

SÍNDROME D'ASPERGER, PROPOSTA DE PROGRAMA PSICO-EDUCATIU DES DE L'INTEL·LIGENCIA EMOCIONAL I SOCIAL PER A LA PREVENCIÓ DEL ASSETJAMENT ESCOLAR

*Treball Final de Grau: Disseny d'Intervenció en
Psicologia Clínica i de la Salut*

Nom Estudiant: Esther Villalbos Targa
Pla d'estudis: Grau de Psicologia

Nom Consultor: Maria Jayme Zaro

Data Lliurament: 30 de maig de 2015

© Esther Villalbos Targa

Reservats tots els drets. Està prohibit la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

FITXA DEL TREBALL FINAL DE GRAU DE PSICOLOGIA

Títol del treball:	<i>“Síndrome d’Asperger, proposta de programa psico-educatiu des de la Intel·ligència Emocional i Social per a la prevenció del assetjament escolar”</i>
Nom de l’autor:	<i>Esther Villalbos Targa</i>
Nom del consultor:	<i>Maria Jayme Zaro</i>
Data de lliurament (mm/aaaa):	<i>05/2015</i>
Àmbit del Treball Final:	<i>Psicologia Clínica i de la Salut: Intervenció psico-educativa en nens amb Síndrome d’Asperger</i>
Titulació:	<i>Grau en Psicologia</i>

Resum :

En els nens Síndrome de Asperger, SA, es dona una major vulnerabilitat a patir “bullying” a l’escola. El supòsit que existeix una estreta correlació entre aquesta i el seu desajustament social degut als seus dèficits “constitucionals” en Intel·ligència Social i Intel·ligència Emocional, IE, és el punt de partida d’aquesta proposta de intervenció psicoeducativa que es fixa com a objectiu una intervenció precoç amb una adient estimulació que actuï de forma compensatòria prevenint així l’assetjament en millorar la seva interacció social. El disseny del programa s’ajusta a les característiques cognitives i a la gran variabilitat individual que caracteritza la SA i s’estructura en sessions en grup. La població diana són nens SA diagnosticats, de segon o tercer cicle d’educació primària. El nucli del treball són les socio-dramatitzacions amb preguió inspirades en les “Històries Socials” de Carol Gray i segons la operativització de les dimensions en IE de Salovey i Mayer i de la Intel·ligència Interpersonal de Gardner. Inclou un taller de cuina adaptat per a nens oberts també a nens neurotípics. S’espera en els nens SA participants una millora en el processament emocional i una millor acceptació per part dels nens neurotípics, objectivable a través del registre dels professors en qualitat d’observadors participants i l’aplicació pre i post-intervenció del Trait Meta-Mood Scale-24. Tant per la pròpia dinàmica de la aplicació com per previsibles futurs avenços en el camp de la investigació, metodològics i teòrics, en SA i IE, es contempla la necessitat de deixar “obert” el format a futures revisions.

Paraules clau :

Síndrome d'Asperger, Nens, Assetjament escolar, Programa Psico-educatiu, Intel·ligència Emocional, Intel·ligència social.

Índex

0. Introducció	
1 Context i justificació.....	3
2 Revisió teòrica.....	8
3 Problema.....	14
4 Preguntes, objectius i/o hipòtesis.....	15
5 Propòsit de la intervenció.....	15
6 Mètode.....	16
6.1 Disseny de la intervenció.....	16
6.2 Participants.....	17
6.3 Instruments.....	18
6.4 Procediment.....	21
7 Resultats.....	25
8 Conclusions.....	26
9 Discussió.....	27
10 Referències bibliogràfiques.....	29
11 Annexos.....	34

Llista de figures

Figura 1. Reconeixement facial d'emocions	24
Figura 2. Termòmetre de les emocions	25

Llista de taules

Taula 1. Operativització de les dimensions en IE (Salovey i Mayer, 1990) i Intel·ligència Interpersonal (Gardner i Hatch, 1989).	16
Taula 2. Distribució de sessions segons les capacitats a treballar i temes a tractar en cadascuna.	16
Taula 3. Barems del TMMS-24.	20
Taula 4. Full de registre de les observacions.	21

0. Introducció

Fins no fa gaire, el Síndrome d'Asperger (SA) era, com a categoria diagnòstica, un perfecte desconegut. El SA és un trastorn del neurodesenvolupament del qual encara se n'està estant investigant l'etiopatogènia, alguns estudis apunten a factors hereditaris (Lozoya, 2010), altres focalitzen en alteracions neurofuncionals del còrtex prefrontal i altres a factors ambientals en el període neonatal (Becerra, 2013)...probablement és el resultat de la confluència de diverses variables, i així les hipòtesis actuals, en aquest sentit, parlen de conjunció biològica-cognitiva. La seva prevalença aproximada, epidemiològicament parlant, és de 2,6-4,8/1.000, amb una freqüència 3-4 cops més gran en nens que en nenes (Baron-Cohen, 2009). Es manifesta de forma diferent en cada individu ja que cadascun té trets de personalitat pròpies, un conjunt de fortaleses i debilitats que es configuren idiosincràticament i que poden anar des del nen lleugerament afectat que pot semblar senzillament rar o excèntric en el comportament, fins a greus dificultats en l'àrea de relació social, en la comunicativa i en la imaginativa, que són la triada d'afectació descrita per Lorna Wing, psiquiatra britànica, que va utilitzar el nom de Síndrome d'Asperger per primer cop en un treball titulat "Asperger's Syndrome: a clinical account" (Wing, 1981). En aquest treball es feia reso de la tesi doctoral que, Hans Asperger, pediatra, investigador, psiquiatra i professor alemany, havia publicat al 1944 (Asperger, 1944). En aquesta tesi parlava d'uns nens que, tot i tenir unes capacitats intel·lectuals i verbals normals i, fins i tot, per sobre de la mitja, mostraven moltes dificultats en la interacció social especialment. Posteriorment, el treball de Uta Frith professora de Desenvolupament Cognitiu i directora del Institut de Neurociència Cognitiva del University College de Londres (Frith, 1991) i, especialment, el de Lars Christopher Gillberg, a Suècia (Gillberg, 1989), van tenir bona part de responsabilitat en que, l'any 1994, es produís el seu reconeixement com a entitat clínica en ser inclòs en el DSM-IV.

En aquest manual el SA s'inclou dins dels Trastorns Generalitzats del Desenvolupament, i els seus criteris diagnòstics es basaven en els de Gillberg, que els havia operativitzat a partir del treball de Hans Asperger, (veure annex 11.2). Més restringits, però, aquests criteris han estat des del començament, i ho són encara, motiu de controvèrsia en el sentit del solapament clínic que es dona amb l'autisme anomenat d'alt funcionament, AAF. Polèmica gens frívola doncs arriba, com he assenyalat, fins als manuals de diagnòstic, fins al punt que molts autors parlen de la SA com una "invenció" del DSM-IV, (Frances i Batstra, 2013). En el cas del no menys controvertit, DSM-V, no hi ha hagut cap avenç diagnòstic clarificador, ans al contrari, de fet ha desaparegut com a entitat i s'inclou dins dels anomenats Trastorns de l'Espectre Autista, els TEA, (veure annex 11.3), amb uns criteris de dèficits en habilitats socials i de comunicació, comportaments repetitius i interessos limitats, que segons molts autors, són massa amples i ambigus (Echeburúa et al., 2014).

Aquest canvi ha incrementat, a més, la preocupació de molts pares ja que el diagnòstic basat en els criteris dels manuals, amb l'actual paradigma, té

repercussions a nivell pràctic i clínic, determina la visió “política” també i, per tant, en darrer terme qui rep o té dret a molts recursos públics. Però el canvi radical respecte la darrera versió, la del DSM-IV-TR, té conseqüències també a nivell psicològic ja que es perd bona part de l’efecte “des-angoixant” que representa rebre un diagnòstic i un pronòstic. No menys importants són les conseqüències indirectes, ja que són prou coneguts, ens agradi o no, els efectes que tenen els manuals diagnòstics sobre els projectes d’investigació, els models d’intervenció, la medicalització, i especialment, en els estudis de validació. Aquestes qüestions expliquen que siguin moltes les veus que cada cop més proposen, fins i tot, l’abolició dels manuals. El National Institute of Mental Health, NIMH, per exemple, ha deixat d’utilitzar el DSM. La British Psychological Society, BPS també ha proposat la necessitat d’abandonar-los i apostar en el diagnòstic per una nova classificació. Aquesta polèmica reflecteix majorment posicionaments extrems entre investigació i clínica. En una situació intermèdia en aquesta controvèrsia, es troben les propostes de classificació més biopsicosocial. Aquestes implicarien una tècnica mixta de diagnòstic, amb tres nivells d’anàlisi, clínic, situació social i estructura de la personalitat. Els seus defensors afirmen que permetria una comprensió més gran de la relació causal entre síndromes i processos patològics en contemplar i recollir la heterogeneïtat que existeix entre individus amb un mateix quadre clínic, aspecte aquest especialment present en els nens SA (Johnstone, 2006).

Deixant de banda aquests debats a nivell teòric, és cert que van ser i són moltes les famílies i les persones adultes que, un cop definida la Síndrome, en van reconèixer en els seus fills o en ells mateixos, trets que fins aleshores havien estat font d’angoixa i que, ara de sobte, prenien sentit. Semblava que per fi, havia acabat el seu pelegrinatge per diferents professionals. Però no ha estat així en molts casos. A les polèmiques al voltant dels criteris s’han afegit les incògnites sobre la seva etiologia i tot plegat ha posat de manifest un gran desconeixement, corroborat per les errònies interpretacions sobre el seu repertori de comportaments i els quadres diagnòstics als quals s’han atribuït en conseqüència, que van des de Trastorn Esquizoide Infantil, trastorns del llenguatge i/o del aprenentatge, trastorns del hemisferi cerebral dret, Síndrome de Gilles de la Tourette, Trastorn Obsessiu-Compulsiu, depressió, ansietat, Trastorn per Dèficit d’Atenció i Hiperactivitat, Trastorn Negativista Desafiant... (Wing, 1981).

Aquest context explica que, enmig d’aquestes polèmiques, les associacions d’afectats i pares amb nens SA hagin pres bona part del protagonisme, sobretot a l’hora de defensar els seus interessos, fer difusió i reivindicar professionals i centres especialitzats pel diagnòstic i la intervenció. Posen l’accent en conscienciar de la neurodiversitat, anar més enllà de “etiquetes diagnòstiques” i de l’estigmatització que sovint comporten i prioritzar la integració escolar, laboral i social de les persones Asperger. Una de les pioneres d’aquestes associacions és l’Associació d’Asperger de Nova Anglaterra, AANE, fundada l’any 1996. A l’Estat espanyol, la Federació Asperger Espanya, FAE, es constitueix l’any 2005 i agrupa diverses associacions nacionals i autonòmiques. A nivell de Catalunya tenim la

Federació Espectre Autista que inclou l'Associació Asperger de Catalunya. Aquestes associacions, a part de assessorar, promouen i financen molts cops, centres de diagnòs, de tractament i d'atenció especialitzada. A més, sovint també, patrocinen projectes d'investigació i de recerca, publicacions...Tot plegat reflecteix que encara son moltes les mancances i el desconeixement, però sobretot les necessitats a nivell de recursos d'intervenció. I aquestes es revelen especialment en el cas dels nens petits.

1. Context i justificació

Com ja he apuntat en la introducció, son moltes les mancances amb que s'enfronten, particularment, els pares amb nens Asperger. L'heterogeneïtat i la variable manifestació simptomàtica que es deriva de l'encreuament amb els trets de personalitat i les experiències d'aprenentatge afectives a casa i a l'escola, dificulten enormement el diagnòstic com he dit. Però també la variabilitat i grau de laxitud dels criteris diagnòstics. Darrera aquesta dificultat per consensuar criteris estàndards hi ha una realitat, el SA no presenta símptomes clínics exclusius, i els criteris poc definits impliquen poca operativitat. Això dona a l'experiència i la formació específica del avaluador un gran pes específic i ha posat de manifest la carència de professionals qualificats, en part degut a les diferències qualitatives substancials que persisteixen entre les línies d'investigació actuals que ni tant sols es mostren concloents a l'hora de situar-lo nosològicament, o bé dins un continu, on l'autisme i el SA en serien els extrems, o fins i tot, com a diagnòstics incompatibles (Szatmari et al. ,1995). Hi han altres especialistes en el desenvolupament que equiparen el SA amb l'anomenat Autisme d'alt nivell, AAF. En el AAF, com en la SA, també es dona una discapacitat en la cognició social i la empatia emocional i es mostra també un coeficient intel·lectual normal o per sobre de la mitja, en contrast amb altres TEA. Amb tot hi haurien dos aspectes diferencials que serien més freqüents en la SA que en el AAF, la malaptesa motriu i la presència d'un tema de interès intens (Caballero, 2008). No obstant, però, no ha estat possible trobar dades concloents per a la diferenciació qualitativa o demarcació entre de tots dos diagnòstics.

Si tenim en compte l'alta prevalença de la Síndrome resulta obvi que el fet que, degut a aquesta manca de directrius clares, molts nens siguin diagnosticats, i, en conseqüència, atesos, tardana o erròniament, és una qüestió molt rellevant. El pares es troben desorientats, sense saber com ajudar-los ni a qui recórrer davant les dificultats dels fills, en un context escolar que, molts cops, no entén ni pot respondre a les seves necessitats de suport. Son molts els països que ja compten amb serveis públics especialitzats però a Espanya encara hi ha força endarreriment en aquest sentit. La detecció precoç és essencial ja que implica poder intervenir el més aviat possible treballant la simptomatologia i l'entrenament social. Hem de puntualitzar que, tot i que els pares sovint detecten comportaments "anòmals" ja al voltant dels 3 anys (Hernández, et al. , 2005), es bastant infreqüent el diagnòstic abans dels 4 o 5, i molt més freqüents els diagnòstics al voltant dels 9 o 10. Aquest fet, és en

certa forma lògica, doncs no és fins que el nen va a l'escola, context on les demandes socials són més altes, que les seves interaccions i habilitats comunicatives es manifesten qualitativament alterades. Aquest, l'entrada a l'escola, és un moment especialment complicat per als nens Asperger.

Afortunadament com he explicat les associacions han agafat el testimoni, però no hem d'oblidar que el seu esforç sovint topa amb un altre dèficit, greu, que ja he apuntat i és el de comptar amb professionals amb formació qualificada i recursos d'avaluació i intervenció específics. De fet les associacions denuncien que encara hi han molts professionals que no diagnostiquen SA i que tampoc n'orienten adequadament la intervenció en conseqüència. Be per manca d'actualització formativa, per la seva orientació, per l'edat del nen...Encara són pocs els recursos disponibles a la sanitat pública i per accedir-hi, cal comptar amb un diagnòstic referenciat amb els criteris diagnòstics "consensuats" en els manuals per la comunitat científica, amb la problemàtica que això implica com ja he explicat. Molts pares han d'acudir a consultes privades per a poder proporcionar atenció als seus fills, fet que no garanteix la solvència professional malgrat el cost econòmic que implica. També l'escassetat de propostes d'intervenció s'afegeix i manifesta la gran dificultat d'abordatge des d'estratègies terapèutiques generals. Com he dit cada individu Asperger és únic, amb les seves pròpies necessitats i es responsabilitat ètica i professional del psicoterapeuta el dissenyar una intervenció prioritàriament idiosincràtica. Però si és cert que, per poder fer aquest ajustament individual, es necessita poder comptar amb eines d'intervenció d'ampli espectre, però fonamentades empíricament en allò que coneixem i que encara són prou insuficients degut a la pròpia indefinició "ontològica" de la síndrome, amb tantes vies i camps per explorar. Eines que permetin treballar aquells aspectes més problemàtics, que més malestar i interferència amb la seva integració provoquen.

En aquest sentit, pares i professors d'alumnes amb SA saben de primera mà que aquests nens sovint són objecte de maltractaments a l'escola per part dels seus companys "neurotípics". Tres serien els factors que es relacionarien amb la seva major vulnerabilitat a patir "bullying" (Whitney et al., 1994):

- Ser percebuts com a diferents
- Tenir menys amics i estar menys integrats
- Tenir comportaments o actituds que poden ser interpretats pels altres companys com a provocadors per ser inapropiats degut a la seva manca de domini de les habilitats socials.

Òbviament, degut a la reciprocitat implícita que fonamenta tota interacció social, tots tres factors serien causa i conseqüència a la vegada, en un cercle

que es retroalimentària i que, amb les seves dificultats “constitucionals” per establir les bases d’una interacció apropiada, tindria difícil sortida (Sofronoff et al., 2011).

Per tot això és fàcil interpretar que els beneficis de aconseguir una interacció social més reeixida i el més primerenca possible, en els nens amb SA, tindria previsiblement múltiples beneficis:

- Prevenció de la comorbiditat afectiva-emocional
- Prevenció del assetjament
- Promoció de la seva inserció des de l’escola però amb projecció a la adolescència i la vida adulta
- Millora de la dinàmica familiar
- Millora del seu benestar, qualitat de vida i autonomia

Però per poder saber com i de quina forma cal intervenir, primer cal entendre perquè els nens SA tenen aquests comportaments socials poc “convencionals” i, com en tots els aspectes d’aquesta síndrome, les teories són múltiples. Si atenem a l’orientació cognitiva, darrera de tota conducta hi ha una particular interpretació de la realitat, llavors resulta obvia la conclusió a que arriben diversos autors (Artigas, 2000) en el sentit de que, des d’aquesta perspectiva, existirien paràmetres cognitius específics dels nens SA que els portarien a processar la informació social d’una manera peculiar i a comportar-se en conseqüència, actuarien, per tant segons la seva pròpia lògica, malgrat no fos gens adaptativa com hem vist. Caldria discernir però, i altre cop ens trobem amb diverses teories, si el procés cognitiu social típic inclou només habilitats innates o bé adquirides, ja que, en aquest darrer cas implicaria que és sensible al aprenentatge. I en aquest darrer punt és situaria aquest treball, en intentar dissenyar un programa d’intervenció fonamentat en una estratègia educativa compensatòria amb nens SA. El model teòric que millor recull aquest objectiu educacional és el psicoeducatiu.

Un programa d’intervenció psicoeducatiu, és un tipus específic d’intervenció que permet “reproduir” un procés pedagògic, mediat i centrat en l’entrenament de competències cognitives específiques, s’orienta a la pràctica i té una finalitat eminentment preventiva i proactiva. De plantejament obert possibilita la inclusió de tècniques diverses i des d’una perspectiva evolutiva, es ajustable al nivell de competències prèvies (Casas et al., 2000). En el cas dels nens SA resulta especialment adient per a l’adquisició de noves “claus” interpretatives de la realitat social i per la capacitat d’adaptació segons el seu funcionament cognitiu específic. Aquest funcionament psicològic particular ha

estat explicat des dels diferents constructes teòrics actuals sobre la SA i ens poden descriure millor quines funcions i aspectes s'hi troben involucrats i com es desenvolupen específicament.

Algunes d'aquestes teories es relacionen amb la Teoria de la Ment , TMT, de la qual Premack i Woodruff (Premack i Woodruff,1978), amb els seus treballs i experiments, van ser pioners. Aquesta teoria planteja l'existència d'una metacognició, una capacitat predictiva que tindrien alguns dels grans simis i, especialment els humans, d'atribuir i interpretar les claus emocionals i intencionals que guien les conductes dels altres. Aquesta capacitat, ontològicament adaptativa, ens permetria en el joc de la interacció anticipar també les cognicions que els altres estarien establint sobre nosaltres en un flux continu de recíproca influència, una capacitat de establir una cognició sobre altres cognicions. La complexitat d'aquesta capacitat inclouria diversos nivells com serien el reconeixement facial d'emocions, la vinculació entre significat social i context i la comunicació "ocular". A través del rendiment en la clàssica tasca de falsa creença es podria comprovar, seguint els postulats de la TMT, que els nens SA no tindrien aquesta capacitat. En aquesta prova el nen observa com l'experimentador col·loca un objecte dins d'una capsa mentre una tercera persona observa. Després es demana a aquesta persona que es doni la volta. L'experimentador canvia l'objecte d'una capsa a un altra. Llavors es pregunta al nen SA, on creu que l'individu que observa anirà a buscar l'objecte i els nens SA, respondrien majoritàriament que en la segona capsa, obviat el fet que l'observador ha estat d'esquena (Baron-Cohen i Swettenham, 1997).

Sobre l'adquisició de la TMT hi haurien diverses hipòtesis amb més o menys pes genètic. En la línia de les explicacions d'un origen més innat, hi ha la proposta de l'existència d'un àrea cerebral específica on s'ubicaria aquesta funció i que estaria danyada en els nens SA (Leslie i Thaiss, 1992). En concret hi estarien involucrats el còrtex prefrontal, particularment del hemisferi dret. Aquesta teoria seria compatible amb models que suggereixen explicacions més de caire cognitiu de la SA, en concret amb els que proposen una disfunció executiva (Delgado et al. , 2012). Les funcions executives com la planificació, la memòria de treball, la inhibició i la flexibilitat cognitiva depenen de sistemes que impliquen l'activitat del còrtex prefrontal. Tot i la heterogeneïtat observada en el rendiment i l'escassetat d'estudis sobre el funcionament executiu dels SA, si que s'ha constatat certa similitud entre conductes de pacients amb dany cerebral en els lòbuls frontals i comportaments dels nens amb TEA que suggereixen de forma clara que els dèficits executius observats en els TEA tindrien un correlat amb anormalitats en el còrtex prefrontal (Martos-Pérez, 2006).

Altres autors troben que la TMT no és suficient per explicar altres comportaments dels nens SA i que els aspectes més afectius no hi estan suficientment contemplats. És el cas de la teoria bi-factorial de l'Empatia-sistematització. En l'extrem de l'empatia, els nens SA tindrien un nivell per sota de la mitjana. Aquesta capacitat que involucra aspectes no només cognitius sinó també emotius, ens possibilita l'adopció de la perspectiva cognitiva dels altres per així accedir a la predicció i comprensió de la seva conducta, de les seves creences, desitjos, emocions i intencions. És un component de la

Intel·ligència Emocional, IE, constructe que Salovey i Mayer (Salovey i Mayer, 1990) van definir com un tipus de Intel·ligència Social, IS: "La intel·ligència emocional és un tipus d'intel·ligència social que implica la capacitat d'observar la pròpia emoció i les emocions dels altres, per discriminar-les i utilitzar la informació per a guiar el nostre pensament i les nostres accions " (Mayer i Salovey, 1993). Aquests autors van dissenyar un model empíric de IE, que ampliaré en el següent apartat, i van conceptualitzar-la com a un conjunt d'habilitats que es poden aprendre, i, més enllà encara, que caldria incloure en el currículum educatiu. En l'altre extrem d'aquest eix, els nens SA tindrien una alta capacitat de sistematització, un procés cognitiu mitjançant el qual podem analitzar, conceptualitzar i abstrere les variables subjacents a la lògica de funcionament de qualsevol sistema, fet que explicaria la focalització d'interessos, les conductes perseverants i la inflexibilitat cognitiva. Fins i tot, dins d'aquesta teoria s'intenta explicar la més alta prevalença de SA entre nens que entre nenes a través de la correspondència d'aquest perfil baix en empatia i alt en sistematització amb les diferències de mida de certes regions cerebrals en el cervell masculí i el cervell femení, amb proves neuro-morfològiques que ho corroborarien (Baron-Cohen, 2010).

Però hi han moltes altres teories sobre el funcionament cognitiu peculiar dels nens SA encara que amb molt menys pes dins del enfoc actual. Majoritàriament difereixen entre elles en aquells aspectes sobre els quals focalitzen. La Teoria de la Coherència Central Dèbil, per exemple, posa la seva atenció sobre les característiques no socials dels TEA i fa referència a un estil particular de processament cognitiu visual i verbal que els portaria a centrar l'atenció més en els detalls que en els aspectes globals i això serviria per explicar la competència desigual en habilitats intel·lectuals que mostren els nens SA (Happé, 1995). Les bases cerebrals d'aquesta coherència central no han estat suficientment estudiades i aquesta teoria, a més, resulta massa parcial, ja que es centra només en l'estil cognitiu que, en tot cas, s'explica millor a través del context més ampli de la Teoria del dèficit executiu. Precisament en el pol oposat de la concepció d'un únic dèficit, es situen molts models que integren algunes de les perspectives anteriors i formulen la existència en els TEA d'un complex cognitiu alterat, que inclouria la TMT, la Coherència central i les disfuncions executives, que donaria lloc a diversos perfils segons la configuració idiosincràtica del grau i jerarquització dels trastorns presents en aquestes funcions (Pellicano et al., 2006). L'alteració múltiple permetria explicar la gran heterogeneïtat però no seria conclouent ni suficient per establir subtipus clínicament clarament operatius. De fet, cada cop més, els estudis experimentals s'estan dissenyant amb el format de cas únic.

Aquesta confusió teòrica, l'anàlisi més detallat de la qual depassa l'objectiu d'aquesta proposta, si que implica, però, tenir certa capacitat d'abstrere els components que comparteixen aquest models i aquells aspectes en que es poden complementar segons els objectius de plantejament de la meua proposta, que és millorar l'adaptació social d'aquests nens per prevenir l'assetjament escolar. La IE i la IS, en aquest sentit es centren fonamentalment en les habilitats necessàries per a una interacció social reeixida i qualsevol estratègia d'intervenció, per tant, ha de adreçar-se des de la comprensió dels seus mecanismes però, sobretot i prioritàriament, a intentar

suplir amb aprenentatge les carències naturals d'aquests nens ja que en depèn el seu desenvolupament intel·lectual i afectiu. Des d'aquest punt de vista, és essencial reiterar per les implicacions que òbviament té, que, tots els dèficits en aquestes habilitats son susceptibles de millora amb una estimulació adient i el més precoç possible, com desenvoluparé més endavant.

2. Revisió teòrica

Podem cercar els antecedents de la IE en els treballs de Howard Gardner sobre les intel·ligències múltiples (Gardner i Hatch, 1989). En aquests treballs aquest autor assenyala que és erroni plantejar la intel·ligència en termes reduccionistes i exclusivament cognitius i que hi han capacitats i comportaments humans que, tot i ser excepcionals, involucren capacitats diferents de les recollides i avaluades amb el CI tradicional. En el seu model contempla vuit intel·ligències modulars, independents entre sí :

- L' Intel·ligència lògica-matemàtica.
- La intel·ligència lingüística.
- La intel·ligència espacial.
- La intel·ligència cinestèsica-corporal.
- la intel·ligència musical.
- La intel·ligència naturalista.
- La intel·ligència interpersonal.
- La intel·ligència intrapersonal.

La intel·ligència interpersonal la subdivideix en lideratge, aptitud per establir relacions, mantenir amistats, capacitat per resoldre conflictes i capacitat per l'anàlisi social. Defineix aquesta intel·ligència com la capacitat per copsar i respondre adientment a les emocions dels altres, entendre les seves motivacions i desitjos. La intel·ligència intrapersonal, ens permetria configurar

una imatge exacta de nosaltres mateixos i utilitzar-la per actuar eficaçment a la nostra vida, comprendria per tant, l'autodisciplina, l'autocomprensió, i l'autoestima. També l'habilitat per controlar les respostes emocionals, el comportament, l'activitat mental i l'estrès personal. Aquest treball enllaçaria amb el del grup de investigació de Salovey i Mayer (Salovey i Mayer, 1990) que, com ja he mencionat en l'apartat anterior van ser els primers a utilitzar el terme IE a l'any 1990 i també els que més han treballat per "prestigiar-la" construint-ne un model teòric robust (Mayer i Salovey, 1997) amb quatre dimensions, auto-percepció, auto-motivació, comprensió de les emocions alienes i regulació, així mateix, han dissenyat la construcció de instruments psicòmètrics d'avaluació, concretament el Trait MetaMood Scale, TMMS. Un aspecte fonamental que es deriva de les investigacions empíriques de Salovey i Mayer sobre la IE i el seu esforç per definir-la, operativitzar-la i avaluar-la, és que, tot i que se'n reconeix una base innata, es considera susceptible de desenvolupament a través d'una adient mediació educativa, és el que anomenen Intel·ligència Emocional Desenvolupada, IED, per posar èmfasi en aquesta visió dinàmica de millora potencial per l'aprenentatge. Els treballs d'investigació, a més donen suport a aquest model de IE "d'habilitat" enfront d'altres existents que posen més èmfasi en els trets de personalitat (Mayer, et al., 2008). En el seu model de desenvolupament dels processos psicològics superiors, Vigotsky (Vigotsky, 1979), assenyala la interacció entre aprenentatge i desenvolupament, el que ell anomena "zona de desenvolupament pròxim", de forma que l'aprenentatge tindria un paper motivacional, seria l'encarregat imprescindible per estimular les capacitats mentals superiors internes del nen quan aquest està interaccionant amb els altres. Aquesta contingència plantejaria la possibilitat de que, malgrat en els nens SA es donés una configuració diferent, aquesta seria igualment sensible a la psicoeducació, doncs, en tant que procés, sempre estaria obert a revisions.

Aquests darrers coneixements ens porten a la reflexió sobre si existeixen estudis validats sobre foment de la IE i IS específicament en nens, i la seva eficàcia. La majoria de les investigacions s'han realitzat en contextos educatius. El moviment SEAL, "Social and Emotional Learning" o com s'ha anomenat a Espanya, Educació Emocional o SocioEmocional, aglutina els resultats de diverses d'aquestes investigacions que aporten dades empíriques sobre la relació entre IE i les relacions interpersonals reeixides (Márquez et al., 2006). Fonamentats en el model i treballs de Salovey i Mayer, en proposen la seva aplicació pràctica en estratègies concretes per l'entrenament d'habilitats bàsiques de IE reivindicant la inclusió dels aspectes emocionals i socials a l'escola. Els beneficis observats en aquells centres que han aplicat estratègies en aquest sentit, serien, segons estudis contrastats (Merrell et al., 2008), millores significatives en el benestar psicològic, en el rendiment acadèmic, en la prevenció de conductes disruptives i en les relacions interpersonals (Extremera i Fernández-Berrocal, 2003). En relació a aquestes, el joc, especialment els jocs en grup i de escenificació o role-playing, seria el medi més eficaç pel disseny aplicat de la IE en les relacions interpersonals doncs en permetria la pràctica, l'observació vicària, l'entrenament i el perfeccionament, per tal que les habilitats emocionals i, dins d'aquestes especialment les interpersonals, esdevinguin de forma natural, part del repertori conductual dels nens a més

d'estimular el control dels impulsos, l'acceptació de normes "consensuades", la tolerància i la intel·ligència intra i interpersonal (Antunes, 2004); és, per tant, un instrument amb un gran potencial psico-educatiu. També Vigotsky defineix el joc com un element potent i rellevant en la potencialitat de la "zona de desenvolupament proper" particular de cada nen (Vigotsky, 1979).

Segons les etapes evolutives de les estratègies socials, de Selman (Selman i Yeates, 1987) i els estadis de la teoria de Piaget (Piaget, 1981), els nens a partir dels sis anys deixen enrere l'etapa egocèntrica i comencen a percebre que els altres poden tenir punts de vista diferents als seus, l'acceptació d'aquest fet passa pel desplegament progressiu fins a la adolescència de la capacitat per poder posar-se en el lloc del altre i l'acceptació de la divergència. En aquest sentit Happé (Happé, 1995) parla de "edat de saviesa metalista". Però d'altres com Baron-Cohen (Baron-Cohen, 2010) situen ja en els 14 mesos les primeres mostres de mentalització. Sigui com sigui, sembla prou coherent pensar que qualsevol l'aplicació d'estratègies educatives tindrà, pel fet de ser el més primerenca possible, un valor afegit.

En el cas dels nens SA, a més, les investigacions demostren, amb tasques experimentals, que el seu desenvolupament en competències en mentalització, i per tant en IE, mostraria un retard respecte als nens "neurotípics" degut a que seguirien "vies alternatives" per a copsar la intersubjectivitat que n'alentirien el procés i en conseqüència se'n veurien afectats els seus comportaments en les situacions en que aquestes competències pragmàtiques entressin en joc (Frith i Happé, 1999). Això seria un factor de vulnerabilitat, a més, per a ser estimagitzats i/o assetjats pels altres nens "neurotípics".

Intentar abordar l'explicació del perquè els nens SA haurien d'utilitzar aquestes vies, es tant com intentar entendre quin seria l'origen dels seus dèficits però aquesta tesi s'escauria, si més no, amb els plantejaments actuals de comprensió cognitivo-biològica del síndrome. Perner (2008) estableix una contingència entre memòria episòdica autobiogràfica i desenvolupament de les capacitats en TMT, teoria de la qual ja he parlat en l'apartat 1. L'explicació estaria en que, darrera la capacitat per recordar experiències personals passades, implícitament hi estarien representades capacitats per fer representacions dels estats mentals, capacitats vinculades també amb la IE. Els nens SA tindrien carències "estructurals" en l'àmbit de la subjectivitat que es manifestarien implícitament en la memòria autobiogràfica, aquestes carències estarien vinculades a la construcció del autoconcepte, la representació temporal i la conceptualització de les experiències (Perner, 2000). Aquests dèficits en l'autorepresentació dificultarien enormement poder donar sentit i continuïtat de forma consistent a les accions dels altres des de la pròpia cognició i haurien de cercar-ne alternatives per a la interpretació amb el consegüent retard (Rivière i Núñez, 1996). Les proves experimentals de Happé (1994), també corroborarien aquesta hipòtesi de la TMT sobre el retard en el desenvolupament en els nens SA, el que explicaria la variabilitat entre individus. Però encara manca molt de treball d'investigació com he reiterat per poder conèixer amb més precisió els mecanismes cognitius i neuroanatòmics subjacents, ja que fins i tot podríem estar com he dit, segons diversos autors,

davant d'un contínuum, però el seu anàlisi detallat i exhaustiu depassa els objectius d'aquest treball més orientat als objectius aplicats que al diagnòstic o la etiologia. Sigui com sigui, a través de tota aquesta teoria se'n desprèn com a fet inqüestionable, la realitat de les persones amb SA, podem copsar que la seva és, des de el naixement, una cursa d'obstacles per entendre's, entendre i fer-se entendre, per interactuar en definitiva adientment amb la disfuncionalitat i estrès cognitiu que implica com he explicat.

Un altre aspecte teòric que sí té força rellevància sobretot des del punt de vista psicoeducatiu i, per tant a tenir en compte en el disseny de la meva proposta és que, les darreres investigacions parlen d'un tipus de pensament de preferència visual en els nens SA. El pensament visual utilitza estratègies visuoespacials en la codificació de la informació (Rudolf, 1998). En algunes persones i en general en els nens amb SA hi ha un predomini d'aquest tipus de pensament sobre el verbal, el visual és un pensament intuïtiu en tant que perceptiu, assimilar i processar imatges representa molt menys esforç que llegir un text, això que seria una avantatge, es gira en contra seva doncs, a l'escola la orientació curricular acadèmica és verbal i aquest fet representa un sobreesforç cognitiu per ells ja que entenen, assimilen i retenen millor la informació que els arriba visualment, de forma qualitativament diferent a com els arriba a l'escola on quasi bé tots els continguts son lingüístics. És cert que els signes lingüístics també son en part imatges, la part gràfica, però la seva funció és simbòlica, representativa, no literal. En relació a això alguns autors (Attwood, 2006) atribueixen aquest perfil de pensament més visual, a la incapacitat dels nens SA per fer conceptualitzacions; això té força rellevància en les habilitats socials ja que implica, que en la majoria dels casos, necessiten establir una correlació entre els conceptes socials i la visió de conductes concretes per poder entendre-les, aquest fet ajudaria a comprendre la seva "lògica" particular de tipus associatiu i dicotòmica, la seva focalització en el present i explicaria també la seva "literalitat", peculiaritat totes elles observades en persones SA, no en totes ni en el mateix grau, doncs com he explicat, la variabilitat individual és molt gran. Però encara molt més important, representen una eina pragmàtica valuosa per poder conèixer quins aspectes son els més adients pel treball psicoeducatiu sigui el que sigui, i per tant, per ajustar-ne les característiques de la proposta:

En aquest sentit existeixen treballs que analitzen les necessitats educatives d'aquests nens des de les peculiaritats del seu estil d'aprenentatge (Carreres et al., 2011). A continuació sistematitzem les principals característiques:

- Aprenen millor amb imatges degut al seu "pensament visual".
- Tenen dificultats per generalitzar les tasques apreses a altres contextos doncs els hi costa trobar el sentit global, abstrure i conceptualitzar. Però tenen en general una gran memòria mecànica en molts casos, és a dir, poden emmagatzemar gran quantitat de dades malgrat tinguin dificultats per utilitzar-les significativa i funcionalment. En tot cas, es

tracta d' una memòria selectiva. En la música, el dibuix i el càlcul, en general, també hi solen tenir aptituds superiors.

- Tenen dificultat per organitzar-se i planificar pel mateix motiu, es a dir, no poden “visualitzar” la tasca a realitzar en conjunt i en conseqüència no en poden descompondre el procés. Això explica també l'estrès que un Asperger experimenta davant una situació on l'exigència d'aquesta visió “abstracta” és alta, es sent perdut enmig de les parts inconnexes sense una “estructura” que els doni un sentit. També es relaciona amb la seva resistència al canvi i n'afecta a la seva motivació i atenció, ja que mentre es poden sentir “focalment” motivats per tasques que estan dins la seva “zona de confort”, que li son gratificants, poden mostrar manca absoluta d'atenció o alta distractibilitat en d'altres que siguin menys motivadores. Alguns autors ho atribueixen als dèficits en les funcions executives (Pérez i Martos 2011).
- Alteracions en la psicomotricitat fina, baixa coordinació motora, dificultats en l'equilibri i malaptesa en l'execució de moviments. Això traduït a les habilitats de la vida diària significa dificultats per a l' escriptura, l'esport, la utilització d'eines i instruments, activitats manuals, vestir-se...entre els estudis que han intentar explicar l'origen d'aquests dèficits motors en els nens SA la més significativa és la Teoria de la Integració Sensorial (Ayres,1966) que els relaciona amb dèficits a nivell perceptivo-sensorial. Aquesta es només una simplificació de la teoria que de forma més amplia estableix una correlació directa entre les destreses motrius i els sentiments de incompetència i baixa autoestima ja que, en influir directament en l'execució de les habilitats de la vida diària, tindria repercussions sobre l'autonomia, l'aprenentatge o les relacions socials.

Aquestes peculiaritats, en el context de l'aula, s'entén que esdevinguin factors de vulnerabilitat a patir assetjament doncs en representar comportaments i actituds “qualitativament diferents ” respecte als altres alumnes, reforçats per la seva inhabilitat per les interaccions socials i la seva incompetència percebuda, augmenten el seu aïllament. En relació a això son diversos els autors que associen l'assetjament escolar que pateixen els nens amb SA amb part de la comorbiditat que sovint s'hi associa principalment els trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim (Pérez i Martos, 2009) que, es tornen més prevalents entre aquests nens a partir de l'adolescència com a resultat de la cronificació d'aquesta situació d'estrès afectivo-emocional. Un estrès que s'explica a través no tant sols de la marginació, rebuig i assetjaments que pateixen sinó del seu sobreesforç constant per poder copsar i generar respostes adaptatives a les convencions i rols socials implícits, dèficits dels quals en son plenament conscients, per una altra banda, a través de la repetició d'experiències d'interacció social negatives quan intenten establir relació amb els altres. D'aquesta manera la seva inhabilitat, esdevé una font constant de frustració, retroalimentant el seu distress. De fet, moltes de les obsessions i fixacions, així com la forta reactivitat emocional que exhibeixen

aquests nens han estat interpretades per diversos autors, sobretot d'orientació psicoanalítica, com una mena de vàlvula de sortida d'aquesta frustració i tensió emocional (Rhode i Klauber, 2004). Cada nen SA, però, és únic i per tant la seva experiència escolar serà també idiosincràtica, amb problemàtiques diverses que dependran de molts factors, alguns individuals i altres de l'entorn ja que l'escola és un sistema. En aquest sentit es cert que qualsevol estratègia d'intervenció repercutirà a totes les parts, però implica també que la realitat dels nens SA a l'escola no vingui tant sols determinada pels seus dèficits, i que hi tingui molt per específic les carències estructurals del propi sistema educatiu, incapaç molts cops d'oferir respostes eficaces a la diversitat, amb una política educativa homogènia, massa insensible sovint a les necessitats educatives especials i peculiaritats individuals. Afortunadament existeixen ja directrius per l'atenció inclusiva; en la Declaració de Salamanca de la Conferència Mundial de la UNESCO sobre alumnes amb necessitats educatives especials, NEE, de 1994, es parla del dret d'aquests alumnes a integrar-se en les escoles ordinàries i a que se'ls ofereixi un currículum flexible però aquest procés forçosament ha d'anar lligat a una formació del professorat per un millor coneixement, en aquest cas del SA, i a proporcionar suport de professionals especialistes als col·legis per tal d'aplicar estratègies educatives adaptades a les seves peculiaritats cognitives. Basades en aquestes, s'han dissenyat guies per a docents sobre el SA (Thomas et al., 2004). Recullen indicacions molt generals sobre qüestions curriculars i de funcionament a l'aula, simplificant recomanen:

- Per a les dificultats atencionals i motivacionals, incorporar les àrees d'interès del nen Sa en les tasques per captar el seu interès, situar-lo en el lloc amb menys estímuls distractors, donar explicacions clares i concises, parlar-li amb un llenguatge directe.
- Per als dèficits en Memòria de Treball i planificació, donar instruccions fraccionant la tasca en passos, emfatitzar la informació rellevant, ajudar-lo a organitzar-se en les activitats.
- Per a les dificultats motrius: adaptar les activitats d'educació física i de plàstica, facilitar materials escolars alternatius a l'escriptura com gravadores, ordinadors...
- Per a augmentar el rendiment acadèmic i en lectoescriptura, aportar suports visuals, resums, estimular la grafomotricitat.
- Transversalment fomentar activitats d'aprenentatge cooperatiu per promoure la interacció social, reforçar positivament els esforços malgrat no s'assoleixin els objectius, explicar a l'aula que és la SA.

3. Problema

De poc serveixen les estratègies i polítiques inclusives si no inclouen mesures adreçades a prevenir fenòmens con l'assetjament escolar, davant la realitat evident que els nens SA son més freqüentment escollits que els altres nens com a objecte de maltractaments per part dels altres alumnes, i que sovint son insultats, agredits físicament, els prenen coses, son coaccionats a realitzar conductes humiliants, son rebutjats quan intenten un acostament... Aquesta qüestió és especialment complexa i no exempta de controvèrsia ja que és difícil establir quines son les variables dependents i independents en aquesta equació. Característiques dels propis centres, espais grans, plens de gent, son també fonts ambientals d'ansietat per les demandes que impliquen en àmbits crítics per als nens SA incrementant la seva autopercepció de ser diferent, de no encaixar i reforcen el seu aïllament. Hi ha una qüestió que representa també una diferència qualitativa respecte a l'assetjament en altres col·lectius. Molt sovint els nens SA degut precisament als seus dèficits en la cognició social, poden tenir un alt grau de tolerància al abús ja que desconeixen els límits del que és acceptable. Això implica que poden tenir dificultats per adonar-se de quan s'han sobrepassat aquests límits i que han de demanar ajut (Attwood, 2000).

Entre les estratègies d'intervenció que s'han proposat per a prevenció de l'assetjament a alumnes SA ni han a tots els nivells, individual, a l'aula, al centre... ja que en una situació d'assetjament hi han diversos actors involucrats: l'assetjador, la víctima, els observadors actius i passius. Des d'una perspectiva sistèmica, però, i amb la revisió teòrica feta, és coherent plantejar que una millor integració amb l'aprenentatge de estratègies socials per part dels nens SA tindria un efecte preventiu ja que en mostrar conductes socialment més adaptatives no serien percebuts i/o rebutjats com a diferents. Per una altra banda els permetria delimitar quines conductes son acceptables i quines no. La psicoeducació en IS i IE, com s'ha vist, en tant que capacitat transversal recolliria aquests plantejaments i, a més, podria actuar de forma compensatòria.

4. Objectius i/o hipòtesis

Objectiu General:

Disseny d'un programa d'intervenció psicoeducativa orientada a la IS i la IE adreçada a nens amb SA per aconseguir un millor ajustament i integració dels nens a l'escola.

Objectius Específics:

1. Identificar les especificitats cognitives dels nens amb SA, considerant la variabilitat individual, per incorporar-les al programa.
2. Descriure contextos possibles d'aplicació del programa, per complementar-lo amb activitats mixtes obertes a la participació de nens sense SA.

Hipòtesis:

1. Si el programa té efectes psicoeducatius, segons l'objectiu general, hi haurà una millora en la interacció social entre els nens SA.
2. La millora en la interacció social entre els nens SA s'espera que suposi una major acceptació d'ells per part dels nens neurotípics.

5. Propòsit de la intervenció

El propòsit final de la intervenció doncs és estimular les capacitats socio-emocionals de nens amb SA en edat escolar a través d'un programa psicoeducatiu grupal basat en les històries socials, i el role-playing. Aquest programa s'estructurarà temàticament, en cada sessió es treballaria una temàtica concreta socio-emocional. Es complementaria amb un taller de cuina en grups mixtos, és a dir amb nens SA i nens neurotípics, es tractaria de plats que no necessitarien fogons per a la seva elaboració, amb la finalitat de que es poguessin utilitzar diferents espais per realitzar-lo i per evitar possibles accidents donades les dificultats en la motricitat fina dels nens SA. La cuina permet el treball de la planificació, és una activitat susceptible de ser altament estructurada i permet la interacció i la col·laboració entre iguals amb un resultat final objectivable i gratificant. El més important és l'orientació pragmàtica, l'objectiu és aconseguir que treballant sobre situacions socials "reals", que viuen en el dia a dia, per una banda puguin desenvolupar aprenentatges

compensatoris en habilitats socials, que aquestes habilitats millorin la convivència a l'escola entre nens SA i nens neurotípics i per tant previngui l'assetjament. Per una altra banda es pretén aconseguir que els nens no SA coneguin millor als nens SA i hi interactuïn evitant així el rebuig i el seu aïllament. Finalment es cerca que s'ho passin bé, que en gaudeixin, amb això pretenem aconseguir que participar-hi sigui motivant per ells.

6. Mètode

6.1 Disseny de la intervenció

Segons l'objectiu general plantejat, seguint el model sobre les dimensions de IE de Salovey i Mayer (Salovey i Mayer, 1990), en la intervenció s'haurien de treballar, l'auto-percepció, auto-motivació, la comprensió de les emocions alienes i la regulació. Per una altra, aquest autors situen la IE dins de la IS, que seria un constructe més ampli. Si atenem al model de intel·ligència interpersonal de Howard Gardner (Gardner i Hatch, 1989), que la defineix, com hem vist com la capacitat per copsar i respondre adientment a les emocions dels altres, les tasques que es proposin hauran de recollir també aquests constructe més relacionat amb la IS. El disseny de la intervenció i les tasques que es proposin doncs hauran de intervenir sobre les capacitats vinculades a totes aquestes dimensions per a ser coherent amb els objectius i les hipòtesis plantejades i amb la seva operativització de cara l'avaluació dels resultats, segon recull la taula 1:

Taula1. Operativització de les dimensions en IE (Salovey i Mayer, 1990) i Intel·ligència Interpersonal (Gardner i Hatch, 1989)

		DIMENSIONS	CAPACITATS	TASQUES
INTEL·LIGÈNCIA SOCIAL	INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL	Intel·ligència interpersonal	Habilitats Socials	Establir i mantenir relacions Habilitats conversacionals Assertivitat
		Auto-percepció	Atenció a les emocions	Conèixer les pròpies emocions, les emocions guien la nostra conducta
		Auto-motivació	Autoestima Autoconcepte	Reforçar positivament Dels errors s'aprèn
		Comprensió emocions dels altres	Empatia	Reconèixer les expressions de les emocions i anticipar que pensen
		Regulació	Auto-control	Tolerar el fracàs Termòmetre de les emocions Relaxació

Aquestes tasques es distribuïran en diferents sessions, una per setmana, per poder treballar totes les capacitats i és plantejaran els temes de les sessions i les socio-dramatitzacions segons es mostra en la taula 2:

Taula 2. Distribució de sessions segons les capacitats a treballar i temes a tractar en cadascuna

	CAPACITATS	SESSIONS	TASQUES	TEMA DRAMATITZACIÓ
INTEL·LIGÈNCIA SOCIAL INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL	Habilitats Socials	1	Establir i mantenir relacions	Saludar, presentar-se, acomiadar-se.
		2	Habilitats conversacionals	Iniciar una conversa, mantenir una conversa, to de veu, mirar als ulls.
		3	Assertivitat	Defensar els meus drets educadament. Dret a dir no.
	Atenció a les emocions	4	Conèixer les pròpies emocions	Com em sento i perquè.
		5	Les emocions guien la nostra conducta	El que sento ve dels meus pensaments. El que faig ve del que sento
		6	Reforçar positivament	L'important és l'esforç no el resultat.
	Autoestima Autoconcepte	7	Dels errors s'aprèn	Quan alguna cosa em surt malament ja sé el que tinc que fer un altra vegada
		8	Reconèixer les emocions dels altres	Identificar les emocions dels altres per les expressions facials
	Empatia	9	Anticipar el que pensen els altres	El que fan els altres ve de les seves emocions. Les emocions que veig en els altres em diuen que pensen
		10	Tolerar el fracàs	Si una cosa no em surt bé no m'enfado. Tothom comet errors
	Auto-control	11	Termòmetre de les emocions	Les emocions poden ser menys o més fortes. El termòmetre d'emocions m'ajuda a dir com son.
		12	Relaxació	Aprendre a relaxar-se m'ajudarà en moments que ho necessiti i també a concentrar-me

Aquestes sessions es realitzaran exclusivament amb nens diagnosticats SA. Com a part del programa, es realitzarà també un taller de cuina setmanal obert als nens que no son SA que desitgin participar-hi. L'objectiu d'aquest taller és promoure la pràctica de les habilitats en IE i IS treballades, al marge de les sessions, en un entorn no tant estructurat i amb altres nens.

6.2 Participants

Els criteris per poder participar en el programa son: haver estat diagnosticat de SA i cursar el segon o tercer cicle d'educació primària, que es correspon a una franja d'edat d'entre 8 a 12 anys. La selecció es farà a través de les diferents associacions Asperger del territori. Es poden organitzar unes xerrades en les mateixes associacions, adreçades als pares per explicar el programa i els seus objectius, especificant que és un programa fonamentat en les bases teòriques i empíriques existents però de nova implantació i que, per tal d'avaluar-ne l'eficàcia, se'ls demanarà a aquells pares que mostrin interès a participar-hi que acceptin l'aplicació de instruments d'avaluació als seus fills, però que en tot cas, prèviament, se'ls demanarà els consentiment, se'ls explicarà l'objectiu i en que consisteix cada instrument. Se'ls oferirà la oportunitat perquè preguntin el que desitgin i la nostra disponibilitat per que puguin contactar amb nosaltres per demanar qualsevol aclariment o suggeriment.

Els grups, seran de quatre nens, ja que grups més grans serien potencialment estressants i podrien sentir-se incòmodes donades les seves carències en IS. Les sessions també serien massa complicades i difícils d'estructurar amb un nombre més gran. Un cop configurats els grups, s'haurà de contactar amb les escoles d'aquests nens i explicar a la direcció del centre i als professors de les aules que tinguin nens participants en el programa, en què consisteix i quins son els objectius en relació al benestar d'aquests nens i

el seu millor ajustament a l'escola. En aquest sentit se'ls explicarà i se'ls oferirà informació sobre la SA i les investigacions que s'han fet sobre la seva vulnerabilitat a patir assetjament. Se'ls donarà l'oportunitat perquè expliquin la seva experiència en aquest sentit. En tant que és un programa nou se'ls demanarà consentiment per participar, en qualitat d'observadors participants, per tal d'avaluar la eficàcia psicoeducativa del programa, donat que consideren ,el seu, un punt de vista privilegiat i de gran valor. Se'ls indicarà que per dur a terme aquesta observació se'ls proporcionaran unes pautes sobre què observar i com registrar-ho ja que després del programa hauran de respondre a una entrevista en referència a aquests observacions, que serà gravada per a un posterior anàlisi.

En el taller de cuina poden participar també nens que no tinguin diagnòstic de SA del mateix perfil escolar, en un nombre indeterminat doncs les places que s'oferiran seran limitades i aniran en funció del nombre de nens SA inscrits fins a completar un màxim de vuit nens per grup. S'aprofitarà la xerrada amb els docents per explicar el taller de cuina, què es pretén amb aquesta activitat i proposar així mateix la possibilitat de poder oferir la participació en el taller a tots els nens de l'escola de la mateixa franja d'edat que ho desitgin.

6.3 Instruments

Guió de les temàtiques:

El programa utilitza el guió de temàtiques i sessions exposats en la taula 2. Però el desenvolupament d'aquests guions no està predeterminat doncs s'elaboraran conjuntament amb els nens, seguint el model de les "Històries Socials" de Carol Gray (Gray i Garand,1993). Les històries s'escriuen segons les experiències i suggeriments dels nens al voltant de les situacions que es plantegen en el tema de la sessió, en primera persona i sempre en estil positiu, es a dir, centrat en els comportaments adequats i no tant en els que cal evitar. El fet que s'escriuin conjuntament permet incorporar els propis interessos dels nens. El terapeuta ha de ajudar a "traduir" a un format de història les indicacions dels nens, utilitzant, segons el model, quatre tipus d'oracions:

- Oracions descriptives: detallen on passa l'acció, qui hi ha involucrat, que fa estem i perquè . Descriuen l'entorn, presenten als personatges de la història i el seu paper en la mateixa intenten explicar els seus comportaments.

- Oracions de perspectiva: son afirmacions que detallen els estats interns de les persones. Poden descriure un estat físic o desitjos, el punt de vista de les persones implicades, els seus sentiments i pensaments, les seves motivacions.

- Oracions directives: son afirmacions que defineixen directament el que s'espera com a resposta en una situació social determinada. Donada la literalitat del pensaments d'aquests nens, son especialment útils.

-Oracions de control: son afirmacions escrites pel nen per identificar estratègies útils per recordar el maneig de la situació exposada en la història , com ara analogies amb els seus interessos.

S'utilitza un format digital per fer la gravació de les dramatitzacions que resulten de les històries.

Instruments d'avaluació:

1. En l'avaluació dels efectes psicoeducatius del programa en els nens SA en referència a la IE, s'utilitza una metodologia quantitativa, el Trait Meta-Mood Scale-24, TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004), que com he explicat abans és l'adaptació al espanyol del Trait Meta- Mood Scale de Salovey et al., (1995). L'escala original és una escala de 48 ítems. La TMMS-24 conté tres dimensions claus de la IE amb 8 ítems per cadascuna d'elles:
 - Atenció: sóc capaç de sentir i expressar els sentiments de manera adient. S'avalua a través de la resposta als ítems del 1 al 8
 - Claredat: comprenc be els meus estats emocionals. S'avalua a través de la resposta als ítems del 9 al 16
 - Reparació: sóc capaç de regular els estats emocionals adientment. S'avalua a través de la resposta als ítems de 17 al 24.

Per a corregir i obtenir la puntuació en cada una de les dimensions es sumen els ítems per a cadascuna i es comparen amb les puntuacions de tall estimades per a nens i per a nenes, doncs els barems son diferents per a cada grup., segons es mostra a la taula 3:

Taula 3. Barems del TMMS-24

	NENS	NENES
ATENCIÓ	Poca: ≤ 21	Poca: ≤ 24
	Adient: 22-32	Adient: 25-35
	Massa: ≥ 33	Massa: ≥ 36
COMPRESIÓ	Baixa: ≤ 25	Baixa: ≤ 23
	Adient: 26-35	Adient: 24-34
	Excel·lent: ≥ 36	Excel·lent: ≥ 35
REGULACIÓ	Baixa: ≤ 23	Baixa: ≤ 23
	Adient: 24-35	Adient: 24-34
	Excel·lent: ≥ 36	Excel·lent: ≥ 35

2. En l'avaluació dels efectes psicoeducatius del programa sobre la IS, és a dir les habilitats socials i per tant, segons les hipòtesis plantejades, sobre la interacció social, dels nens SA, s'ha optat per una metodologia de perfil més qualitatiu, quasi "etnogràfic", la observació participant per part dels professors i una entrevista no directiva sobre les observacions. S'ha determinat així per varis motius:

- La variabilitat individual i del context. La heterogeneïtat és, segons la revisió teòrica feta, una de les característiques de la SA, és esperable doncs que el punt de partida dels nens sigui diferent, uns tinguin menys dèficits que altres, personalitats diferents també. Així mateix la resta d'alumnes poden tenir diferents actituds cap als seus companys SA. Cada aula doncs és un sistema peculiar. Els instruments d'avaluació, per tant, segons els nostres objectius, han de prioritzar la flexibilitat, per sobre de la replicabilitat.
- La reactivitat. Si l'observació es duu a terme per observadors aliens es corre el risc de la seva presència dins de l'aula distorsioni la dinàmica espontània i esbiaixi l'observació.
- Biaix del observador. Els professors coneixen els nens i saben com es comporten habitualment a l'aula, quines son les seves particularitats, formen part del sistema, és per tant el seu , malgrat no siguin observadors entrenats, un punt de vista privilegiat per poder avaluar si hi han hagut o no canvis significatius en les pautes d'interacció. La subjectivitat en les apreciacions és per tant desitjable en tant que ens permet arribar a les dinàmiques internes d'aquest sistema.
- Simplicitat i interferència. L'observació participant feta pels professors no resulta costosa ni econòmica ni materialment, però cal que tampoc ho sigui ecològicament. Els nens han de continuar les seves tasques escolars amb normalitat i el fet de col·laborar ha de suposar la mínima sobrecàrrega possible per als professors.

Per a registrar les observacions se'ls proporcionarà als professors un full de registre que es reproduïx en la taula 4:

Taula 4. Full de registre de les observacions

FULL DE REGISTRE

NOM ALUMNE: CURS: ESCOLA: NOM PROFESSOR:			
DATA	NOVES CONDUCTES D'INTERACCIÓ DEL ALUMNE CAP ALS COMPANYYS	NOVES ACTITUDS DELS COMPANYYS CAP A L'ALUMNE	COMENTARIS

INDICACIONS:

Noves conductes d'interacció del alumne cap als companys: Anotar aquells comportaments de interacció que inicia l'alumne i que representen una novetat en el seu repertori.

Noves actituds dels companys cap a l'alumne. Anotar aquelles actituds dels companys cap a l'alumne que representen una novetat respecte a les actituds que han tingut fins ara.

La entrevista post-intervenció amb els docents tindrà un format no directiu, que s'iniciarà amb una pregunta oberta per part del entrevistador i, a partir d'aquí se intentarà que el professor s'expressi lliurement. L'entrevista es gravarà, com ja s'ha indicat, previ consentiment.

Pel que fa al taller de cuina, s'han escollit de les receptes del web <http://faros.hsjdbcn.org> que es poden veure al link: <http://faros.hsjdbcn.org/ca/tema/cocinar-ninos> i de les quals es faran fotografies en mida gran per donar als nens i que tinguin un model visual del que han de elaborar, son receptes que no requereixen cuinar amb fogons ja que tots els ingredients son en cru i que tenen una presentació força divertida i creativa.

6.4 Procediment

El programa constarà de dotze sessions de 60 minuts de durada i de periodicitat setmanal.

Primera sessió:

L'estructura de la primera sessió serà una mica diferent a la resta ja que els nens encara no es coneixen ni coneixen al terapeuta. En aquesta sessió inicial els nens retallaran un cercle de cartolina del color que escullin i hi escriuran el seu nom, després se l'enganxaran a la roba. El terapeuta els proposarà el tema d'aquesta primera sessió que és : "Saludar, presentar-se, acomiadar-se". Llavors els preguntarà individualment quins comportaments creuen que son els cal fer en relació a aquest tema i les situacions socials en

les que es necessiten, Anirà anotant aquells que siguin correctes en una pissarra (clau positiva), en primera persona. Llavors els demanarà que imaginem que tornem a estar al inici de la sessió i que fent servir el que hem anotat a la pissarra hem de fer el guió d'una pel·lícula, que després gravarem i en la que son els protagonistes, sobre uns nens que es trobem per primer cop en una aula. El terapeuta anirà donant forma a aquest guió segons els suggeriments dels nens i guiant-los en els seus dubtes. Un cop enllestida la història els nens sortiran fora i tornaran a entrar, i aquest cop representaran la història. El terapeuta els gravarà i després tots junts miraran la gravació i comentaran els que vulguin de l'experiència. Després el terapeuta farà un esquema-guia de les conductes apreses a la pissarra i els nens el copiaran al seu quadern. Aquestes conductes apreses el primer dia les repetiran tots els dies al arribar a la resta de sessions.

La llista dels temes de les sessions, inclòs aquest primer que hem descrit serà:

1. Saludar, presentar-se, acomiadar-se.
2. Iniciar una conversa, mantenir una conversa , to de veu, mirar als ulls.
3. Defensar els meus drets educadament. Dret a dir no.
4. Com em sento i perquè.
5. El que sento ve dels meus pensaments. El que faig ve del que sento.
6. L'important és l'esforç, no el resultat.
7. Quan alguna cosa em surt malament ja sé el que tinc que fer un altre cop.
8. Identificar les emocions dels altres per les expressions facials.
9. El que fan els altres ve de les seves emocions. Les emocions que veig en els altres em diuen que pensen.
10. Si una cosa no em surt bé no m'enfado. Tothom comet errors.
11. Les emocions poden ser menys o més fortes. El termòmetre de les emocions m'ajuda a dir com son.
12. Aprendre a relaxar-me m'ajudarà en moments que ho necessiti i també a concentrar-me.

El terapeuta utilitzarà aquest pre-guió introductori per plantejar les històries de cada sessió i en algunes sessions materials visuals:

1. Saludar, presentar-se, acomiadar-se: "avui és el primer dia d'escola, arribo a la classe nova i hi han tres nens que no conec i que no em coneixen, jo..."
2. Iniciar una conversa, mantenir una conversa , to de veu, mirar als ulls: "Estic a l'escola, la professora ens ha demanat que fem un treball, no recordo quin material hem de portar, els tres nens que hi ha al meu davant van a la meva classe, els ho podria preguntar, jo..."

3. Defensar els meus drets educadament. Dret a dir no: “Estic a l’escola, aquell nen ahir em va demanar el bolígraf i no me’l va tornar, ara me’l demana altre cop , jo...”
4. Com em sento i perquè: “estic a l’escola, volia sortir al pati però ens han castigat a tots perquè un nen s’ha portat malament, jo...”
5. El que sento ve dels meus pensaments. El que faig ve del que sento: ”estic a l’escola, penso que la mestra no em fa cas perquè l’altre dia no em va contestar, jo em sento...llavors ...”
6. L’important és l’esforç, no el resultat: “estic a l’escola, m’he estat molta estona fent-lo però el dibuix no m’ha sortit tant bé com al nen del costat, però la mestra em felicita perquè...”
7. Quan alguna cosa em surt malament ja sé el que tinc que fer un altre cop: “estic a l’escola, m’he equivocat de dia i no he portat el llibre de matemàtiques, a l’agenda tinc un quadre amb els horaris, ara cada dia jo...i així no...”
8. Identificar les emocions dels altres per les expressions facials: “estic a l’escola, puc observar expressions en la cara dels nens. Si m’hi fixo a través d’aquestes expressions puc saber que senten, ahir Joan va caure i es va fer mal al genoll, ho se per que li sortia sang i per la cara que feia, que era...i si hagués estat content...o trist...o enfadat...o si tingues por...o fàstic...sorpresa...vergonya...orgull... puc pensar en coses que el podrien haver fet sentir d’aquestes maneres...”

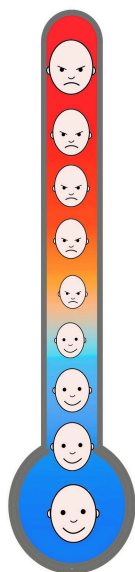
Figura 1. Reconeixement facial d’emocions



Font: <http://espanol.istockphoto.com/royalty-free>

9. El que fan els altres ve de les seves emocions. Les emocions que veig en els altres em diuen que pensen: “ Estic a l’escola, Joan ha donat una puntada de peu a la taula, crec que esta...per que he vist que...”
10. Si una cosa no em surt bé no m’enfado. Tothom comet errors: “Estic a l’escola, a Laura li ha caigut la pilota quan jugàvem a basquet però no s’ha enfadat per que a tots ens passa , a mi quan em passi...”
11. Les emocions poden ser menys o més fortes. El termòmetre de les emocions m’ajuda a dir com son: En aquesta activitat els nens treballaran amb unes làmines on es representen estats emocionals de diversa intensitat, en la figura 2 hi ha la làmina corresponent a “estic enfadat”. En aquestes imatges els nens hauran de triar una emoció i inventar-se una història on hi surtin diverses intensitats d’aquesta emoció identificant-ne el motiu.

Figura 2. Termòmetre de les emocions



12. Aprendre a relaxar-me m’ajudarà en moments que ho necessiti i també a concentrar-me: “ estic a l’escola arribo i han canviat les taules de lloc, no m’agraden els canvis i estic posant-me nerviós, jo puc...”

Al inici de cada sessió es preguntarà als nens si han tingut ocasió de practicar el que van treballar en la anterior i s’hi han tingut alguna dificultat o en alguna situació s’han sentit confosos. S’analitzarà entre tots i es pot fer

un script social sobre el tema. Un script social consisteix a descompondre un situació social concreta en seqüències pas a pas per tal de fer un ràpid repàs de les estratègies a utilitzar.

El taller de cuina es realitzarà un cop per setmana mentre duri el programa, es a dir durant 12 setmanes.

Abans de començar el programa i també després del programa, per fer la comparativa pre i post intervenció i estimar-ne l'aplicació, els nens seran avaluats amb el TMMS-24. Així mateix es demanarà als seus professors que registrin les seves observacions per poder copsar si han observat millores en les conductes dels alumnes que no son SA cap als SA i en les habilitats d'interacció d'aquests darrers. Se'ls indicarà que cal que observin i que anotin qualsevol canvi, respecte a les conductes pre-intervenció, en les pautes d'interacció dels nens SA i de les actituds dels seus companys cap a ells, és important remarcar el concepte de canvi per poder establir-ne la correlació amb l'efectivitat del programa. L'objectiu de les anotacions informals és servir de recordatori i per veure l'evolució en el temps paral·lelament a la participació en el programa ja que sobre aquestes observacions es realitzarà la entrevista posterior que s'iniciarà amb una pregunta oberta per part del entrevistador sobre si consideren que, segons les observacions realitzades, hi ha hagut variació i en quin sentit si s'escau, en les conductes dels nens SA, en les iniciatives per interaccionar amb els altres nens, en la participació en els jocs, en les habilitats conversacionals...també si hi ha hagut cap variació i en quin sentit en les actituds dels nens que no son SA cap als que sí, sempre prenent com a referència les conductes pre-intervenció. A partir d'aquí se'ls donarà llibertat perquè facin les observacions que els docents vulguin fer al voltant de l'experiència, informació que pot ser útil per futures revisions del programa psicoeducatiu. L'entrevista serà gravada per poder analitzar-la amb profunditat.

7. Resultats

Un cop comparades les dades pre-intervenció i post-intervenció provinents de l'avaluació feta als nens amb SA amb el TMMS-24 i realitzades les entrevistes als professors, els resultats que serien desitjables per poder afirmar l'efectivitat psicoeducativa del programa d'intervenció, és a dir, segons l'objectiu general, per a afirmar que s'ha aconseguit una millora significativa del ajustament i integració dels nens SA a l'escola, serien, segons les hipòtesis plantejades:

- Una millora significativa en les habilitats de processament emocional dels nens participants, perceptible a través d'unes puntuacions més altes en les puntuacions post-intervenció en comparació a les puntuacions en l'avaluació pre-intervenció, en els tres factors del

TMMS-24: atenció als sentiments, claredat emocional i reparació dels estats d'ànim. En la revisió teòrica feta ja s'ha assenyalat que el TMMS-24 és un qüestionari fonamentat empíricament en el marc teòric proposat per Salovey et al. (1995) per a l'avaluació de la IE.

- Una millora significativa en la interacció social dels nens SA, ja que, segons el model de Salovey et al. (1995), la millora en les capacitats de IE, a més de repercutir en la millora en la capacitat per percebre, comprendre i maneig de les emocions pròpies, és extrapolable a una millora en la percepció, comprensió i maneig en les emocions alienes ja que com els mateixos autors asseguren, el seu model s'estructura a partir del constructe de Intel·ligències Interpersonal i Intrapersonal de Gardner (Gardner i Hatch, 1989). Aquesta millora significativa també ha de ser corroborada per les observacions fetes pels docents i expressades en l'entrevista post-intervenció.
- Una millora significativa de l'acceptació dels nens no SA cap als nens SA, perceptible també a través de les apreciacions fetes pels docents en les entrevistes basades en les seves observacions durant la fase d'aplicació del programa psicoeducatiu.

8. Conclusions

Si els resultats obtinguts van el sentit esperat, es a dir que confirmen que hi ha hagut una millora rellevant en l'ajustament i integració social a l'escola dels nens SA, si més no en un nombre proporcionalment significatiu dels participants, millora que seria, a més, corroborada per les apreciacions dels seus professors, llavors podríem concloure que:

- El programa psicoeducatiu dissenyat per a la intervenció ha assolit el seu objectiu general i també els específics en tant que recull en la metodologia d'intervenció les especificitats cognitives i la variabilitat individual dels nens SA.
- Aquest assoliment permet confirmar les hipòtesis plantejades doncs els resultats obtinguts reflecteixen una millora significativa de la interacció social del nens SA i una millor acceptació d'ells per part dels nens neurotípics.

- Son coherents els resultats amb la recerca teòrica feta i confirmen els postulats del model de IE de Salovey i Mayer (Salovey i Mayer,1990) , que a més, convergeixen amb els constructes de Howard Gardner intel·ligència intrapersonal i interpersonal, del seu model de les intel·ligències múltiples (Gardner i Hatch, 1989), i que, a partir de aquí, és coherent afirmar que, tal i com els seus autors asseguren la IE formaria part de una intel·ligència més amplia, la IS.
- El TMMS-24 seria un bon instrument psicomètric per avaluar les capacitats en IE en relació al model de Salovey i Mayer (Salovey i Mayer,1990).
- La IE i la IS es confirmaria que son sensibles a l'estimulació, d'acord també amb la revisió teòrica feta.

El programa de intervenció psicoeducativa finalment creiem que, de confirmar-se els resultats previstos, aporta un model de intervenció molt dinàmic i molt plàstic en comparació a altres programes ja que atorga als nens participants un paper molt determinant en el procés de configuració del mateix programa. Si és cert que creiem que, precisament per això, el programa perd cert rigor empíric, però creiem que val la pena suplir-ho amb un major rigor en la preparació i professionalitat dels terapeutes, doncs la capacitat per flexibilitzar el programa segons les diferents "realitats Asperger", és precisament el seu punt fort. Pensem que incloure classes de cuina mixtes son una iniciativa innovadora també i que aporta un component que cap intervenció adreçada a nens hauria de menystenir, la diversió, i que aquesta en cap cas és incompatible amb la rellevància de les habilitats que permet treballar, en coherència també amb la revisió teòrica feta sobre el poder psicopedagògic del joc.

9. Discussió

Les conclusions a les que la realització d'aquesta proposta de programa psicoeducatiu en IE i IS per a nens SA en permet arribar, son vàries. Per una banda, que amb programes d'intervenció com el es proposa aquí si bé es poden treballar aptituds generals que, segons coincideixen les investigacions actuals estan constitucionalment alterades en la SA, ni tant sols en aquestes aptituds hi ha la uniformitat suficient, en base a la recerca teòrica exhaustiva que s'ha fet, per poder prescindir de treball individual complementari de la problemàtica específica de cada nen amb SA. Així mateix la complexitat i heterogeneïtat d'aquesta síndrome fan totalment contra-intuïtives les estratègies unidimensionals. Aquest punt enllaça amb la necessitat de continuar investigant, doncs un altra de les conclusions és la gran confusió

teòrica que hi ha al voltant de la SA encara i que en certa mesura ha representat una complicació afegida en la realització d'aquest treball. La poca quantitat de instruments i estudis empírics sobre la IE i IS, per a nens especialment, també ha fet complicat el plantejar com avaluar l'eficàcia psicoeducativa del programa i és que existeixen encara poques investigacions que tractin d'esclarir en que consisteixen i com es desenvolupen les competències emocionals, en línia amb aquesta realitat hi han relativament pocs materials per a la pràctica educativa validats i poca divulgació dels que hi han.

Per tot el que s'ha exposat, resulta evident que el plantejament de la proposta tenia un repte important al davant i en aquest sentit, encara que s'ha pogut desenvolupar un disseny amb propostes prou interessants i fonamentades, si és cert que caldria un major aprofundiment en els mecanismes a través dels quals la IE és relaciona amb l'ajustament socio-escolar, ja que son pocs els programes existents actualment per al entrenament d'habilitats socials en el context educatiu, un camp en el qual es requereix continuar investigant. Una de les principals dificultats que ha representat l'elaboració d' aquesta proposta ha estat relacionada precisament amb això, ja que de la manca d'instruments que s'ha assenyalat es deriva, òbviament la manca de dades empíriques.

La combinació de instruments quantitius i qualitius en la proposta d'avaluació dels resultats, però, sembla representar una bona estratègia per poder analitzar les dinàmiques sistèmiques de l'aula, al mateix temps, però, requereix de terapeutes entrenats en l'entrevista qualitativa i en la seva anàlisi, lo qual pot incrementar els costos en termes professionals, materials, de temps i, consegüentment econòmics.

Finalment, en l'altre sentit però, si és cert que s'ha posat de manifest a través de la recerca teòrica, l'interès que actualment existeix per les teories de la IS i IE, especialment, lo qual fa previsible un augment de les investigacions. Així mateix la cada cop més gran sensibilitat al voltant dels TEA, pronostica l'increment de propostes psicoeducatives emmarcades en el model escolar inclusiu que s'entén actualment com el més vàlid per a afavorir la integració d'aquest nens, propostes que forçosament hauran d'abordar les habilitats en IE i IS i que passaran ineludiblement per afrontar l'assetjament escolar. Des d'aquest punt de vista la proposta de programa psicoeducatiu que aquí es planteja representa una modesta però digna contribució.

10. Referències bibliogràfiques

Antunes, C. A. (2004). *Juegos para estimular las inteligencias múltiples*. Narcea Ediciones.

Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de Asperger. *Revista de Neurología clínica*, 1, 34-44.

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed, revisión del texto. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría; 2000.

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 117(1), 76-136.

Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger autism. *Child Development*, 71, 2, 447-456.

Attwood, A. (2006). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.

Ayres, A. J. (1966). Interrelationships among perceptual-motor functions in children. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 20(2), 68.

Baron-Cohen, S. (2010). Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism. *Progress in brain research*, 186, 167-175.

Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E., i Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500-509.

Baron-Cohen, S., i Swettenham, J. (1997). Theory of mind in autism: Its relationship to executive function and central coherence. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 880-893.

Becerra, T. A. (2013). Perinatal Risk Factors and Autism in Los Angeles County: The Role of Air Pollution, Maternal Race/Ethnicity and Nativity.

Brackett, M. A., i Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18(Suplemento), 34-41.

Caballero, R. (2008). Síndrome de Asperger. *sejería d*, 6.

Carreres, A. L., Lledó, G. L., i Baeza, J. P. (2011). Las necesidades del alumnado con síndrome de Asperger: orientaciones y propuestas desde la innovación inclusiva. In *La práctica educativa en la Sociedad de la Información: Innovación a través de la investigación* (pp. 243-254). Editorial Marfil.

Cerezo, F. (2000). BULL-S. Test de Evaluación de la Agresividad entre Escolares. *Manual de referencia. Bizcaia: Grupo ALBOR-COHS*.

Casas, A. M., Gámez, E. V. A., i Soriano, M. (2000). *Evaluación e intervención psicoeducativa en dificultades de aprendizaje*. Ediciones Piramide.

Delgado, L. C., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., i Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*, 5(1), 77-90.

Extremera, N., i Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, 332, 97-116.

Echeburúa, E., Salaberría, K., i Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger's syndrome: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34: 1327-50.

Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., i Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.

Frances, A., i Batstra, L. (2013). Why so many epidemics of childhood mental disorder?. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(4), 291-292.

Frith, U. (Ed.). (1991). *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge University Press.

Frith, U., i Happé, F. (1999). Theory of Mind and Self-Consciousness: What Is It Like to Be Autistic?. *Mind & Language*, 14(1), 82-89.

Gardner, H., i Hatch, T. (1989). Educational implications of the theory of multiple intelligences. *Educational researcher*, 18(8), 4-10.

Gray, C. A., i Garand, J. (1993). Social stories: Improving responses of individuals with autism with accurate social information. *Focus on Autistic Behavior*, 8, 1-10.

- Happé, F. G. (1994). Wechsler IQ profile and theory of mind in autism: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1461-1471.
- Happé, F. G. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child development*, 66(3), 843-855.
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., ... i Posada, M. A. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-45.
- Johnstone, L. (2006). Controversies and debates about formulation. *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*, 208-231
- Leslie, A. M., i Thaiss, L. (1992). Domain specificity in conceptual development: Neuropsychological evidence from autism. *Cognition*, 43(3), 225-251.
- Lozoya, J. M. (2010). Síndrome de Asperger: causas, síntomas y características.
- Márquez, P. G. O., Martín, R. P., i Brackett, M. A. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema*, 18(Suplemento), 118-123.
- Martos-Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*, 42, 99-101.
- Mayer, J. D., i Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- Mayer, J. S., i Salovey, Y. P. (1997): What is emotional intelligence. *Emotional Development and Emotional Intelligence: implications for educators*, 3-31.
- Mayer, J. D., Salovey, P., i Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits?. *American psychologist*, 63(6), 503.
- Merrell, K. W., Juskelis, M. P., Tran, O. K., i Buchanan, R. (2008). Social and emotional learning in the classroom: Evaluation of strong kids and strong teens on students' social-emotional knowledge and symptoms. *Journal of applied school psychology*, 24(2), 209-224.
- Piaget, J. (1981). La teoría de Piaget. *Infancia y Aprendizaje*, 4(sup2), 13-54.
- Pellicano, E., Maybery, M., Durkin, K., i Maley, A. (2006). Multiple cognitive capabilities/deficits in children with an autism spectrum disorder: "Weak" central coherence and its relationship to theory of mind and executive control. *Development and psychopathology*, 18(01), 77-98.

Pérez, P., i Martos, J. M. P. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurologia*, 2009, vol. 48, num. Supl. 2, p. 31-34.

Pérez, P., i Martos, J. M. P. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurologia*, 2011, vol. 52, num. Supl 1, p. S147-S153.

Perner, J. (2000). Memory and theory of mind. *The Oxford handbook of memory*, 297-312.

Premack, D., i Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(04), 515-526.

Rivière, Á., i Núñez, M. (1996). *La mirada mental: desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales*. Aique.

Rhode, M., i Klauber, T. (Eds.). (2004). *The many faces of Asperger's Syndrome*. Karnac Books.

Rudolf, A. (1998). El pensamiento visual. *Editorial GG. Barcelona*.

Salovey, P.-Mayer, J.D. (1990): Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., i Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure, and health*, 125, 154.

Selman, R. L., i Yeates, K. O. (1987). Childhood social regulation of intimacy and autonomy: A developmental-constructionist perspective.

Sofronoff, K., Dark, E., i Stone, V. (2011). Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome. *Autism*, 1362361310365070.

Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S., Streiner, D. L., i Wilson, F. (1995). Asperger's syndrome and autism: Differences in behavior, cognition, and adaptive functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1662-1671.

Thomas, G., Barratt, P., Clewley, H., i Joy, H. (2004). *El Síndrome de Asperger--Estrategias Prácticas para el Aula: Guía para el Profesorado*. AAPC Publishing.

Vigotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp. 159-178). M. Cole (Ed.). Barcelona: Crítica.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological medicine*, 11(01), 115-129.

Whitney, I., Smith, P.K., i Thompson, D. (1994). Bullying and children with special educational needs. In P.K. Smith and S. Sharp (Eds), School Bullying: Insights and perspectives, (pp. 213-240).

11. Annexos

11.1 Calendari de treball

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Febrer		Març				Abril				Maig			Observacions/ Comentaris estudiant	Observacions/ Comentaris consultor/a
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3		
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG															
1. Elecció del tema															
1.1. Identificar un tema			0 1												0.Introducció 1.Context i Justificació
...1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit				2											2.Revisió Teòrica
...1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball					3										3.Problema
2. Planificació del treball															
...2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG						4									4.Objectius/Hipòtesis
...2.2. Organitzar elements fonamentals del treball								6							6.Mètode
...2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball															
3. Desenvolupament del treball															
...3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG							5								5.Propòsit Intervenció.
...3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric															
...3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua										7 8 9.					7.Resultats 8.Conclusions 9.Discussió
4. Lliurament de la memòria															
...4.1. Comunicar de forma correcta la informació														LLIURAMENT	

11.2 . Criteris de Gillberg i del DSM-IV

Criteris de Gillberg 1989

1. Dèficit en la interacció social, al menys dos dels següents:

- Incapacitat per a interactuar amb iguals
- Falta de desig i interès per interactuar amb iguals
- Falta d'apreciació de les claus socials
- Comportament social i emocionalment inapropiat a la situació

2. Interessos restringits i absorbents, al menys un dels següents:

- Exclusió d'altres activitats
- Adhesió repetitiva
- Més mecànics que significatius

3. Imposició de rutines i interessos, al menys un dels següents:

- Sobre si mateix en aspectes de la vida
- Sobre els altres

4. Problemes de la parla i del llenguatge, al menys tres dels següents:

- Retard inicial en el desenvolupament del llenguatge
- Llenguatge expressiu superficialment perfecte
- Característiques peculiars en el ritme, entonació i prosòdia
- Dificultats de comprensió que inclouen interpretació literal d'expressions ambigües o idiomàtiques

5. Dificultats en la comunicació no verbal, al menys un dels següents:

- Us limitat de gestos
- Maldestre en el llenguatge corporal
- Expressió facial limitada
- Expressió inapropiada
- Mirada peculiar, rígida

6. Poca traça motora

- Retard precoç en l'àrea motriu o alteracions en proves de neurodesenvolupament.

Font: <http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/gillberg>

Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 - (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
 - (3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
 - (4) ausencia de reciprocidad social o emocional
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
- (1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 - (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (4) preocupación persistente por partes de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, 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.

Font: <http://es.slideshare.net/HenryHenry2/el-autismo-42071997>

11.3. Criteris DSM-V. Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 5ª Ed.

- A. Déficits persistentes en la comunicació y en la interacció social en diversos contextos, no atribuïbles a un retraso general del desenvolupament:
1. Déficits en la reciprocitat social y emocional; que poden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversaci3n, reducci3n de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacci3n social.
 2. Déficits en las conductas de comunicaci3n no verbal que se usan en la comunicaci3n social; comunicaci3n poco integrada, tanto verbal como no verbal, anormalidades en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la compresi3n y uso de la comunicaci3n no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.
 3. Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo; que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.
- B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:
1. Habla, movimientos o manipulaci3n de objetos estereotipada o repetitiva (manipulaci3n repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).
 2. Excesiva fijaci3n con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).
 3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculaci3n o preocupaci3n por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).
 4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinaci3n por las luces o los objetos que ruedan).
- C. Los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).
- D. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicaci3n social debe estar por debajo de lo esperado en funci3n del nivel general de desarrollo.

Font: http://www.autismoandalucia.org/images/stories/pdf/DSM5_traducidos.pdf