton et al., 2009); *Test de la Figura Compleja de Rey-Copia* (Rey, 2009); *Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva. BRIEF-2* (Gioia et al., 2017) y *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. SENA* (Fernández-Pinto et al., 2015). Además, se añadirá un nuevo test que por edad no pudo administrarse en la valoración inicial, el *TESEN, Test de los Senderos para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas* (Portellano y Martínez, 2014), que con cuatro tareas basadas en el *Trail Making Test, TMT* (Reitán, 1958) aporta información sobre atención sostenida, alternancia, memoria de trabajo, flexibilidad, inhibición, memoria prospectiva, velocidad de procesamiento, planificación y fluidez de respuesta motora (Portellano y Martínez, 2014).

Con respecto a los resultados esperados, aunque los estudios sobre la efectividad del entrenamiento cognitivo en personas con TEA son muy nuevos y la evidencia sobre la intervención en funciones ejecutivas en este colectivo es limitada, en una revisión sistemática reciente Pasqualotto et al. (2021) concluyen que el entrenamiento intensivo en FFEE, ya sea a través del uso de tecnología o mediante actividades manipulativas o de papel y lápiz, es efectivo para mejorar las funciones ejecutivas de niños y adolescentes con TEA, con resultados indirectos también sobre las HHSS, el rendimiento escolar y la sintomatología del TEA, impactando positivamente en su calidad de vida y la de sus familias. Por otro lado, las estrategias cognitivo-

conductuales, el entrenamiento en HHSS, el uso de apoyo visual, historias sociales y dispositivos tecnológicos, la instrucción directa, el modelado y el refuerzo, son prácticas basadas en la evidencia para niños, jóvenes y adultos con autismo (Steinbrenner et al., 2021).

Considerando lo que se acaba de exponer, el buen nivel intelectual de la paciente y la implicación en el tratamiento de la familia y el contexto escolar, tras la intervención se prevé una mejora significativa en el funcionamiento general de la paciente, mayor eficiencia y velocidad en el funcionamiento cognitivo. Es esperable menor lentitud e inflexibilidad a la hora de resolver problemas, mejor control del tiempo y mayor capacidad para monitorizar la propia conducta a la hora de cumplir un plan establecido. Estas mejoras se reflejarán en las puntuaciones de la evaluación post-tratamiento, pero sobre todo en la capacidad de la paciente para funcionar de forma más efectiva e independiente en su vida diaria, así como en el aumento del rendimiento académico. Por otro lado, se espera una mejora en la competencia social, un mayor autocontrol emocional y conductual, así como la reducción de síntomas depresivos y de ansiedad. Los progresos en todos estos aspectos (cognitivos, emocionales, conductuales y sociales) favorecerán la integración familiar, escolar y social de la paciente, por lo que repercutirán en una mayor calidad de vida.

#### 4.4. Descripción completa de tres sesiones

##### 4.4.1. SESIÓN 4 de Rehabilitación cognitiva.

**Objetivo.** En esta sesión se pretende estimular la velocidad de procesamiento, el cambio de foco atencional (atención alternante) y el manejo del tiempo.

##### Planificación de la sesión y tareas realizadas.

- Bienvenida (10 min). Como al inicio de cada sesión, se mantiene una breve charla “social” que aprovechamos para trabajar habilidades conversacionales. Posteriormente se anticipan las actividades que se van a realizar y su objetivo.
- Estimulación cognitiva (40 min). Para aumentar la velocidad de procesamiento se emplearán primero tareas de atención visual y posteriormente tareas más complejas que implican atención alternante. Finalizaremos con un juego de mesa.

- Rodea los números (Olivares, 2020): debe rodear los números y contar cuantos hay en el menor tiempo posible. Se anota el tiempo empleado. A continuación, debe realizar una ficha similar en un tiempo dado (menor del que empleó la primera vez), que visualizará en un cronómetro.



- Di las palabras que se te piden (Jarque, 2014): la tarea consiste en decir una o varias palabras ante una consigna, por ejemplo, “prenda de vestir” o “tres alimentos”. Primero se anota el tiempo invertido en realizar todas las consignas y luego se le conceden 10 segundos menos de los empleados la primera vez (que podrá visualizar en un cronómetro) para que responda el mayor número posible de ellas.



- Evita la multa (NeuronUP, 2021): en esta actividad de ordenador la paciente debe seleccionar lo más rápidamente posible las características de las casillas de avance para no ser alcanzada por el guardia. Se ajustará la velocidad del guardia al nivel de la paciente para evitar la frustración y se irá aumentando progresivamente en sesiones posteriores.



- Juego *Speed Cups* (Shafir, s.f.), con el que entrenaremos la velocidad de procesamiento, la capacidad atencional, la monitorización y la motricidad, de una forma lúdica.

- Padres (10 min). Se comunica a los padres lo observado en la sesión y se manda para casa la tarea de NeuronUP “Escapa del monstruo”, similar a la realizada en sesión “Evita la multa”. Se atienden las demandas de los padres.



#### 4.4.2. SESIÓN 12 de Habilidades sociales (sesión grupal).

**Objetivos.** Mejorar las habilidades conversacionales, la resolución de problemas sociales y la comprensión de lenguaje no literal (pragmática).

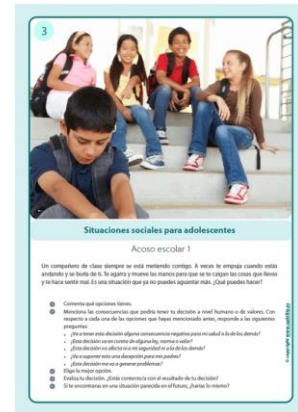
##### Planificación de la sesión y tareas realizadas.

- Bienvenida (10 min). Los primeros minutos se dedicarán a que las integrantes del grupo conversen sobre algo relevante que les haya ocurrido en la semana. Esta actividad se utilizará para poner en práctica habilidades conversacionales y normas sociales que ya se han trabajado de forma explícita previamente, como saber iniciar una conversación, respetar el turno de palabra, mirar a la persona que está hablando, etc.
- Habilidades socio-comunicativas: mostrar interés (15 min). Se usa un guion social (Anexo 3) elaborado por Pérez (2020), con información visual, para explicar el significado de la reciprocidad en la conversación, por qué debemos mostrar interés



y qué conductas implica. Posteriormente el terapeuta proporciona el modelo de actuación y se practican las conductas mostradas de forma grupal.

- **Resolución de problemas sociales** (15 min). Para el entrenamiento en solución de problemas se utilizará una adaptación del modelo de Von Cramon y Von Cramon (1992): formulación del problema (objetivo de la tarea), generación de soluciones, selección de la solución más adecuada y verificación del resultado. Se presenta al grupo una historia corta en la que se plantea una situación social a la que deben responder cómo actuar (Kassotaki, 2019). Para facilitar la solución al problema planteado se presentan una serie de pasos en forma de pregunta, que deben responder entre todas. Se escribirán las preguntas y respuestas en una pizarra:
  1. ¿Qué opciones tienes?
  2. ¿Qué consecuencias positivas y negativas puede tener cada una de las opciones planteadas?
  3. ¿Cuál es la mejor opción?
  4. Evalúa tu decisión ¿estás contento con el resultado de tu decisión?
  5. ¿Te has encontrado alguna vez en una situación similar? Si es un sí, ¿qué hiciste?
  6. ¿Harías lo mismo si te encontraras en una situación parecida?



- **Trivial doble sentido ¿entendido?** (10 min). Usamos la misma dinámica del Trivial, pero el objetivo del juego es explicar el significado de tarjetas en las que aparecen frases hechas, chistes, refranes, bromas, etc. (Borschetti et al., 2013).
- **Padres** (10 min). Se realiza la devolución de la sesión y se pide a los padres que elaboren una lista con las expresiones, refranes, bromas, etc. que a su hija le cuesta comprender para que sean abordadas en futuras sesiones.



#### 4.4.3. SESIÓN 21 de Rehabilitación cognitiva.

**Objetivos.** Entrenar el control atencional (atención alternante y dividida), la planificación, la flexibilidad cognitiva, el manejo del tiempo y la monitorización.

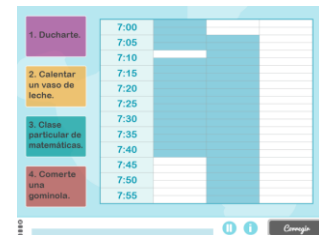
### Planificación de la sesión y tareas realizadas.

- Bienvenida (5 min). Breve charla “social” que aprovechamos para trabajar las habilidades conversacionales anteriormente entrenadas. Se anticipan las actividades que se van a realizar y su objetivo.
- Estimulación cognitiva (40 min). Se realizan las siguientes actividades:

- Un día en el parque de atracciones. Es una tarea de planificación del blog OlaNeuropsico (2021) en la que se presenta un mapa de un parque de atracciones. Se pide a la paciente que señale el camino que necesita recorrer para llegar a la atracción que le indicamos. Tendrá que salir de un lugar concreto y no podrá pasar por determinados lugares.



- ¿Cuánto tiempo necesitas? Nivel medio-difícil. Se trata de una actividad de NeuronUP (2021) en la que tiene que organizar una serie de tareas en una agenda en función del tiempo disponible.



- Clasificar cartas. Usaremos la baraja de cartas *7 tribus, 7 familias* (aunque se puede realizar con cartas con imágenes similares) en la que aparecen diferentes personajes y animales, con un fondo de distinto color y número. Sin medir el tiempo se pide a la paciente que clasifique la baraja de cartas en el mayor número de grupos posible atendiendo a los criterios que ella misma vaya generando (por ejemplo, color de fondo, número, animal, persona, niños, adultos, etc.). Posteriormente se barajan las cartas de nuevo y se programa una alarma cada 15 segundos. La paciente tendrá que agrupar las cartas cambiando el criterio de clasificación cada vez que suene la alarma.



- Juego Rush Hour. Es un juego manipulativo que se compone de un tablero con vehículos de distinta longitud. Estos se colocan según unas cartas con distintos niveles de dificultad. El objetivo es sacar el coche rojo del parking realizando el menor número de movimientos posible. Antes de comenzar cada nivel se pide a la paciente que estime cuanto tiempo necesitará para realizar el puzle y se pone el cronómetro para comparar el tiempo requerido y el estimado.



- Padres (10 min). Se realiza la devolución de la sesión a los padres. Se pide a la familia trabajar la estimación del tiempo en casa. Para ello, la paciente apuntará cada día el tiempo que cree necesario para realizar las tareas de aseo y vestido, y pondrá el cronómetro al comienzo de la realización de estas actividades. Al finalizar comparará el tiempo que ha estimado con el que realmente ha necesitado.

## 5. Referencias bibliográficas

- Amador, J. A. y Forns, M. (2019). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños, quinta edición: WISC-V*. OMADO, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/127676/1/WISC-V.pdf>
- Blanco, A., Regueiro, J. M. y González, M. (2016). El teatro como herramienta socializadora para personas con Asperger. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(2), 116-125. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.27.num.2.2016.17117>
- Boschetti, L., Capdevila, M., Corrales, L., Cornago, A., Grey, L., Freixes, M., Lancharro, M., Martínez, N., Román, M. y Villena, P. (6 de noviembre de 2013). Trivial: tarjetas categoría DOBLESENTIDO ¿ENTENDIDO?. *El sonido de la hierba al crecer*. <https://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2013/11/trivial-tarjetas-categoria-dobelentido.html>
- Bravo, M. A., Frontera, M. y Herrero M. L. (2012). Perfil atencional en niños con síndrome de Asperger. *Psicopatol. salud ment.*, 20, 29-38. Recuperado de <https://www.fundacioorienta.com/es/perfil-atencional-en-ninos-con-sindrome-de-asperger/>
- Brickenkamp, R. y Seisdedos, N. (2012). *D2: Test de atención: manual (4a ed., revisada)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M. y Junqué, C. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica: Intervención y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Castro-Donado, S., Fernández-Gavira, J., y Muñoz-Llerena, A. (2020). Propuesta de programa de Terapia de Aventura para Adolescentes con Síndrome de Asperger. *E-Motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, (14), 105-127. <https://doi.org/10.33776/remo.v0i14.4542>
- Cerna, M.A. y Contreras, L.M. (2018). Síndrome de Asperger: Revisión Sistemática de Aspectos Neurocognitivos. *Acta Pediátrica Hondureña*, 9(1), 1894-907. <https://doi.org/10.5377/pediatrica.v9i1.8588>
- Confederación Asperger España (7 de Noviembre de 2021). *Origen del síndrome y epidemiología*. Confederación Asperger España. [https://www.asperger.es/asperger\\_origen\\_epidemiologia.html](https://www.asperger.es/asperger_origen_epidemiologia.html)
- Cortés, J. F., Galindo, G. y Salvador, J. (1996). La figura Compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 19(3), 42-48. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/598](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/598)
- Díaz, J., López, Y. y Jiménez, P. (2011). Etiología, diagnóstico y modalidades terapéuticas del trastorno de Asperger. *Duazary*, 8(1), 51-59. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1667>
- Domínguez-Gómez, E. (2020). Yuxtaposición por detalles como medida del procesamiento visual fragmentado de la información en niños con TEA grado 1. *Rev Dis Cli Neuro*, 7(1), 5-19. <https://doi.org/10.14198/DCN.2020.7.1.02>
- Equipo Deletrea y Artigas., J. (2004). *Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Madrid: Asociación Asperger España.

- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garaigordobil, M. (2011). *LAEA. Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gioia, G. A., Insquith, P. K., Guy, S. C. y Kenworthy, L. (2017). *BRIEF-2. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva* (M.J. Maldonado, M.C. Fournier, R. Martínez-Arias, J. González-Marqués, J.M. Espejo-Saavedra y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
- Gonçalves, L. K. y Ramos, R. (2021). Síndrome de asperger: revisão integrativa acerca do transtorno / Asperger's syndrome: integrative review about the disorder. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 15147-15168. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-062>
- González-Alba, B., Cortés-González, P. y Mañas-Olmo, M. (2019). El diagnóstico del síndrome de Asperger en el DSM-5. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(2), 332-353. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612019000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200006&lng=es&tlng=es)
- Gray, C. (1998). Social stories and comic strip conversations with students with Asperger syndrome and high-functioning autism. En E. Schopler, G.B. Mesibov y L.J. Kuncz. *Asperger syndrome or high-functioning autism?* (pp. 167-198). New York: Plenum Press.
- Guerra, P., Martín, M. E. y Di Giuso, C. (2013). Competencias Personales en el Síndrome de Asperger. Primeras Aproximaciones. *Revista de Psicología-Universidad Viña del Mar*, 3(5), 27-42. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12536/542>
- Heaton, R. K., Chelune, G.J., Talley, J. L., Kay, G. G. y Curtis, G. (2009). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin* (M.V. de la Cruz, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.
- Hervas, A., Martos, J., Frontera, M., Ruiz, P., Martín, P. y Cuesta, R. (2007). *Síndrome de Asperger: aspectos discapacitantes y valoración*. Madrid: Federación Asperger España. Recuperado de <https://www.aspergeraragon.org.es/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/DOSSIER-ASPERGER-Valoracion-Discapacidad.pdf>
- Jarque, J. (2014). *Velocidad de procesamiento, nivel 4 (Estimular y Aprender)*. Madrid: Gesfomedia Educación.
- Kassotaki, A. (2019). Situaciones sociales para adolescentes con trastornos del espectro autista. *Upbility*. <https://upbility.es/products/situaciones-sociales-para-adolescentes-con-tea>
- Korkman, M., Kirk, U. y Kemp, S. (2014). *NEPSY-II, Batería neuropsicológica infantil*. Madrid: Pearson.
- Londoño, A. (2019). El síndrome de Asperger: entidad nosológica independiente o variante de los trastornos del espectro autista. *Tempus Psicológico*, 2(1), 155-176. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.1.2.2567.2019>

- Margulis, L. (2009). Funcionamiento de los sistemas de memoria en niños con Trastorno Autista y Trastorno de Asperger. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 29-48. Recuperado de [http://espectroautista.info/palabras\\_D.html](http://espectroautista.info/palabras_D.html)
- Martín, P. (2014). *El diagnóstico diferencial del síndrome de Asperger*. Confederación Asperger España. [https://www.asperger.es/trastornos\\_relacionados.html](https://www.asperger.es/trastornos_relacionados.html)
- Martínez, H. (14 de febrero de 2020). Asperger en femenino: un autismo con características propias. *Educación, Psicología y Sociedad. Blog de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación*. <https://epce.blogs.uoc.edu/es/asperger-en-femenino-un-autismo-con-caracteristicas-propias/>
- Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire, S. y Llorente, M. (2012). *El Síndrome de Asperger. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Merino, M., D'Agostino, C., De Sousa, V., Gutiérrez, A., Morales, P., Pérez, L., Camba, O., Garrote, L. y Amat, C. (2018). *Guía de buenas prácticas en niñas, adolescentes y mujeres con trastorno del espectro del autismo*. Manuscrito no publicado, AETAPI. Recuperado de <https://aetapi.org/download/guia-de-buenas-practicas-en-mujeres-con-tea/>
- Monfort, M. y Monfort-Juárez, I. (2005). *EN LA MENTE*. Madrid: Entha Ediciones.
- Monfort, M. y Monfort-Juárez, I. (2011). *EN LA MENTE 2*. Madrid: Entha Ediciones.
- Montagut, M., Mas, R. M., Fernández, M. I. y Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11(1), 42-54. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>
- Montes, A. y Bembibre, J. (2015). Síndrome de Asperger. En M. Arnedo, J. Bembibre, A. Montes y M. Triviño. *Neuropsicología Infantil: A través de casos clínicos* (pp. 275-289). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Naranjo, R. (2014). Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. *Nova*, 12(21), 81-101. Recuperado de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24702014000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24702014000100007&lng=en&nrm=iso)
- NeuronUP (2021). <https://app.neuronup.com/>
- OlaNeuropsico (23 de octubre de 2021). Un día en el parque de atracciones. *OlaNeuropsico*. <https://olaneuropsico.com/un-dia-en-el-parque-de-atracciones-2060>
- Olivares, M. (8 de octubre de 2020). Plantillas para trabajar la atención en adultos. *Orientación Andújar*. <https://www.orientacionandujar.es/2020/10/08/plantillas-para-trabajar-la-atencion-en-adultos/>
- Parellada, M. (2020). El destino del diagnóstico de síndrome de Asperger. ¿Qué le depara el futuro al síndrome de Asperger?. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 13(3), 115-117. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.05.002>
- Pasqualotto, A., Mazzoni, N., Bentenuto, A., Mulé, A., Benso, F. y Venuti, P. (2021). Effects of Cognitive Training Programs on Executive Function in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Brain Sci.*, 11(10), 1280. <https://doi.org/10.3390/brainsci11101280>

- Pérez, M. C. (16 de mayo de 2020). ¿Cómo trabajar las habilidades conversacionales? *AulaPT*. <https://www.aulapt.org/2020/05/16/como-trabajar-las-habilidades-conversacionales/>
- Pérez, P. F. y Martínez, L. M. (2014). Perfiles cognitivos en el trastorno autista de alto funcionamiento y el síndrome de Asperger. *Revista CES psicología*, 7(1), 141-155. Recuperado de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2693>
- Portellano, J. A. y Martínez, R. (2014). *TESEN. Test de los Senderos para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Regis, P. J. (2016). Arteterapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué? *Sophia*, 12(2), 187-194. <https://doi.org/10.18634/sophiaj.12v.2i.322>
- Rey, A. (2009). *REY. Test de Copia y de Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M., y Słopeń, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatr Pol*, 2, 1-16. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098>
- Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (2), 23-34. Recuperado de <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-13.pdf>
- Sedó, M. A. (2007). *FDT. Test de los Cinco Dígitos. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shafir, H. (s.f.). *Speed Cups* [Juego de mesa]. Mercurio.
- Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey S., McIntyre N. S., Yücesoy-Özkan, S. y Savage, M. N. (2021). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 4013-4032. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04844-2>
- Thurstone, L. L. y Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de percepción de diferencias-revisado. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Turner, M. (2020). The role of drugs in the treatment of autism. *Australian Prescriber*, 43(6), 185-190. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2020.054>
- Vargas, G. C., Cárdenas, J. D., Cabrera, D. M., y León, A. G. (2020). Síndrome de Asperger. *RECIMUNDO*, 3(4), 416-433. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.416-433](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.416-433)
- Vásquez, B., y del Sol, M. (2017). Características Neuroanatómicas del Síndrome de Asperger. *International Journal of Morphology*, 35(1), 376-385. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100060>
- Von Cramon, D. y Von Cramon, G. (1992). Reflections on the treatment of brain injured patients suffering from problem-solving disorders. *Neuropsychology Rehabilitation*, 2, 207-30. <https://doi.org/10.1080/09602019208401409>
- Wechsler, D. (2015). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC-V. Manual de aplicación y corrección*. Madrid: Pearson.

- White, S., Hill, E., Happé, F. y Frith, U. (2009). Revisiting the Strange Stories: Revealing Mentalizing Impairments in Autism. *Child Development, 80*(4), 1091-1117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01319.x>
- Zapata, M. E., Beltran, C., Martinez, J. y Cuartas, J. M. (2020). Desempeño Intelectual en el Síndrome de Asperger. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología, 20*(1), 1-16. <https://doi.org/10.18270/chps..v2020i1.3277>



## 6. Anexos

### ANEXO 1. Resultados BRIEF-2: Escalas Clínicas.

<i>BRIEF-2. Escalas Clínicas</i>	Puntuación Padres	Puntuación Escuela	Niveles
Inhibición	T= 48	T= 55	Normal / Normal
Supervisión de sí mismo	T= 66	T= 74	Alterado / Alterado
Flexibilidad	T= 70	T= 67	Alterado / Alterado
Control emocional	T= 65	T= 55	Alterado / Normal
Iniciativa	T= 72	T= 69	Alterado / Alterado
Memoria de trabajo	T= 68	T= 72	Alterado / Alterado
Planificación y organización	T= 63	T= 66	Riesgo / Alterado
Supervisión de la tarea	T= 44	T= 32	Normal / Normal
Organización de materiales	T= 39	T= 46	Normal / Normal

T<60: normal, T= 60-65: riesgo, T>65= alteración

**ANEXO 2.** Cronograma del plan de intervención.

<b>CRONOGRAMA PLAN DE INTERVENCIÓN</b>						
		<b>Rehabilitación cognitiva</b>	<b>Habilidades sociales</b>	<b>T. Cognitivo conductual</b>	<b>Sesión padres</b>	<b>Reunión centro escolar</b>
1 <sup>er</sup> MES	SEMANA 1	Sesión 1	Sesión 1		Sesión 1	
	SEMANA 2	Sesión 2	Sesión 2	Sesión 1		
	SEMANA 3	Sesión 3	Sesión 3		Sesión 2	
	SEMANA 4	Sesión 4	Sesión 4	Sesión 2		Reunión 1
2 <sup>o</sup> MES	SEMANA 5	Sesión 5	Sesión 5		Sesión 3	
	SEMANA 6	Sesión 6	Sesión 6	Sesión 3		
	SEMANA 7	Sesión 7	Sesión 7		Sesión 4	
	SEMANA 8	Sesión 8	Sesión 8	Sesión 4		Reunión 2
3 <sup>er</sup> MES	SEMANA 9	Sesión 9	Sesión 9		Sesión 5	
	SEMANA 10	Sesión 10	Sesión 10	Sesión 5		
	SEMANA 11	Sesión 11	Sesión 11		Sesión 6	
	SEMANA 12	Sesión 12	Sesión 12	Sesión 6		Reunión 3
4 <sup>o</sup> MES	SEMANA 13	Sesión 13	Sesión 13			
	SEMANA 14	Sesión 14	Sesión 14	Sesión 7	Sesión 7	
	SEMANA 15	Sesión 15	Sesión 15			
	SEMANA 16	Sesión 16	Sesión 16	Sesión 8		Reunión 4
5 <sup>o</sup> MES	SEMANA 17	Sesión 17	Sesión 17		Sesión 8	
	SEMANA 18	Sesión 18	Sesión 18	Sesión 9		
	SEMANA 19	Sesión 19	Sesión 19			
	SEMANA 20	Sesión 20	Sesión 20	Sesión 10	Sesión 9	Reunión 5
6 <sup>o</sup> MES	SEMANA 21	Sesión 21	Sesión 21			
	SEMANA 22	Sesión 22	Sesión 22	Sesión 11		
	SEMANA 23	Sesión 23	Sesión 23		Sesión 10	
	SEMANA 24	Sesión 24	Sesión 24	Sesión 12		Reunión 6
<b>Evaluación Neuropsicológica Formal</b>						

Sesión individual / Sesión grupal

### ANEXO 3. Guion social: mostrar interés (Pérez, 2020).

**MOSTRAR INTERÉS**

Durante una conversación hay que hacerle entender a la otra persona que nos interesa lo que nos está contando. Si es mentira y no nos interesa, hay que disimular. ¿Por qué?

- Si piensa que me aburre, se sentirá mal y no me contará más cosas.
- Cuando me cuente yo, no querrá escucharme y me sentiré mal.

El jueves quedé con María y nos fuimos los dos de compras...  
¡Juntos, de lo que me interesa lo que le cuento...!

¡Ah, ahora quería contarte yo una cosa. ¿Por qué se iría? ¡Me tengo que ir. Adiós!  
No hablaré más con él. Le da igual lo que le cuento

¿Qué ha pasado en la historia?  
¿Qué ha hecho el chico?  
¿Cómo se siente la chica? ¿Qué piensa de él?  
¿Qué debería haber hecho?

Cree sus los propios en Storyboard That

Otra cosa que podemos hacer para mostrar interés durante una conversación, es hacer **preguntas relacionadas** con lo que nos están contando. Esas preguntas suelen empezar con los pronombres interrogativos. Estas preguntas también sirven para alargar la conversación.

- ¿Qué... ?
- ¿Cuándo... ?
- ¿Cómo... ?
- ¿Quién... ?
- ¿Dónde... ?
- ¿Cuánto... ?
- ¿Con quién... ?
- ¿Por qué... ?
- ¿Para qué... ?

Ejemplo: David nos cuenta que ha ido de compras. Podemos hacerle estas preguntas:

	¿Qué te compraste? ¿Dónde fuiste a comprar? ¿Cuándo fuiste? ¿Cómo te lo pasaste? ¿Con quién fuiste? ¿Te gastaste mucho dinero? ¿Te compraste cosas chulas?
--	--

Una de las cosas que nos ayudan a mostrar que nos interesa la otra persona, es la **reciprocidad**. Esto significa que cuando me hacen una pregunta de cortesía o me preguntan por algo que nos ha pasado a los dos, tengo que responder y hacerle la misma pregunta a la persona.

1. Nos hacen una <b>pregunta de cortesía</b> .	
2. Respondemos.	
3. Hacemos la misma pregunta.	
4. Escuchamos la respuesta.	

1. Nos hacen una <b>pregunta de algo nos ha pasado a los dos</b> .	
2. Respondemos.	
3. Hacemos la misma pregunta.	
4. Escuchamos la respuesta.	

Finalmente, para mostrar interés, podemos utilizar **palabras o frases cortas de apoyo** mientras nos cuenta algo que le ha pasado a la persona con la que hablamos. Además, estas frases sirven para que sepa que comprendemos sus sentimientos. Estas frases pueden ser para apoyar cosas positivas o cosas negativas.

Si una persona nos cuenta que le ha pasado algo triste, malo, negativo, que no quería... 	¡Qué pena! Vaya faena. Lo siento mucho. ¡Que mala suerte! ¡Uffff! Pues vaya.
Si una persona nos cuenta que le ha pasado algo que le ha alegrado, bueno, que deseaba... 	¡Qué bien! Me alegro mucho. Eso es genial. ¡Wowww! ¡Qué suerte! ¿Si!!!!?