



**Universidad
Europea** MADRID

DESAFÍOS EN LA COMUNICACIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Autor/a: María Agustina Navarro Delgado

Tutor/a: Begoña González Rodríguez

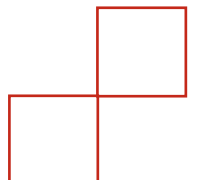
Coordinador de TFM: Antonio Javier Ballesta García

Fecha de realización del trabajo: marzo de 2026

Nº palabras: 11681

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

A mis padres, amor incondicional, siempre mi referente. María José y Juan, por su apoyo y paciencia para superar los desafíos y ayuda infinita; Javier y María, hijos del corazón; a Isabel, mi amiga del alma, por su apoyo emocional y seguir creyendo en mí.

Patricia, compañera y guía, gracias por los valiosos consejos y aportaciones a lo largo de todo este proceso.

A todas las familias del SIA Autrade, por dejarme ser parte de su viaje.

A Alex, persona de luz.

Resumen

El presente Trabajo Fin de Máster analiza las dificultades comunicativas en niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista grado 1 mediante la evaluación de un grupo de niños y niñas, con edades comprendidas entre los 9 y los 10 años. La evaluación de las habilidades comunicativas y psicolingüísticas se realiza mediante el Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA), lo que permite identificar fortalezas y dificultades en los procesos de comprensión y expresión del lenguaje. A partir de los resultados obtenidos, se diseña una propuesta de intervención estructurada, individualizada y basada en una perspectiva neuropsicológica, orientada a mejorar la comunicación verbal y no verbal, la interacción social y la participación funcional. La intervención integra sesiones individuales, grupales y familiares, con el objetivo de favorecer la generalización de los aprendizajes a contextos naturales. Asimismo, se promueve la coordinación entre profesionales, familias y entorno educativo para contribuir a la inclusión social y académica y a la mejora de la calidad de vida de los participantes.

Palabras clave: comunicación, intervención, neuropsicología, infancia, trastorno del espectro autista

Abstract

This Master's Thesis analyzes the communication difficulties in children with Autism Spectrum Disorder level 1 through the evaluation of a group of children, aged between 9 and 10 years.

The evaluation of communicative and psycholinguistic skills is carried out using the Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA), which allows for the identification of strengths and difficulties in language comprehension and expression. Based on the results obtained, a structured, individualized intervention proposal is designed, grounded in a neuropsychological perspective, aimed at improving verbal and non-verbal communication, social interaction, and functional participation. The intervention integrates individual, group, and family sessions, with the objective of promoting the generalization of learning to natural contexts. Furthermore, coordination among professionals, families, and the educational environment is fostered to contribute to the social and academic inclusion and the improvement of the participants' quality of life.

Keywords: communication, intervention, neuropsychology, childhood, autism spectrum disorder



Índice

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción: Trastorno del Espectro Autista	8
1.1 Justificación	13
1.2 Comorbilidades asociadas al Trastorno del Espectro Autista	15
1.3 Alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales	18
1.4 Desafíos en la comunicación en personas con TEA	22
1.5 Paradigmas actuales de intervención en comunicación	24
1.6 Objetivos	28
2. Método	29
2.1 Participantes	29
2.2 Instrumentos y materiales de evaluación	31
2.3 Procedimiento	33
2.4 Resultados esperados	36

3. Descripción de la intervención o programa	37
3.1 Cronograma	38
3.2 Materiales	41
3.3 Producto final de la intervención	43
4. Limitaciones y fortalezas	43
4.1 Limitaciones	44
4.2 Fortalezas	45
5. Aplicaciones futuras	46
6. Conclusiones esperadas	48
7. Referencias	50
8. Anexos	57
Anexo A.....	57
Anexo B	58
Anexo C	59
Anexo D	60
Anexo E	61

Anexo F.....	62
Anexo G	63
Anexo H.....	64

1. Introducción: Trastorno del Espectro Autista

El término trastorno del espectro autista, ha ido variando, según el paso del tiempo y las diferentes investigaciones realizadas. Según los autores, manuales o instituciones a los que hagamos mención, nos podemos encontrar diferentes definiciones (Feinstein, 2016).

El primer autor que utiliza este término es Eugen Bleuler, donde explica la relación entre esquizofrenia y autismo, afirmando que el autismo se da en adultos jóvenes que entienden el mundo separado de la realidad exterior, y con dificultades para comunicarse con los demás, e insiste en que existe un grupo de psicosis esquizofrénicas con síntomas comunes al autismo (Bleuler, 1911).

A finales de la Segunda Guerra Mundial Leo Kanner; médico psiquiatra, es considerado como uno de los pioneros del autismo junto a Hans Asperger.

Kanner, en 1943 fue el primero en describir las principales características del autismo como una incapacidad para relacionarse con las personas y desenvolverse en situaciones diversas de una forma normal, presencia de movimientos estereotipados, potencial cognitivo normal y una excelente memorización por repetición. Según Kanner, el autismo se manifiesta en el primer año de vida y se observa un deterioro de tres áreas: interacción social, comunicación y comportamiento estereotipado y repetitivo. También observó a través del estudio de 11 niños, que había un aumento del volumen craneal y al menos la mitad de estos niños, cumplía con esta premisa (Kanner, 1943).

Un año después, aparece el mencionado anteriormente, Hans Asperger. La principal diferencia entre el autismo de Kanner y de Asperger, es que éste último, observa el autismo en sujetos de

mayor edad y sin retraso significativo (ni cognitivo ni de adquisición del lenguaje). Añade que no les gusta la rutina y la posible presencia de un episodio psicótico. (Asperger, 1944).

Posteriormente, se va asumiendo que este trastorno tiene un origen biológico, entendiendo también que provoca alteraciones cognitivas y sociales. (Garrabé de Lara, 2012).

En el año 2013, surge el DSM-5 (Martín, 2013.) que afirma que la personas con TEA también pueda sufrir otros trastornos comórbidos al TEA como déficit cognitivo, depresión, etc. Así, hay una mejora en la identificación de las personas afectadas y sus diferencias cuantitativas y no cualitativas, la posibilidad de realizar un diagnóstico previo a los 3 años, mayor efectividad, menos errores y mejor tratamiento gracias a la accesibilidad a través de la red del manual. Sin olvidarnos del avance principal que es la consolidación de una nueva categoría diagnóstica que diferencia a las personas incluidas en el espectro como es el Trastorno de Comunicación Social (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 2024).

Siguiendo el Manual DSM-5-TR, los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista son:

Criterio A: Déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social

Deben presentarse todos los siguientes:

Déficits en la reciprocidad socioemocional, por ejemplo: dificultad para iniciar o mantener conversaciones, respuestas sociales atípicas o reducidas y escaso intercambio emocional.

Déficits en las conductas comunicativas no verbales, tales como: contacto visual limitado, uso reducido o atípico de gestos y dificultades en la integración de comunicación verbal y no verbal.

Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones, por ejemplo: dificultad para ajustar el comportamiento a distintos contextos sociales, problemas para hacer amigos y escaso interés por pares.

Criterio B: Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades

Deben presentarse al menos dos de los siguientes:

Movimientos, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos: aleteo de manos, balanceo, ecolalia y uso repetitivo de objetos.

Insistencia en la igualdad, rutinas inflexibles o rituales: angustia ante cambios mínimos, pensamiento rígido y necesidad extrema de rutinas.

Intereses muy restringidos y fijos, anormales en intensidad o foco: fijaciones intensas en temas específicos.

Hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales: respuestas exageradas o reducidas al sonido, luz, texturas, dolor, e interés inusual por aspectos sensoriales del entorno.

Criterio C

Los síntomas deben estar presentes desde el periodo temprano del desarrollo, aunque pueden manifestarse plenamente más tarde.

Criterio D

Los síntomas causan deterioro clínicamente significativo en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes.

Criterio E

Las alteraciones no se explican mejor por discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo (pueden coexistir).

El diagnóstico debe incluir:

- Con o sin discapacidad intelectual.
- Con o sin deterioro del lenguaje.
- Asociado a condición médica, genética o ambiental.
- Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o conductual
- Nivel de apoyo requerido: **Nivel 1:** requiere apoyo. **Nivel 2:** requiere apoyo sustancial y **Nivel 3:** requiere apoyo muy sustancial.

El Trastorno del Espectro Autista, presenta alta tasa de comorbilidad, siendo frecuente la coexistencia con otros trastornos (Micai et al., 2023).

Trastornos del neurodesarrollo; discapacidad intelectual, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del lenguaje, trastorno del desarrollo de la coordinación y trastornos específicos del aprendizaje (De Domenico et al., 2025).

Trastornos mentales y emocionales: trastornos de ansiedad (muy frecuentes), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos depresivos, trastorno bipolar, trastorno del sueño y trastornos de la conducta alimentaria.

Trastornos conductuales; trastorno negativista desafiante y trastorno de la conducta.

Condiciones médicas asociadas; epilepsia, trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño, alteraciones sensoriales y síndromes genéticos (como el caso del síndrome de x frágil).

En el TEA, se da mayor riesgo a la aparición de conductas autolesivas, ideación suicida (especialmente en adolescentes y adultos sin DI) y problemas adaptativos y de salud mental en la etapa adulta.

Las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) muestran perfiles muy diversos de habilidades, necesidades de apoyo y expectativas vitales (Lord et al., 2018).

1.1. Justificación.

El déficit en el uso del lenguaje y de la comunicación constituyen una de las características centrales del trastorno del espectro autista. De hecho, se considera como criterio imprescindible para el diagnóstico la existencia de un retraso y desviación en el desarrollo del lenguaje y de la comunicación junto a la posible presencia en sujetos hablantes, de alteraciones del lenguaje del tipo ecolalia, inversión pronominal, literalidad, entonación monocorde, etc (Belinchón Carmona et al., 2000).

La importancia de estas alteraciones determina que sea el lenguaje y la comunicación una de las áreas más afectadas en las personas autistas, donde los pronósticos son más sombríos y las pautas de intervención se han manifestado más inefectivas.

El lenguaje y, en general, las habilidades comunicativas constituyen factores determinantes del nivel de adaptación social de cada sujeto (Belinchón Carmona, M et al., 2009). Además, hay que tener en cuenta su alto nivel de correlación con otros rasgos sintomatológicos de primer o segundo orden (estereotipias, autoestimulaciones, problemas de conducta, etc.), todo ello determina que los niveles de competencia lingüística y comunicativa alcanzados constituyen, indicadores pronósticos de importancia.

Las alteraciones sociales de los niños autistas, sus dificultades para iniciar contactos con otras personas, para el empleo adecuado al contexto de distintos reguladores de la interacción (contacto ocular, gestos sociales, etc.), sus limitadas o inadecuadas expresiones emocionales y su respuesta limitada a las emociones de otros constituyen, junto a los retrasos y alteraciones lingüísticas y demás

características del TEA, manifestaciones de una alteración más profunda que dificulta su interacción y, por tanto, su comunicación con otros (Barajas Alcántara, L. M., 2022).

La elección de un protocolo de evaluación neuropsicológica como eje central de este Trabajo Fin de Máster se justifica por la estrecha relación existente entre las alteraciones cognitivas características del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y las dificultades en el ámbito de la comunicación y la interacción social (American Psychiatric Association, 2013). Los déficits comunicativos en el TEA no pueden entenderse de manera aislada, ya que se encuentran estrechamente vinculados a alteraciones en procesos cognitivos como la atención, la memoria operativa y la cognición social (Happé, F & Frith, U, 2010).

Las dificultades en la atención, especialmente en la atención conjunta y en la orientación hacia estímulos socialmente relevantes, afectan de forma significativa al desarrollo del lenguaje y a la capacidad para participar en intercambios comunicativos recíprocos (Mundy et al., 2009). Asimismo, las alteraciones en la memoria operativa pueden interferir en la comprensión del lenguaje, el seguimiento de conversaciones y la planificación de respuestas comunicativas ajustadas al contexto, dando lugar a interacciones poco fluidas o desorganizadas (Baddeley, 2007; Williams et al., 2005).

Por otro lado, las dificultades en las habilidades sociales y en la cognición social, especialmente en relación con la teoría de la mente, limitan la comprensión de los estados mentales ajenos, la interpretación de claves sociales y emocionales y el uso pragmático del lenguaje, lo que repercute

directamente en la calidad de la comunicación e interacción social en niños y niñas con TEA (Baron-Cohen et al., 2000). En este sentido, la evaluación neuropsicológica resulta fundamental para identificar los procesos cognitivos subyacentes a las dificultades comunicativas y orientar una intervención ajustada y funcional que favorezca el desarrollo de la comunicación social.

A partir de lo expuesto se ha observado la necesidad de intervenir en la comunicación de forma proactiva; con ello no solo ayudamos a las personas con autismo a expresarse mejor, sino que también mejorará su calidad de vida, así como su capacidad para relacionarse con su entorno, ya que, las dificultades en la cognición social, especialmente en la teoría de la mente, constituyen un aspecto central del trastorno del espectro autista (TEA) y limitan la comprensión de los estados mentales ajenos, la interpretación de claves sociales y emocionales y el uso pragmático del lenguaje (Tager-Flusberg, H., 2007). Estas dificultades repercuten directamente en la calidad de la comunicación y la interacción social. En este contexto, la evaluación neuropsicológica resulta fundamental para identificar los procesos cognitivos implicados y orientar intervenciones ajustadas al perfil individual. Asimismo, la intervención proactiva en comunicación social se considera esencial, ya que favorece no solo el desarrollo de habilidades comunicativas, sino también la participación social y la calidad de vida de las personas con TEA.

1.2.Comorbilidades asociadas al Trastorno del Espectro Autista

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR), el Trastorno del Espectro Autista se caracteriza, entre otros aspectos, por

déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social, presentes en diversos contextos y a lo largo del desarrollo. En el ámbito específico de la comunicación, el diagnóstico de TEA requiere la presencia de dificultades en los siguientes dominios:

En primer lugar, se observan déficits en la reciprocidad socioemocional, que pueden manifestarse como una reducción o ausencia del intercambio comunicativo bidireccional, dificultades para iniciar o mantener conversaciones, escasa respuesta a las interacciones sociales y limitaciones en la expresión o comprensión de emociones compartidas. En segundo lugar, el DSM-5-TR señala déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social, tales como un uso limitado o atípico del contacto visual, expresiones faciales poco integradas, dificultades en el uso de gestos, postura corporal inadecuada o problemas para coordinar la comunicación verbal con la no verbal. En tercer lugar, se incluyen dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales, lo que afecta a la adaptación del lenguaje al contexto social, la comprensión de normas implícitas de la comunicación y la capacidad para establecer relaciones acordes al nivel de desarrollo (Grimalt López, Miriam et al., 2024).

Estos déficits pueden presentarse independientemente del nivel de lenguaje estructural, pudiendo afectar tanto a personas con ausencia de lenguaje oral como a aquellas con lenguaje aparentemente fluido, pero con alteraciones en el uso pragmático del mismo.

El DSM-5-TR reconoce que el Trastorno del Espectro Autista presenta con frecuencia comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo, los cuales pueden intensificar o modificar las dificultades

comunicativas. Entre las comorbilidades más relevantes se encuentran los trastornos del lenguaje, incluyendo el trastorno del lenguaje expresivo o mixto, que se manifiestan en dificultades en la adquisición del vocabulario, la estructuración sintáctica y la comprensión verbal, agravando las limitaciones comunicativas propias del TEA. Asimismo, es frecuente la comorbilidad con el trastorno de la comunicación social (pragmático), especialmente en casos donde el lenguaje estructural está preservado, pero persisten dificultades significativas en el uso social del lenguaje, la adecuación al contexto y la interpretación de significados implícitos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) también aparece de forma habitual, influyendo negativamente en la comunicación debido a problemas de atención sostenida, impulsividad verbal y dificultades para respetar turnos conversacionales (Bougéard et al., 2024a).

Finalmente, el DSM-5-TR indica la posible coexistencia de discapacidad intelectual, la cual puede afectar de manera directa al desarrollo del lenguaje, la comprensión comunicativa y la capacidad de abstracción, condicionando el nivel de competencia comunicativa global. Estas comorbilidades deben ser tenidas en cuenta tanto en la evaluación como en la intervención, dado su impacto directo en el perfil comunicativo de las personas con Trastorno del Espectro Autista (Bougéard et al., 2024b).

En muchos casos el autismo concurre con discapacidad intelectual, pero en otros casos, el diagnóstico lo reciben personas que en tests estandarizados de inteligencia puntúan en el rango normal e incluso superior. Múltiples evidencias experimentales indican, también en grados

variables, dificultades y sesgos característicos en el procesamiento perceptivo, emocional, atencional y mnemónico, lo que se conoce como fenotipo cognitivo autista (CharmanTony et al., 2011). Un rasgo sorprendente de este fenotipo es que, junto con las dificultades de procesamiento, se da un funcionamiento preservado y hasta hiper-desarrollado de ciertos procesos, por ejemplo, una capacidad excepcional para percibir detalles visuales y auditivos, recordar grandes cantidades de información, y otras habilidades especiales (Belinchón Carmona et al., 2009).

El autismo implica un trastorno específico de los procesos de desarrollo neurobiológico y psicológico por los que se constituyen las funciones de relación y simbolización (Belinchón Carmona, M et al., 2009). Ambas clases de funciones son la base del lenguaje humano, razón por la cual no puede extrañar que su adquisición y uso resulten afectados de un modo u otro en todas las personas con TEA. El nivel de competencia lingüística que alcanzan las personas con diagnósticos de TEA es muy heterogéneo: algunas personas muestran mutismo funcional y producciones sólo ecológicas, otras personas, aprenden un vocabulario y gramática básicos que les permite comprender y producir un repertorio de enunciados limitado; finalmente, un tercer grupo alcanza buenas competencias a nivel gramatical, aunque con alteraciones pragmáticas y prosódicas importantes Martos & Riviére, (2001)

1.3. Alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales

Desde el punto de vista cognitivo, el DSM-5-TR señala que las personas con TEA pueden presentar una gran variabilidad en el funcionamiento intelectual, que abarca desde discapacidad intelectual

hasta capacidades intelectuales dentro o por encima de la media. No obstante, independientemente del nivel intelectual global, se describen una serie de alteraciones cognitivas características (Sanz Cortés, 2022).

Entre ellas destacan las dificultades en la cognición social, especialmente en la comprensión de los estados mentales de los demás, la interpretación de intenciones, creencias y emociones ajenas, así como las inferencias de significados implícitos en las interacciones sociales. Estas dificultades afectan directamente a la comprensión del comportamiento social y comunicativo (Baron-Cohen et al., 1985).

Asimismo, se observan alteraciones en la flexibilidad cognitiva, manifestadas como rigidez en el pensamiento, dificultad para adaptarse a cambios, resistencia a modificar rutinas y problemas para alternar entre tareas o estrategias cognitivas (Hill, 2004).

El DSM-5-TR también describe un estilo cognitivo caracterizado por intereses restringidos y focalización intensa, con tendencia a la atención selectiva hacia estímulos específicos y un procesamiento detallado de la información, en detrimento de una visión global o contextual (Frith, 2019).

En algunos casos, se identifican dificultades en las funciones ejecutivas, incluyendo problemas en la planificación, la organización, la autorregulación, la inhibición de respuestas y la toma de decisiones (Hill, 2004).

En el ámbito emocional, el DSM-5-TR señala alteraciones principalmente relacionadas con la expresión, regulación y comprensión de las emociones. Las personas con TEA pueden mostrar dificultades para identificar, expresar y comprender tanto sus propias emociones como las de los demás (Mazefsky et al., 2013).

Es frecuente una respuesta emocional atípica, que puede manifestarse como reacciones emocionales desproporcionadas, limitadas o aparentemente incongruentes con la situación. Estas respuestas pueden estar relacionadas con dificultades en la interpretación del contexto social o con alteraciones en el procesamiento sensorial (Mazefsky et al., 2013).

Asimismo, se describen dificultades en la regulación emocional, observándose problemas para gestionar la frustración, la ansiedad o el estrés, lo que puede dar lugar a episodios de desbordamiento emocional ante cambios, demandas sociales o estímulos sensoriales intensos.

En los casos con diagnóstico TEA también se da una elevada comorbilidad con trastornos emocionales, como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, que influyen de manera significativa en el funcionamiento emocional y adaptativo de las personas con TEA (McArthur, G. E., Lee, E. & Laycock, R., 2022).

En relación con el comportamiento, la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de conducta, intereses o actividades, que constituyen una de las características nucleares del TEA (Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M., 2007).

Estas alteraciones conductuales incluyen movimientos, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos, tales como balanceos, aleteos, ecolalia, repetición de frases o manipulación repetitiva de objetos.

Asimismo, se observa una insistencia en la igualdad, manifestada como rigidez frente a cambios, adhesión inflexible a rutinas, rituales verbales o no verbales y resistencia a modificaciones en el entorno o en las actividades cotidianas.

El DSM-5-TR también describe intereses altamente restringidos y absorbentes, anormales por su intensidad o foco, que pueden ocupar gran parte del tiempo y la atención de la persona.

Por último, se incluyen alteraciones en la reactividad sensorial, que pueden expresarse como hiperreactividad o hiporreactividad a estímulos sensoriales (sonidos, luces, texturas, olores o dolor), así como un interés inusual por aspectos sensoriales del entorno (Ben-Sasson et al., 2009).

Estas alteraciones conductuales contribuyen de manera significativa a las dificultades de adaptación social, académica y funcional, y deben ser consideradas en la evaluación diagnóstica y en el diseño de intervenciones individualizadas (Turner, 1999).

En resumen, el DSM-5-TR conceptualiza el Trastorno del Espectro Autista como una condición del neurodesarrollo caracterizada por un perfil heterogéneo de alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, cuya expresión varía en función de la edad, el nivel de desarrollo y la presencia de comorbilidades asociadas (Frith, 2019).

1.4. Desafíos en la comunicación de las personas con TEA

Las personas con trastorno del espectro autista (TEA) presentan alteraciones significativas en la comunicación que afectan tanto al lenguaje verbal como no verbal, así como a su uso funcional en los distintos contextos sociales. Estas dificultades no se explican únicamente por déficits en los aspectos formales del lenguaje, sino que están estrechamente relacionadas con alteraciones en el procesamiento del contexto, la cognición social y la flexibilidad cognitiva, lo que repercute directamente en la eficacia comunicativa y en la participación social (Velikonja et al., 2019).

Uno de los principales desafíos comunicativos en el TEA es la dificultad para utilizar el contexto de forma espontánea, fenómeno que Vermeulen (2012) describe como *ceguera al contexto*. Esta limitación implica problemas para interpretar mensajes ambiguos, implícitos o dependientes de la situación comunicativa, así como para adaptar el significado del mensaje a diferentes interlocutores o entornos. Como consecuencia, las personas con TEA pueden presentar un estilo comunicativo literal, rígido o poco ajustado a las normas sociales, lo que interfiere en el establecimiento y mantenimiento de interacciones sociales significativas (Baixauli-Fortea et al., 2019).

Desde la neuropsicología, estas dificultades comunicativas se han vinculado a alteraciones en diversos procesos cognitivos. En primer lugar, los déficits en el funcionamiento ejecutivo, como la escasa flexibilidad cognitiva, la dificultad para planificar respuestas o la limitación en el control inhibitorio, influyen en la capacidad para regular el discurso y adaptarlo a las demandas cambiantes de la interacción social (Hill, 2004). Estas alteraciones pueden manifestarse en dificultades para

iniciar conversaciones, mantener turnos de palabra, cambiar de tema o responder de forma contingente al interlocutor.

En segundo lugar, las dificultades en la teoría de la mente afectan a la capacidad para atribuir estados mentales a los demás, lo que limita la comprensión de intenciones, emociones y creencias ajenas. Este déficit tiene un impacto directo en la comunicación social, ya que dificulta la interpretación de claves sociales y emocionales, como gestos, expresiones faciales, ironías o dobles sentidos, así como la adecuación del mensaje a las necesidades comunicativas del otro (Baron-Cohen et al., 2000). Como resultado, la interacción puede resultar poco recíproca o desajustada.

Asimismo, la hipótesis del déficit de coherencia central explica la tendencia de las personas con TEA a centrarse en los detalles en detrimento del significado global. Esta característica cognitiva puede interferir en la comprensión del discurso oral y escrito, en la integración de la información verbal y no verbal y en la interpretación del sentido general de los intercambios comunicativos, afectando a la comprensión pragmática del lenguaje (Happé & Frith, 2010).

Estas alteraciones cognitivas se ven reforzadas por dificultades en el procesamiento de la información social, especialmente en la percepción de claves visuales relevantes para la comunicación, como las expresiones faciales, la dirección de la mirada y los movimientos biológicos. Diversos estudios han demostrado que las personas con TEA muestran una atención reducida a este tipo de información social, lo que limita el acceso a señales fundamentales para la comprensión de la intención comunicativa del otro (Klin, 2000; Blake et al., 2003).

Desde un enfoque funcional, es importante subrayar que la comunicación siempre está presente en las personas con TEA, aunque se manifieste de formas diversas y no siempre convencionales. No obstante, se estima que alrededor del 30 % de los niños y niñas con autismo permanecen mínimamente verbales incluso después de años de intervención, lo que restringe significativamente su capacidad para expresar necesidades, deseos y emociones, así como para participar activamente en su entorno social (Tager-Flusberg & Kasari, 2013).

En este contexto, la evaluación neuropsicológica y comunicativa resulta esencial para identificar los procesos cognitivos subyacentes a las dificultades comunicativas y para diseñar intervenciones ajustadas al perfil individual de cada persona. Asimismo, dado que la comunicación constituye un derecho humano básico, es imprescindible garantizar el acceso a sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) que favorezcan la autonomía, la participación social y la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA (Muñoz Sánchez et al., 2024).

1.5. Paradigmas actuales de intervención en comunicación

Las intervenciones psicológicas con niños con autismo suelen tener características específicas que las diferencian del resto, adaptándose a sus necesidades únicas referencia. A continuación, se enumeran algunas de ellas:

Enfoque individualizado: Cada niño con autismo es diferente, por lo que las intervenciones deben ser personalizadas; se deben considerar las fortalezas, debilidades y preferencias del niño o la niña.

Uso de técnicas basadas en evidencia: Las intervenciones deben basarse en enfoques respaldados por la investigación, como el Análisis de Comportamiento Aplicado ABA (Trivisonno, 2007), la terapia cognitivo-conductual («Intervenciones cognitivo-conductuales para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA», 2022) y otros métodos que han demostrado ser efectivos como el caso de Apoyo Conductual Positivo (Salvadó-Salvadó, et al., 2012).

Intervención temprana: Cuanto antes se inicie la intervención, mejor será el pronóstico. La detección y el tratamiento tempranos pueden ayudar a mejorar las habilidades comunicativas y sociales. Enfoque en la comunicación: Muchas intervenciones se centran en mejorar las habilidades de comunicación, ya sea verbal o no verbal. Esto puede incluir el uso de sistemas de comunicación alternativos, como pictogramas o dispositivos electrónicos.

Desarrollo de habilidades sociales: Se trabaja en la enseñanza de habilidades sociales a través de juegos de roles, grupos de habilidades sociales y otras actividades que fomenten la interacción con los demás (Mulas Delgado et al., 2010).

No existe certeza de la eficacia en cuanto a la tipología de la intervención, pero se recomienda por ser más completa aquella que combina terapia con el niño, la familia y si fuera necesario, la utilización de fármacos. Por ello, la más destacada y con la que se ha trabajado los últimos años, es el Modelo Centrado en la familia (Del Toro Alonso, & Sánchez Moreno, 2020).

Este tipo de intervención defiende potenciar las fortalezas y trasladar este compromiso a contextos naturales, por lo que requiere empoderar a las familias y educarlas para que sean el apoyo necesario,

y se impliquen en el proceso de planificación que permite mejorar la calidad de vida familiar (Cañadas Pérez, 2012). El autor referente de este modelo fue (McWilliam, R, 2016) quien propone una intervención basada en rutinas.

Estructuración y rutina: Los niños autistas se benefician de un entorno estructurado y predecible.

Las intervenciones suelen incluir rutinas claras y consistentes para ayudar a reducir la ansiedad.

Implicación familiar: La participación de la familia es crucial. Se deben ofrecer recursos y apoyo a los padres y cuidadores para que puedan reforzar las habilidades aprendidas en la terapia en el hogar.

Enfoque en la regulación emocional: Se enseña a los niños a identificar y manejar sus emociones, lo que puede incluir técnicas de relajación y estrategias para afrontar la frustración o la ansiedad.

Uso de refuerzos positivos: utilizar recompensas y refuerzos para motivar a los niños y fomentar comportamientos deseados.

Colaboración multidisciplinar: implica a terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos y educadores para proporcionar un enfoque integral y coordinado.

Estos paradigmas reflejan un enfoque holístico y personalizado, adaptado a las necesidades específicas de cada niño con autismo (Mulas Delgado et al., 2010).

Además de los principios generales de intervención, la literatura científica ha desarrollado diferentes programas específicos dirigidos a mejorar las habilidades comunicativas en personas con diagnóstico TEA. Uno de los programas más utilizados en el Picture Exchange Communication System, que fue desarrollado por Bondy y Frost; el cual se basa en el intercambio de imágenes para

que el niño/a pueda expresar necesidades, deseo, etc. Este sistema de comunicación aumentativa ha demostrado ser eficaz para fomentar la comunicación funcional y favorecer la intención comunicativa en los niños con dificultades (Frost, 1994).

Otro modelo muy reconocido, es el Early Start Denver Model (Rogers & Dawson, 2026) de intervención temprana que promueve el desarrollo del lenguaje, la interacción social y la comunicación a través del juego y de actividades cotidianas en contextos naturales.

El modelo Pivotal Response Treatment (Koegel & Koegel, 2006) se centra en actividades como la motivación, la capacidad de iniciar interacciones, así como la respuesta a múltiples estímulos; través de actividades motivadoras y refuerzos.

El conocido programa Teacch (PEREZ ROCHA, 2019) se basa en una intervención estructurada del entorno, el uso de apoyos visuales y la adaptación de las tareas a la persona con TEA, favoreciendo con ello, la comprensión del entorno (desarrollo de habilidades comunicativas, autonomía y adaptación al contexto).

Debido a esta alta prevalencia y a las dificultades sociales que manifiestan los TEA, este trastorno se investiga en el ámbito de la Neuropsicología Clínica y Educativa, donde ya se ha definido un perfil neuropsicológico general que enriquezca a las medidas de intervención que se llevan a cabo en el contexto educativo y familiar. Sin embargo, la variabilidad dentro de este grupo es muy amplia dando lugar a niveles de funcionalidad diferentes (Nazeer & Ghaziuddin, 2012), cambiando en función de edad, capacidad intelectual, patologías asociadas y ayudas recibidas.

1.6._Objetivos

El objetivo general de este trabajo es diseñar un programa de intervención dirigido a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) orientado a mejorar sus habilidades comunicativas verbales y no verbales, favoreciendo la expresión funcional de necesidades, deseos y emociones, así como la comprensión de las señales comunicativas de los demás en diferentes contextos sociales, mediante el uso de estrategias y herramientas comunicativas adaptadas y la implicación activa del entorno familiar.

Los objetivos secundarios planteados para ser conseguidos son los que siguen a continuación:

Diseñar e implementar rutinas comunicativas funcionales en entornos naturales que favorezcan la interacción social y el uso espontáneo del lenguaje.

Seleccionar y aplicar herramientas y estrategias comunicativas adaptadas a las características individuales de los niños y niñas con TEA, con el fin de facilitar el intercambio comunicativo.

Potenciar la capacidad de expresión de necesidades, deseos y emociones mediante el uso de recursos comunicativos estructurados y significativos.

Favorecer la comprensión de las señales comunicativas de los demás, incluyendo gestos, expresiones faciales, contacto visual e intencionalidad comunicativa, en distintos contextos sociales.

Identificar las características neuropsicológicas asociadas al TEA para ajustar las estrategias de intervención comunicativa a los perfiles individuales de los participantes.

Formar y orientar a las familias en el uso de estrategias y herramientas comunicativas eficaces, promoviendo su implicación activa y la generalización de los aprendizajes en el contexto familiar.

2. Método

2.1. Participantes

Los participantes a los que se pretende aplicar este programa de intervención son niños y niñas con diagnóstico TEA, conforme a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Tener de 9 a 10 años y 11 meses cumplidos desde el momento que se lleva a cabo la intervención.

Ser usuario del Centro de Intervención donde se realiza la intervención.

Tener el consentimiento informado para participar en la intervención por sus progenitores o tutores legales.

Tener diagnóstico TEA grado 1 conforme a los criterios del DSM-5-TR.

Tener un nivel cognitivo igual o superior al umbral establecido y habilidades comunicativas funcionales, según los resultados del K-BIT ($CI \geq 70$ o nivel comunicativo funcional) (Kaufman & Kaufman, 2011).

Criterios de exclusión:

Presentar problemas graves de conducta evidenciados por la obtención de puntuaciones clínicamente significativas ($T \geq 70$) en la escala clínica BASC-3 (Reynolds & Kamphaus, 2020).

Presentar crisis epilépticas, no controlada farmacológicamente.

Presencia de discapacidad intelectual moderada o grave evidenciados por la obtención de un CI inferior a 70 en el K-BIT (Kaufman & Kaufman, 2011).

Presentar alteraciones sensoriales significativas no corregidas (auditivas o visuales).

Otros trastornos neurológicos comórbidos pueden influir de forma independiente en el perfil cognitivo, conductual y comunicativo, dificultando la interpretación de los efectos de la intervención. Diversos autores señalan que condiciones como la epilepsia, los síndromes neuro genéticos o el daño neurológico adquirido pueden alterar significativamente el desarrollo y el funcionamiento adaptativo, generando perfiles clínicos diferenciados dentro del espectro autista (Geschwind, 2009).

Los niños serían seleccionados entre los usuarios del Centro de Intervención a partir de una preselección inicial realizada por el equipo terapéutico del centro, mediante la revisión de los expedientes clínicos y la comprobación del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Posteriormente, la investigadora llevaría a cabo una evaluación específica para confirmar la idoneidad de los participantes para la intervención propuesta. A las familias se les proporcionaría información detallada sobre los objetivos y características de la

intervención, y se obtendría el consentimiento informado por escrito antes de la participación de los menores, garantizando en todo momento la confidencialidad y el cumplimiento de los principios éticos de la investigación.

2.2. Instrumentos y/o materiales de intervención

Para la evaluación de los niños y niñas que participan en este estudio, se va a utilizar la Prueba de Evaluación de Procesos de Aprendizaje ITPA ((Kirk, McCarthy, et al., 2011) . Esta prueba es una herramienta estandarizada diseñada para medir diversas habilidades cognitivas y de aprendizaje en individuos. Se compone de diferentes subpruebas que evalúan áreas como la atención, la memoria, el lenguaje y la percepción, lo que la convierte en un instrumento integral para comprender el perfil cognitivo de los evaluados. El Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) es una prueba estandarizada destinada a la evaluación de las habilidades psicolingüísticas implicadas en el procesamiento del lenguaje. Su aplicación está indicada para niños y niñas con edades comprendidas entre los 2 años y 11 meses y los 10 años y 11 meses. La administración del ITPA requiere un tiempo aproximado de 60 a 90 minutos, aunque este puede variar en función de la edad y las características individuales del evaluado. La prueba puede aplicarse en una única sesión o distribuirse en varias sesiones con el fin de reducir la fatiga y asegurar una evaluación válida. El instrumento evalúa diferentes procesos psicolingüísticos relacionados con la comprensión y la expresión del lenguaje, organizados en tres niveles de procesamiento y a través de dos canales de entrada: auditivo y visual. En el nivel representativo se valoran la comprensión auditiva y visual, la asociación auditiva y visual, así como la expresión verbal y la expresión motora. El nivel automático

incluye la integración gramatical y la integración visual. Por último, el nivel de memoria evalúa la memoria auditiva secuencial y la memoria visual secuencial. En conjunto, el ITPA permite obtener un perfil detallado de las habilidades lingüísticas del niño, facilitando la identificación de fortalezas y dificultades en los procesos del lenguaje, y constituye una herramienta relevante en la evaluación de trastornos del lenguaje y dificultades de aprendizaje. (Kirk, Kirk, et al., 2011).

El principal objetivo de esta prueba es detectar dificultades en el proceso de comunicación (deficiencias en la percepción, interpretación o transmisión). Al mismo tiempo, y de forma complementaria, intenta poner de manifiesto las habilidades o condiciones positivas que puedan servir de apoyo a un programa de recuperación.

En cuanto a la fiabilidad de la prueba, se ha demostrado que tiene buenos índices de consistencia interna y estabilidad en sus resultados, lo que significa que tiende a ofrecer resultados consistentes a lo largo del tiempo. Respecto a la validez, el ITPA ha sido validado en diversas poblaciones y contextos, lo que sugiere que mide lo que efectivamente propone medir: las aptitudes psicolingüísticas, a pesar de ello, y como cualquier herramienta de evaluación, es importante considerar el contexto en el que se utiliza y complementarlo con otras evaluaciones y observaciones para tener una visión más completa (Carrow-Woolfolk, 1988).

El modelo psicolingüístico en el que se basa ITPA, intenta relacionar los procesos implicados en la transmisión de las intenciones de un individuo a otro (ya sea de manera verbal o no) y la forma mediante la cual esas intenciones son recibidas o interpretadas (Kirk, Kirk, et al., 2011).

En definitiva, ITPA considera las funciones psicológicas del individuo que opera en la comunicación.

2.3. Procedimiento

La selección de los participantes se realizará mediante un muestreo intencional, utilizando como población destinataria a los usuarios del propio centro de intervención, el cual ofrece atención especializada a niños y niñas con trastornos del espectro autista (TEA). En una fase inicial, se llevará a cabo la coordinación con el equipo técnico del centro (psicólogos, logopedas y/o profesionales de apoyo educativo), quienes colaboraran en la identificación de los posibles participantes, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Una vez seleccionados los usuarios que cumplieran con dichos criterios, se contactará con las familias o tutores legales de los menores desde el propio centro, informándoles de manera clara y detallada sobre los objetivos de la propuesta de intervención, las actividades a desarrollar, la duración prevista y el contexto de aplicación. Asimismo, se les informará del carácter voluntario de la participación y de la confidencialidad de los datos recogidos. La incorporación definitiva de los participantes a la intervención se realizará tras la obtención del consentimiento informado por escrito, garantizando el respeto a los principios éticos y la adecuación de la propuesta a las necesidades específicas de los usuarios del centro. De este modo, la intervención se dirigirá a un grupo de participantes previamente atendidos por el centro, favoreciendo una aplicación ajustada al contexto real de intervención.

Antes del inicio de la intervención, se llevará a cabo una evaluación inicial (pretest) con el objetivo de establecer la línea base de las habilidades psicolingüísticas de los participantes. Dicha evaluación se realizará una semana antes del comienzo de la intervención, con el fin de evitar posibles efectos de aprendizaje o interferencias derivadas de las actividades propuestas. Para ello, se administrará el Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) de manera individual, siguiendo las instrucciones del manual (vease Anexo F). La evaluación nos permitirá obtener un perfil inicial de las habilidades psicolingüísticas de cada participante, que servirá como referencia para la planificación y posterior valoración de la intervención.

La evaluación se realizará en un entorno tranquilo y familiar para los niños, en una sesión individual de aproximadamente 60 minutos de duración. Los resultados que obtengamos nos permitirán identificar el perfil inicial de habilidades y dificultades lingüísticas de cada participante.

Una semana después de la evaluación inicial, se desarrollará la intervención diseñada para el estudio, orientada a la estimulación de las habilidades lingüísticas y psicolingüísticas de los niños con TEA grado 1.

La intervención se llevará a cabo durante un período determinado, con sesiones estructuradas y adaptadas a las características y necesidades de los participantes.

La propuesta de intervención se encuentra organizada en diferentes fases secuenciales, que permiten estructurar de manera sistemática el proceso desde la planificación inicial hasta la aplicación de la

intervención. Estas fases se desarrollarán durante el primer trimestre del curso académico y contemplan la coordinación con el centro, el contacto con las familias, la evaluación inicial de los participantes y la posterior implementación de la intervención, garantizando una actuación planificada, coherente y ajustada a las necesidades de los niños y niñas participantes.

Está previsto llevar a cabo la propuesta de intervención durante el primer trimestre del curso académico. Se seguirán los siguientes pasos:

Fase 1: Concretar una reunión con la dirección del Centro para presentar la propuesta de intervención. Primera toma de contacto con las familias de los niños que han sido seleccionadas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. En esta reunión se hace entrega del documento para firmar el consentimiento de la familia (véase Anexo G).

Fase 2: Se mantendrán entrevistas con las familias de los niños para recabar información como historia clínica, informe psicológico, informe educativo, informe de terapias previas, etc.

Fase 3: Evaluación neuropsicológica de los niños que van a participar. Se va a pasar la prueba ITPA (Kirk, S.A. et al., 2011). La prueba se pasa de forma individual, en un periodo de tiempo de 60 minutos (véase Anexo E).

Fase 4: Se llevará a cabo la intervención con los niños y niñas mediante una organización combinada de sesiones individuales, grupales y familiares, con una frecuencia de dos sesiones semanales. La intervención se estructurará de modo que una sesión semanal sea de carácter individual, orientada al trabajo específico de las habilidades lingüísticas y psicolingüísticas de cada participante, y una

sesión semanal sea de carácter grupal, destinada a favorecer la generalización de los aprendizajes y la interacción comunicativa con iguales. Asimismo, se incluirán sesiones de carácter familiar, con una periodicidad mensual, dirigidas a orientar a las familias y promover la continuidad de la intervención en los entornos naturales del niño.

Finalizada la intervención, se realizará una evaluación post test con el fin de analizar los posibles cambios producidos tras la intervención. La semana inmediatamente posterior se volvió a administrar el ITPA bajo las mismas condiciones que en la evaluación inicial, garantizando la consistencia del procedimiento.

Los resultados obtenidos en la evaluación post intervención se compararán con los datos de la evaluación pre intervención, permitiendo analizar la evolución de las habilidades psicolingüísticas de los participantes y valorar la eficacia de la intervención aplicada.

2.4. Resultados esperados

Se espera que, tras la aplicación del programa de intervención, los niños y niñas participantes muestren una mejora en sus habilidades lingüísticas y psicolingüísticas, reflejada en un incremento de las puntuaciones obtenidas en el postest del Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) en comparación con la evaluación inicial. De manera específica, se prevé una mejora en los procesos de comprensión y expresión del lenguaje, tanto a nivel auditivo como visual, así como un progreso en las habilidades de asociación, integración y memoria secuencial, áreas directamente estimuladas

durante la intervención. Asimismo, se espera una reducción de las dificultades comunicativas detectadas en la evaluación inicial y un mejor ajuste del perfil psicolingüístico de los participantes. A nivel funcional, se anticipa que estas mejoras se traduzcan en un mayor uso espontáneo del lenguaje, una mejor participación en situaciones comunicativas cotidianas y un aumento de la eficacia comunicativa en los entornos naturales del niño, favoreciendo su interacción con iguales y adultos. En conjunto, se espera que la intervención contribuya a una mejor adaptación comunicativa y lingüística de los niños y niñas con TEA grado 1.

3. Descripción de la intervención y/o programa

La intervención se va a llevar a cabo en un Centro de Intervención privado específico de personas con TEA.

El centro cuenta con un aula amplia, que permite el movimiento de los niños, agradable, libre de ruidos y estímulos visuales. El aula está estructurada en áreas designadas para diferentes actividades; juegos, aprendizaje y descanso; una zona de juego, con juguetes y materiales que fomenten la interacción y el juego simbólico, una zona de aprendizaje con mesas y sillas para actividades educativas, como juegos de mesa o manualidades. El aula también cuenta con una zona de calma; un espacio tranquilo con cojines, y juguetes sensoriales. El aula está provista de apoyos visuales que faciliten la comunicación.

Un entorno predecible es esencial, estableciendo rutinas claras, anticipando las actividades programadas (Mesibov et al., 2005).

La intervención tendrá una duración total de ocho semanas, desarrollándose a través de dos sesiones semanales, lo que supondrá un total de dieciséis sesiones de intervención. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos, adaptándose al nivel de atención y a las características individuales de los niños y niñas participantes. Esta temporalización nos permitirá una intervención continuada y sistemática, favoreciendo la consolidación de los aprendizajes y la generalización de las habilidades lingüísticas y psicolingüísticas trabajadas.

3.1. Cronograma

Tabla 1

Cronograma de las sesiones de intervención

Número de sesiones	Objetivo	Tarea
Sesión 1 (véase Anexo A)	Establecer alianza terapéutica	Conociéndonos
Sesión 2 (véase Anexo B)	Favorecer el desarrollo de habilidades sociales relacionadas con la amistad	Nos conocemos y compartimos intereses
Sesión 3 (véase Anexo C)	Potenciar las habilidades sociales implicadas en la iniciación y el mantenimiento de relaciones de amistad con iguales	Iniciamos y mantenemos la interacción con iguales
Sesión 4 (véase Anexo D)	Trabajar y orientar a las familias	Orientación familiar y generalización de habilidades sociales

En primer lugar, se planificará un calendario para la administración del *Illinois Test of Psycholinguistic Abilities* (ITPA; Kirk et al., 2011). La evaluación se llevará a cabo durante la primera semana de septiembre, administrándose la prueba a dos niños por día. Posteriormente, se procederá a la corrección e interpretación de los resultados obtenidos, con el fin de identificar las principales fortalezas y dificultades comunicativas de cada participante.

Durante la segunda semana, se programarán las intervenciones individuales. Cada día se realizarán sesiones con dos niños, con una duración aproximada de 60 minutos por sesión. Estas sesiones estarán orientadas a establecer un primer vínculo terapéutico, así como a trabajar objetivos comunicativos específicos de forma individualizada. En la tercera y cuarta semana, los participantes se organizarán en dos grupos de intervención, uno formado por dos niños y tres niñas, y otro compuesto por tres niños y dos niñas. Durante este periodo se desarrollarán sesiones grupales con una duración aproximada de 90 minutos, orientadas al trabajo de habilidades comunicativas, sociales y emocionales en un contexto de interacción entre iguales.

En la quinta y sexta semana se llevarán a cabo reuniones con las familias de los participantes, con el objetivo de informar sobre la evolución de la intervención, los objetivos trabajados y ofrecer orientaciones para favorecer la generalización de los aprendizajes en contextos naturales, como el hogar y el entorno escolar.

Sesión 1: Sesión individual, se establece un primer contacto; presentación, cosas que le gustan y cosas que le disgustan. Se le pide a la familia que los niños lleven un álbum de fotos familiar, con

este apoyo visual, se le van realizando preguntas tipo, ¿quiénes están en esta foto?, ¿qué estáis haciendo?, ¿te lo estás pasando bien?

Actividad lista de deseos: Con cada niño, elaboramos de forma conjunta una lista de deseos que le gustaría tener, se les ofrecen algunas pistas, aprovechando la información aportada por la familia en la reunión inicial en cuanto a sus intereses. Juego ¿Quién es Quién?; en este juego se trabaja habilidades cognitivas como la memoria, razonamiento lógico, la creatividad.

Se finalizará la sesión aprovechando la zona de calma del aula con una pequeña relajación (SNEL, 2023), (Duch, 2017).

Sesión 2: Sesión de grupo, las sesiones grupales se planificarán cada 2 semanas, se alternarán con las individuales. La muestra se divide en dos grupos de 5 niños en cada grupo. La primera sesión de grupo es una primera toma de contacto, presentación (nombre, colegio al que van, curso, edad), cosas que les gusta, y cosas que les molestan. Juego ¿Quién soy yo? Con este juego se trabaja vocabulario, elección, atención, concentración y formulación de preguntas descriptivas. Juego Fantasma Blitz, se trabaja atención sostenida, concentración, memoria visual y coordinación óculo-manual. Juego Simón Dice, trabaja habilidades de secuenciación, uso de tiempos verbales en pasado, seguir y dar instrucciones. Juego cartas UNO, trabaja razonamiento, memoria, tolerancia a la frustración y aceptación de las reglas del juego.

Las sesiones grupales también finalizará con unos minutos de relajación (entre 5 y 7 minutos) en la zona de la calma del aula (Duch, 2017), (SNEL, 2023).

Sesión 3: Dinámica grupal sobre la amistad ¿qué es un amigo?, ¿Tenemos un mejor amigo/a? Contar experiencias con amigos, dibujar y escribir sobre el mejor amigo, actividad círculos de confianza (Floriano & González López, 2011).

Sesión 4: Se programarán intervenciones con las familias de los niños, informar sobre los objetivos trabajados, evolución, y orientaciones para trabajar en entornos naturales.

3.2. Materiales

Para el desarrollo de la intervención se emplearán diversos materiales seleccionados en función de los objetivos comunicativos, sociales y emocionales planteados, así como de las características individuales de los participantes.

A continuación, se describen los materiales utilizados.

Álbumes de fotografías familiares. Aportados por las familias de los participantes, se utilizarán como apoyo visual para favorecer la evocación de experiencias personales, la expresión oral y la formulación de preguntas relacionadas con personas, acciones y emociones.

Juegos de mesa estructurados como *UNO*, *Simón dice*, *Fantasma Blitz*, *¿Quién es quién?* y *¿Quién soy yo?*, seleccionados por su utilidad para el trabajo de habilidades cognitivas y comunicativas como la atención, la memoria, el razonamiento lógico, la formulación de preguntas, el seguimiento de instrucciones y la tolerancia a la frustración.

Material bibliográfico para la relajación y la autorregulación emocional. Se utilizarán los libros *Relajaciones. Grandes herramientas para pequeños guerreros* (Duch, 2017) y *Tranquilos y atentos como una rana. Guía práctica de serenidad* (SNEL, 2023), como apoyo para la realización de actividades de relajación, atención plena y regulación emocional al final de las sesiones.

Cuentos para el desarrollo de habilidades sociales. Se trabajará con los cuentos *Mi mamá es verde, mi vecino naranja* y *Hacer amigos* (Floriano & González López, 2011), con el objetivo de abordar contenidos relacionados con la diversidad, la amistad y la interacción social, favoreciendo la comprensión emocional y la reflexión grupal.

Material de apoyo didáctico. Se dispondrá de una pizarra blanca y tizas de colores para apoyar visualmente las explicaciones, estructurar actividades y facilitar la comprensión de consignas durante las sesiones.

Material para la zona de calma. Se utilizará material sensorial variado, como cojines, pelotas de textura suave, pompones, plumas y masajeadores, así como música suave y relajante y una iluminación tenue, con el fin de favorecer la relajación, la autorregulación emocional y el cierre tranquilo de las sesiones.

3.3. Producto final de la intervención

Se considera que esta propuesta de intervención es viable para llevarla a cabo en un centro de tratamientos de similares características a las descritas.

Se ha contado con un aula de intervención que ha resultado agradable para los niños; disponer de tres zonas diferenciadas (de trabajo, de juego y de calma) ha favorecido enormemente su libertad de movimientos, sobre todo en las intervenciones grupales (véase Anexo H).

Trabajar junto a las familias, acompañarlas, guiarlas y asesorarlas ha contribuido a despertar en ellos interés por compartir y participar junto a sus hijos en actividades más lúdicas y atractivas.

Al mismo tiempo, las familias han valorado la importancia y relevancia del aprendizaje a través del juego.

Puede resultar muy enriquecedor para niños y niñas autistas trabajar estos objetivos en otros entornos familiares y cotidianos para ellos. ¡Todo un reto!

4. Limitaciones y fortalezas

Al desarrollar esta propuesta de intervención no hemos encontrado con algunas limitaciones y fortalezas que pueden influir en la efectividad del proyecto, a continuación, vamos a enumerar ambas:

4.1. Limitaciones

Durante el desarrollo de la intervención, el centro de intervención ha enfrentado diversas limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

Variabilidad de la muestra. A pesar de que los participantes presentan una edad similar y comparten el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, la diversidad propia del trastorno implica una

elevada variabilidad en las necesidades, características cognitivas, comunicativas y emocionales de los niños. Esta heterogeneidad ha supuesto una limitación en la homogeneidad de la muestra, influyendo en la respuesta a la intervención y en el ritmo de progreso individual.

Ausencia de grupo control. La intervención no ha contado con un grupo control de la misma edad y con condiciones cognitivas similares, lo que ha limitado la posibilidad de establecer comparaciones y correlaciones más precisas entre los resultados obtenidos. Esta ausencia afecta a la representatividad y a la relevancia de los datos, dificultando la atribución directa de los cambios observados exclusivamente a la intervención aplicada.

Tamaño reducido de la muestra. El número limitado de niños y niñas participantes ha supuesto una restricción para la obtención de resultados más robustos y generalizables. Ampliar la muestra a participantes con diagnóstico de TEA de la misma franja de edad y con perfiles cognitivos diversos permitiría obtener datos más precisos y representativos.

Falta de un profesional de apoyo en las intervenciones grupales. La ausencia de un segundo profesional durante las sesiones grupales ha dificultado la implementación de determinadas actividades, especialmente aquellas que requerían un mayor seguimiento individual, apoyo conductual o adaptación inmediata a las necesidades de los participantes.

Dificultades en la evaluación del progreso. La variabilidad en las respuestas y comportamientos de los niños, junto con la falta de herramientas de evaluación específicas y sensibles a los cambios a

corto plazo, ha dificultado la valoración objetiva de los progresos alcanzados durante la intervención.

Desigual implicación de las familias. Se han observado diferencias en el grado de compromiso y participación de las familias, lo que ha limitado en algunos casos la continuidad y generalización de los aprendizajes trabajados durante la intervención a los contextos naturales del niño.

4.2. Fortalezas

Una de las principales fortalezas del centro de intervención es el respaldo institucional por parte de la dirección, lo que garantiza la adecuada planificación, implementación y continuidad de las actividades y programas de intervención. Este apoyo facilita la coordinación del equipo profesional y asegura la estabilidad necesaria para el desarrollo del proyecto. Asimismo, el acceso a los recursos necesarios, tanto materiales como humanos, constituye una fortaleza relevante, ya que permite llevar a cabo las intervenciones de forma eficaz y adaptada a las necesidades de los participantes. La disponibilidad de materiales específicos y de personal cualificado favorece la correcta ejecución de las actividades planificadas. Por otro lado, el entorno físico del centro, caracterizado por la ausencia de distracciones visuales y auditivas, favorece la concentración, el bienestar y la autorregulación de los niños durante las sesiones. Este aspecto resulta especialmente relevante en el caso de niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista, al facilitar un clima de intervención estructurado y predecible. Finalmente, la elevada motivación y el entusiasmo mostrados por los participantes durante las sesiones constituyen una fortaleza adicional, ya que incrementan su implicación y

compromiso con las actividades propuestas, favoreciendo así el aprovechamiento de la intervención y la consecución de los objetivos planteados.

5. Aplicaciones futuras

Una posible línea de desarrollo futuro de la presente propuesta de intervención consiste en su extensión al entorno natural de un centro educativo ordinario que cuente con el recurso de Equipo TEA. Esta adaptación permitiría trasladar los objetivos y estrategias trabajados en el contexto del centro de intervención a un entorno escolar inclusivo, favoreciendo la generalización de los aprendizajes y la participación activa del alumnado con Trastorno del Espectro Autista en la vida escolar. La implementación de la intervención en el ámbito educativo podría llevarse a cabo mediante la coordinación entre el equipo de intervención, el profesorado del aula ordinaria y los profesionales del Equipo TEA, integrando las actividades comunicativas y sociales dentro de la rutina diaria del aula. De este modo, se facilitaría la inclusión del alumnado con TEA, entendida como el equilibrio entre un aprendizaje de calidad ajustado a las capacidades y habilidades del alumnado y la garantía de un aprendizaje significativo para todos (Echeita Sarrionandia, 2024). En un entorno educativo inclusivo, los niños y niñas con TEA tienen la oportunidad de interactuar y socializar con compañeros neurotípicos, lo que contribuye al desarrollo de habilidades sociales y comunicativas funcionales. La mejora de estas habilidades favorece una participación más plena en la vida social y académica, repercutiendo positivamente en su calidad de vida y bienestar general. Asimismo, la presencia de alumnado con TEA en contextos inclusivos promueve la sensibilización,

la empatía y el respeto hacia la diversidad entre el resto del alumnado, enriqueciendo la experiencia educativa del grupo. La literatura científica respalda la eficacia de intervenciones tempranas y estructuradas en la mejora de comportamientos funcionales, habilidades cognitivas y comunicativas en niños con TEA, tal y como señalan Reichow et al. (2018). Estos hallazgos refuerzan la conveniencia de ampliar este tipo de programas a contextos educativos ordinarios. Por otro lado, la extensión de la intervención al ámbito familiar constituye un aspecto fundamental para el éxito del tratamiento. La intervención debe iniciarse de manera temprana tras el diagnóstico y mantenerse a lo largo del desarrollo del niño, adaptándose a la evolución de sus necesidades. La participación activa de la familia desde las fases iniciales favorece una adaptación más rápida y eficaz, siendo esencial capacitar y empoderar a las familias para la aplicación de estrategias terapéuticas en el entorno familiar (Artigas-Pallarés & Narbona, 2011). La intervención futura debería concebirse como un proceso conjunto y coordinado entre la familia, los profesionales de la intervención, los profesionales sanitarios y el ámbito educativo. La comunicación fluida y las reuniones periódicas permiten alinear objetivos y métodos de actuación, favoreciendo la coherencia de las intervenciones (Blackledge & Hayes, 2006). Asimismo, resulta necesario que las intervenciones mantengan un carácter flexible, adaptándose a los cambios evolutivos del niño y a los nuevos retos que puedan surgir a lo largo de su desarrollo. En este proceso, la familia desempeña un papel clave en la identificación de necesidades emergentes y en la implementación de los ajustes necesarios.

Finalmente, a largo plazo, las aplicaciones futuras de la intervención deberían orientarse a fomentar la autonomía y la independencia del niño, promoviendo el aprendizaje de habilidades de la vida

diaria y facilitando la transición progresiva hacia la vida adulta. La intervención no solo debe centrarse en el niño, sino también en el bienestar familiar, incorporando recursos de apoyo, asesoramiento y redes comunitarias que contribuyan a reducir el estrés y fortalecer a la familia en su conjunto.

6. Conclusiones esperadas

El presente estudio tiene como finalidad evaluar las habilidades comunicativas de un grupo de 10 niños y niñas, cinco niños y cinco niñas, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista grado 1, mediante la aplicación del *Illinois Test of Psycholinguistic Abilities* (ITPA; Kirk et al., 2011). Los resultados esperados sugieren que, a pesar de la variabilidad individual característica del trastorno, pueden identificarse patrones comunes en las fortalezas y dificultades comunicativas del grupo.

Se espera que los participantes presenten una capacidad relativamente preservada para la comprensión y el uso del lenguaje en contextos estructurados, mientras que muestren mayores dificultades en situaciones que requieren habilidades pragmáticas complejas, como la interpretación de matices sociales o el intercambio comunicativo en interacciones espontáneas. Estas dificultades se prevén tanto en niños como en niñas, lo que indicaría que el impacto del diagnóstico de TEA grado 1 en la comunicación no se ve significativamente influido por la variable género.

Estos resultados esperados son coherentes con la literatura previa, que señala las dificultades pragmáticas como un rasgo característico en niños y niñas con TEA grado 1 (Montagut et al., 2018), así como con estudios que analizan el sesgo de género en el diagnóstico y las manifestaciones del

trastorno. Asimismo, se prevé que los participantes puedan beneficiarse de intervenciones estructuradas centradas en la comunicación funcional, como las conversaciones dirigidas y el aprendizaje de normas sociales implícitas en la comunicación.

En este sentido, los programas de intervención temprana e individualizada se consideran especialmente relevantes para favorecer el desarrollo de las habilidades comunicativas, contribuyendo a una mayor inclusión social y académica. Estudios recientes respaldan la eficacia de este tipo de intervenciones en la mejora de la comunicación pragmática en niños con diagnóstico de TEA (Muñoz Sánchez et al., 2024).

Por último, se subraya la importancia de una evaluación continua y de la planificación de estrategias de intervención adaptadas a las necesidades individuales de cada niño, así como del papel fundamental de la familia en la generalización de los aprendizajes a los contextos cotidianos. La colaboración entre profesionales, familias y el ámbito educativo resulta clave para promover un desarrollo comunicativo más eficaz y una mejora en la calidad de vida de los niños y niñas con TEA y de sus familias. Finalmente, se considera necesario fomentar futuras líneas de investigación con muestras más amplias, que permitan analizar la eficacia de diferentes modelos de intervención y el potencial de nuevas tecnologías como apoyo al desarrollo de las habilidades comunicativas.

7. Referencias bibliográficas

Baixauli-Fortea, I., Miranda Casas, A., Berenguer-Forner, C., Colomer-Diago, C., & Roselló-

Miranda, B. (2019). Pragmatic competence of children with autism spectrum disorder.

Impact of theory of mind, verbal working memory, ADHD symptoms, and structural language. *Applied Neuropsychology: Child*, 8(2), 101-112.

<https://doi.org/10.1080/21622965.2017.1392861>

Barajas Alcántara, L. M. (2022). Lenguaje y comunicación en el autismo. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(28), 74-98.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind” ?

Cognition, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Cohen, D. J. (2000). *Understanding other minds:*

Perspectives from developmental cognitive neuroscience (2nd ed). Oxford university press.

Belinchón Carmona, M., Igoa González, J. M., & Rivièrè Gómez, A. (2000). *Psicología del lenguaje:*

Investigación y teoría (5. ed). Ed. Trotta.

Belinchón Carmona, M, Igoa, JM, & Rivièrè, A. (2009). *Psicología del Lenguaje. Investigación y*

teoría. (9º).

Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal*

of Autism and Developmental Disorders, 39(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0593-3>

Bougeard, C., Picarel-Blanchot, F., Schmid, R., Campbell, R., & Buitelaar, J. (2024a). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-Morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Focus*, 22(2), 212-228. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.24022005>

Bougeard, C., Picarel-Blanchot, F., Schmid, R., Campbell, R., & Buitelaar, J. (2024b). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-Morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Focus*, 22(2), 212-228. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.24022005>

Cañadas Pérez, M. (2012). *LA FAMILIA, PRINCIPAL PROTAGONISTA DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA*.

Carrow-Woolfolk, E. (1988). *Theory, assessment, and intervention in language disorders: An integrative approach*. Grune & Stratton.

Charman Tony, Pellicano Liz, Peacey Lindy V, Peacey Nick, Forward Kristel, & Dockrell Julie. (2011). *Buenas Practicas en Educación*.

De Domenico, C., Alito, A., Leonardi, G., Pironti, E., Di Cara, M., Piccolo, A., Settimo, C., Quartarone, A., Gagliano, A., & Cucinotta, F. (2025). Children and Adolescents with Co-Occurring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of Multimodal Interventions. *Journal of Clinical Medicine*, 14(11), 4000. <https://doi.org/10.3390/jcm14114000>

- Del Toro Alonso, V, & Sánchez Moreno, E. (2020). *Introduction family-centered model in Spain from a perspective from the life family quality*. 13(2).
- Duch, M. (with Nieto Guridi, R.). (2017). *Relajaciones* (1a edición). Editorial Flamboyant.
- Feinstein, A. (with Belinchón Carmona, M., & Muñoz Bravo, J.). (2016). *Historia del autismo: Conversaciones con los pioneros* (Ed. rev. y amp). Autismo Ávila.
- Floriano, C. S., & González López, V. (2011). *Hacer amigos*. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Frith, U. (2019). *Autismo: Hacia una explicación del enigma* (2ª ed., 9ª reimp). Alianza Editorial.
- Frost, L. (1994). *The picture exchange communication system training manual*. Pyramid Educational Products.
- Geschwind, D. H. (2009). Advances in Autism. *Annual Review of Medicine*, 60(1), 367-380.
<https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.053107.121225>
- Grimalt López, Miriam, Anadón Ruiz, Leticia, Herrera Alegre, Rocío, Hernández Vicente, Noelia, Dalda Navarro, Verónica, & Morcillo Martínez, Sara. (2024). *Trastorno del espectro autista: Revisión sistemática de tratamiento*. 5(5).
- Happé, F, & Frith, U. (2010). *Autism and Talent*. OUP Oxford.
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism☆. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26-32.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.11.003>

Intervenciones cognitivo-conductuales para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con

TEA: Una revisión sistemática. (2022). *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 9(3). <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.3.8>

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (with Calonge Romano, I., & Cordero Pando, A.). (2011). *Test breve de inteligencia de Kaufman (K.BIT) ([Reimp.]*). Pearson.

Kirk, S. A., Kirk, W. D., & McCarthy, J. J. (2011). *Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA)* (8ª ed). TEA.

Kirk, S. A., McCarthy, J. J., & Kirk, W. D. (2011). *ITPA: Test illinois de aptitudes psicolingüísticas* (8a. ed). tea.

Kirk, S.A., McCarthy, J. J., & Kirk, W.D. (s. f.). *ITPA. Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas*.

Koegel, R., & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal response treatments for autism: Communication, social, and academic development*. Brookes.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508-520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR (C. Badía Villaseca, Trad.; Quinta edición, texto revisado). (2024). Editorial Médica Panamericana.

Martos, J, & Riviére, A. (2001). *Autismo: Comprensión y explicación actual*.

Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). *Comorbid psychopathology with autism spectrum disorders in children: An overview. Research in Developmental Disabilities*.

Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W.

(2013). The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>

McArthur, G. E., Lee, E. & Laycock, R. (2022). *Autism traits and cognitive performance: Mediating roles of sleep disturbance, anxiety and depression. Journal of Autism and Developmental Disorders*.

McWilliam, R. (2016). *Metanoia in Early Intervention: Transformation to a Family Centered Approach*.

Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Kluwer Academic/Plenum.

Micai, M., Fatta, L. M., Gila, L., Caruso, A., Salvitti, T., Fulceri, F., Ciaramella, A., D'Amico, R., Del Giovane, C., Bertelli, M., Romano, G., Schünemann, H. J., & Scattoni, M. L. (2023). Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 155, 105436. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105436>

Mulas Delgado, F., Ros Cervera, G., Millá Romero, M. G., Etchepareborda Simonini, M. C., Abad Mas, L., & Téllez De Meneses Lorenzo, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(S03), 77. <https://doi.org/10.33588/rn.50S03.2009767>

- Muñoz Sánchez, E., Belda-Torrijos, M., & Sánchez Pedroche, A. (2024). La Comunicación Pragmática en TEA grado 1 asociado al Síndrome de Asperger en la segunda infancia. *International Journal of New Education*, (12), 123-146.
<https://doi.org/10.24310/ijne.12.2023.17822>
- Nazeer, A., & Ghaziuddin, M. (2012). Autism Spectrum Disorders: Clinical Features and Diagnosis. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.007>
- PEREZ ROCHA, J. C. (2019). *METODO TEACCH CON NINOS/AS CON AUTISMO*. EDITORIAL ACADEMICA ESPAN.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2020). *BASC3: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes -3 : manual*. Pearson Clinical.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2026). *Early Start Denver Model for young austistic children: Promoting language, learning, and engagement* (Second edition). Guilford Press.
- Salvadó-Salvadó, B, Palau-Baduell, M, Clofent-Torrentó, M, MonteroCamacho, M, & Hernández-Latorre MA. (2012). *Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista*.
- Sanz Cortés, A. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association, 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>. *Psicooncología*, 19(2), 339-340.
<https://doi.org/10.5209/psic.84045>

- SNEL, E. (2023). *TRANQUILOS Y ATENTOS COMO UNA RANA/ SITTING STILL LIKE A FROG: La meditacin para los nios con sus padres/ mindfulness exercises for kids and*. KARIOS EDITORIAL SA.
- Tager-Flusberg, H. (2007). *Evaluating the theory-of-mind hypothesis of autism*. 311-315.
- Trivisonno, C. M. (2007). *Introducción al enfoque ABA en autismo y retraso de desarrollo: [Un manual para padres y educadores]*. Lulu Ediciones.
- Turner, M. (1999). Annotation: Repetitive behaviour in autism: a review of psychological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(6), 839-849.
- Velikonja, T., Fett, A.-K., & Velthorst, E. (2019). Patterns of Nonsocial and Social Cognitive Functioning in Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(2), 135. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3645>

8. Anexos

Anexo A

Conociéndonos

Objetivo: establecer alianza terapéutica:

Descripción de la actividad

El niño/a asiste a la sesión con un álbum de fotos familiar previamente solicitado. A través de la observación de las imágenes, el menor presenta a las personas significativas de su entorno, tales como familiares y amigos, compartiendo recuerdos, experiencias y emociones asociadas.

Materiales

Álbum de fotos familiar, hojas blancas, lápices de colores y rotuladores.

Anexo B

Nos conocemos y compartimos intereses

Objetivo: Favorecer el desarrollo de habilidades sociales relacionadas con la amistad.

Descripción de la actividad

Cada participante completa, con apoyo del terapeuta, una ficha visual sobre sus gustos (juegos, actividades, personajes favoritos). Posteriormente, se promueve el intercambio de esta información con los compañeros y compañeras, guiando la interacción mediante preguntas estructuradas y turnos claramente definidos. El profesional facilita la comprensión de las similitudes y diferencias entre intereses, reforzando las conductas sociales adecuadas.

Materiales

Pizarra blanca, folios, lápices y rotuladores.

Anexo C

Iniciamos y mantenemos la interacción con iguales

Objetivo: Potenciar las habilidades sociales implicadas en la iniciación y el mantenimiento de relaciones de amistad con iguales.

Descripción de la actividad

Se realizan juegos de adaptados al nivel de los participantes, utilizando situaciones sociales cotidianas (por ejemplo, pedir jugar con un compañero o mantener una conversación breve). Los niños practican las escenas con apoyo gradual, recibiendo retroalimentación inmediata y refuerzo positivo. La sesión finaliza con una reflexión guiada sobre lo aprendido, utilizando preguntas cerradas y apoyos visuales para facilitar la expresión.

Materiales

Tarjetas con situaciones sociales, pictogramas y espacio para la dramatización.

Anexo D

Orientación familiar y generalización de habilidades sociales

Objetivo: Trabajar y orientar a las familias.

Descripción de la actividad

El profesional explica de forma clara los contenidos trabajados en las sesiones anteriores y la importancia de la coherencia entre el contexto terapéutico y el familiar. Se ofrecen pautas prácticas para reforzar en casa habilidades como el saludo, el respeto de turnos, la expresión de intereses y la resolución básica de conflictos, utilizando ejemplos de la vida cotidiana. Asimismo, se fomenta un espacio de diálogo para resolver dudas y compartir experiencias.

Anexo E

Instrumento de evaluación

Figura 1

Cuadernillo de registro del examinador del ITPA-3

ITPA-3 Perfil/Cuadernillo de registro del examinador

Prueba Illinois de Habilidades Psicolingüísticas

Sección I. Información de identificación

Nombre _____ Mujer ☐ Varón ☐ Escuela _____ Grado _____

Año _____ Mes _____ Día _____

Fecha de evaluación _____ Nombre del examinador _____

Fecha de nacimiento _____ Título del examinador _____

Edad _____

Sección II. Registro de las puntuaciones de las subpruebas

Subpruebas orales	Puntuación natural	Percentil	Puntuación estándar	Subpruebas escritas	Puntuación natural	Percentil	Puntuación estándar
1. Analogías (SA)	_____	_____	_____	7. Secuencias de oraciones (SSq)	_____	_____	_____
2. Vocabulario oral (SV)	_____	_____	_____	8. Vocabulario escrito (WV)	_____	_____	_____
3. Cierre morfosintáctico (MC)	_____	_____	_____	9. Codificación visual (SiD)	_____	_____	_____
4. Oraciones sintácticas (SS)	_____	_____	_____	10. Codificación de sonidos (SoD)	_____	_____	_____
5. Eliminación de sonidos (SD)	_____	_____	_____	11. Ortografía visual (SiS)	_____	_____	_____
6. Pares mínimos (RS)	_____	_____	_____	12. Ortografía de sonidos (SoS)	_____	_____	_____

Sección III. Cocientes de los Compuestos

Compuestos de la ITPA-3	Puntuación estándar de las subpruebas de la ITPA-3												FE Suma	Cociente
	SA	SV	MC	SS	SD	RS	SSq	WV	SiD	SoD	SiS	SoS		
Globales														
Lingüístico:														
Lenguaje oral														
Lenguaje escrito														
Específicos														
Semántico														
Morfosintáctico														
Fonético														
Comprensión														
Identificación de palabras														
Ortografía														
Procesamiento visión-símbolo														

Manual Moderno®

Copyright © 1997 por ITPA, Inc. Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción sin el consentimiento escrito de ITPA, Inc.

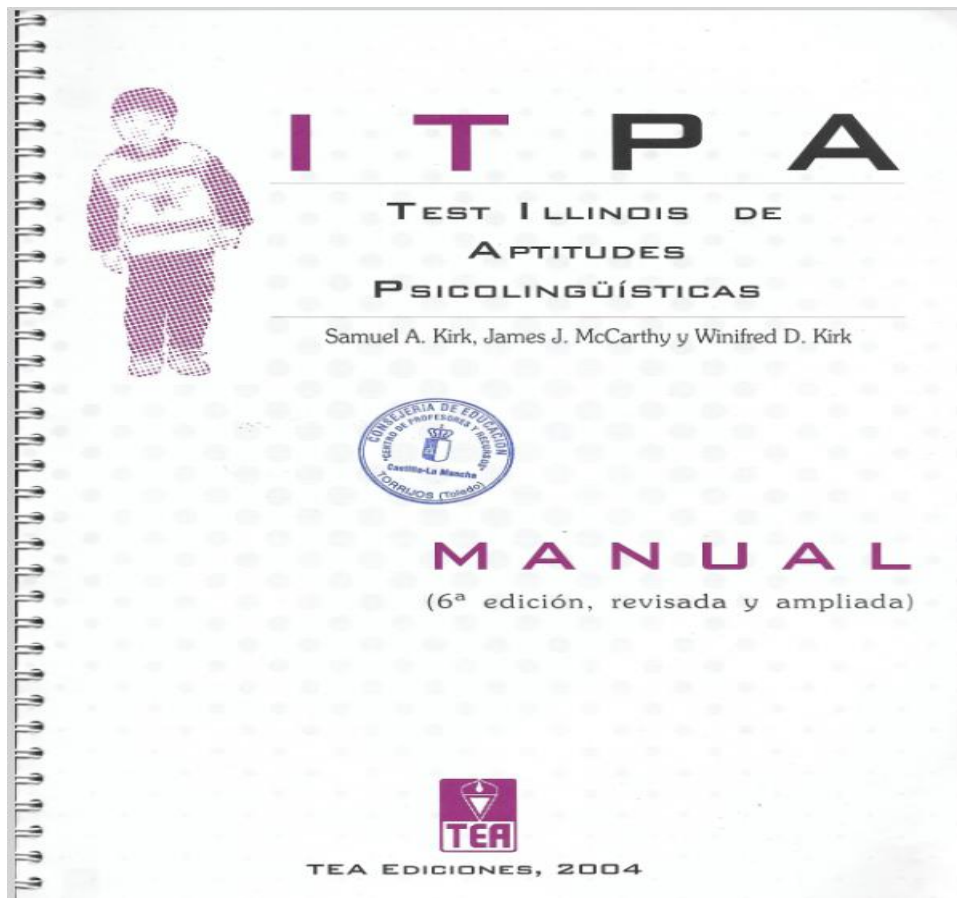
Nota. Cuadernillo de registro correspondiente a la *Prueba Illinois de Habilidades Psicolingüísticas* (ITPA-3). Instrumento utilizado para la evaluación de habilidades psicolingüísticas en población infantil. Imagen reproducida con fines exclusivamente académicos.

Anexo F

Manual de instrumento de evaluación

Figura 1

Portada del manual del Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)



Nota. Portada del manual del *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas* (ITPA), 6.ª edición revisada y ampliada. Instrumento utilizado para la evaluación de habilidades psicolingüísticas en población infantil. Imagen reproducida con fines exclusivamente académicos. Adaptado de Kirk et al. (2004).

Anexo G

AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Nosotros: _____ y _____
como _____ progenitores y/o _____ tutores legales de
declaramos lo siguiente:

1. Que ambos estamos de acuerdo en que nuestro/a hijo/a participe en el proyecto de intervención que se va a realizar durante el primer trimestre del presente año académico desde el Centro de Intervención.
2. Que, mediante la presente autorización, ambos damos nuestro consentimiento para que el Centro continúe con el proyecto planteado, incluyendo todas las acciones y procedimientos necesarios en beneficio del desarrollo de nuestro/a hijo/a.
3. Que de acuerdo con lo dispuesto en la **Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales** y el **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo**, ambos progenitores otorgamos nuestro consentimiento para el tratamiento de los datos personales y la información necesaria para el desarrollo de los servicios de intervención. Los datos serán tratados de manera confidencial y utilizados exclusivamente para los fines establecido, sin que puedan ser cedidos a terceros sin nuestro consentimiento expreso, salvo en los casos previstos por la ley.

Firmas de los Progenitores

Nombre y Firma del Progenitor 1: _____
DNI/NIE del Progenitor 1: _____
Fecha: _____

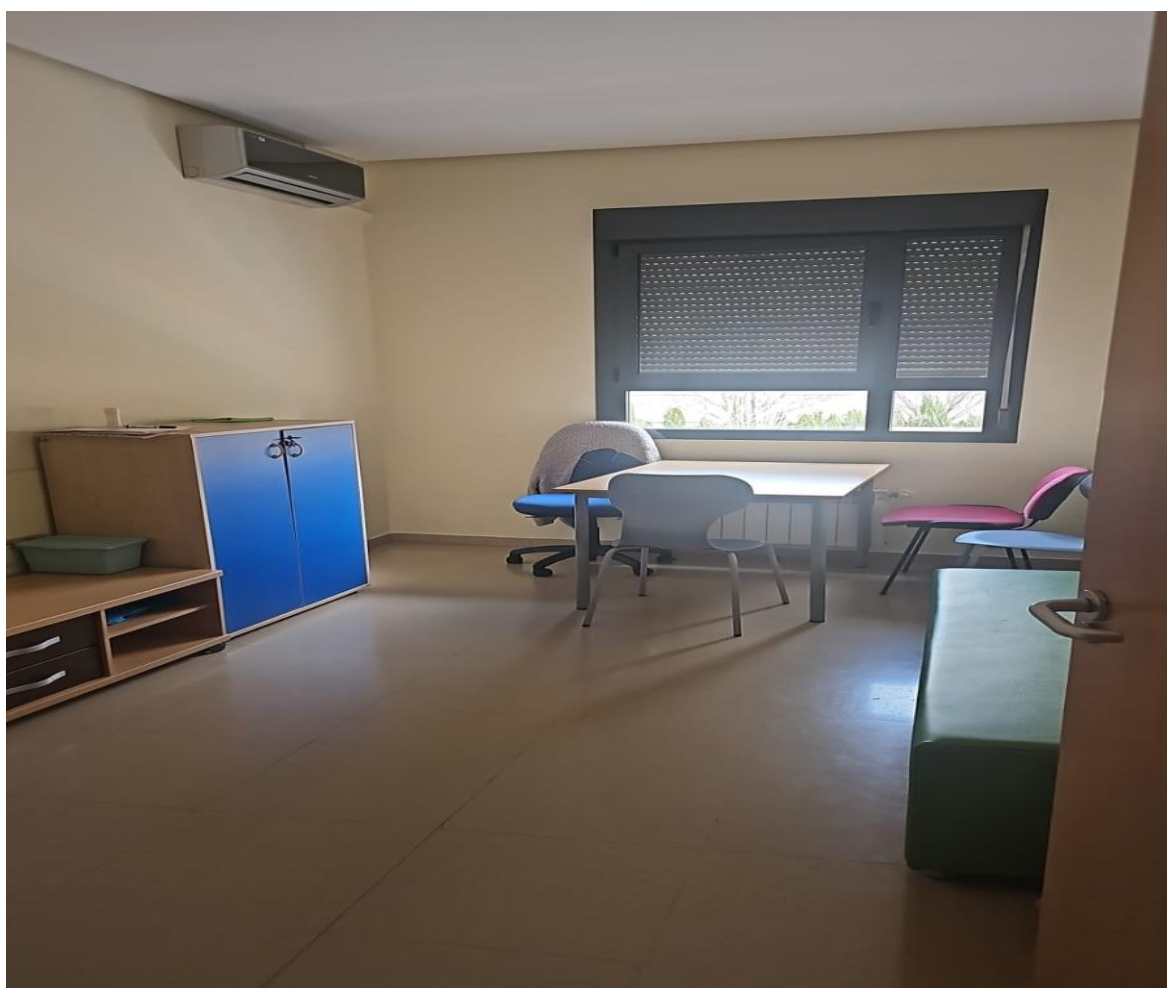
Nombre y Firma del Progenitor 2: _____
DNI/NIE del Progenitor 2: _____
Fecha: _____

Anexo H

Sala de intervención

Figura 3

Sala de intervención utilizada para el desarrollo del proyecto



Nota. Imagen de elaboración propia correspondiente al espacio físico donde se llevaron a cabo las sesiones de intervención descritas en el presente trabajo.