



FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOPEDAGOGÍA

Curso 2017- 2018

**EL DESARROLLO EMOCIONAL EN
ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE
ASPERGER MEDIANTE LA IMPROVISACIÓN
TEATRAL**

Autora: Dña. Nataly Paola Cruzado Tafur

Tutor: Don Alberto Nieto Pino

Junio 2018

AGRADECIMIENTO

En primer, lugar me gustaría agradecer a mi familia por el apoyo contante e incondicional y sus palabras significativas que me han dado la fuerza necesaria para seguir adelante durante esta etapa académica.

A su vez, quisiera agradecer a mi tutor Don Alberto Nieto Pino por su atención, disposición, consejos y apoyo durante este periodo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. JUSTIFICACIÓN	2
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
4.1. EL SÍNDROME DE ASPERGER	5
4.1.1. Evolución histórica.....	5
4.1.2. Características	8
4.1.3. Criterios diagnósticos	10
4.1.4. Diagnóstico e instrumentos para la detección del síndrome de Asperger:	14
4.1.5. Teorías neuropsicológicas:	15
4.1.6. Prevalencia:.....	17
4.1.7. Comorbilidad:	19
4.1.8. El síndrome de Asperger en las mujeres:	21
4.1.9. El síndrome de Asperger en la adolescencia:	23
4.2. EL TEATRO.....	25
4.2.1. Definición de improvisación teatral	25
4.2.2. Características de improvisación teatral.....	26
4.2.3. El teatro como práctica de desarrollo emocional	28
4.2.4. El teatro como medio terapéutico	29
4.3. EMOCIONES	30
4.3.1. Inteligencia emocional	31
4.3.2. Educación emocional	33
4.3.3. La problemática del SA con las emociones	36
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	37
5.1. PREFACIO	37

5.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN CUATRO ORGANISMOS	38
5.3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	41
5.4. DISEÑO DE LA PROPUESTA	42
5.5. CONTEXTO.....	43
5.6. DESTINATARIOS	44
5.7. TEMPORALIZACIÓN	44
5.8. METODOLOGÍA	45
5.9. SESIONES DE ACTIVIDADES.....	45
5.10. EVALUACIÓN	57
5.11. PROPUESTA DE MEJORA	58
6. CONCLUSIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	67

RESUMEN

Este trabajo de investigación de carácter exploratorio comienza con la investigación teórica del Síndrome de Asperger señalando los aspectos más relevantes de este trastorno. Asimismo, se mencionará la relación del teatro y la inteligencia emocional en torno al síndrome.

A partir del análisis teórico se crea un programa de intervención basado en el desarrollo emocional de adolescentes con SA mediante la improvisación teatral. El objetivo principal es promover el reconocimiento de las emociones a través de la expresión corporal.

Las sesiones propuestas las hemos realizado teniendo en cuenta el ámbito emocional y social, para ello se han establecido vínculos entre el orientador y los adolescentes, al igual que entre personas de la misma edad, promoviendo una participación activa creando un clima de conocimiento, estima y confianza.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Asperger, adolescencia, teatro, emociones, inteligencia emocional e intervención.

ABSTRACT

This exploratory research begins with the theoretical investigation of Asperger's syndrome, pointing out the most relevant aspects of it. Likewise, the relation of theater and emotional intelligence regarding the syndrome will be mentioned.

The theoretical analysis, in this case an intervention program is created to support the emotional development of adolescents with SA through theatrical improvisation. The main objective is to promote the recognition of emotions through body expression.

These proposed sessions have been constructed considering the emotional and social environment. For this, links have been established between the counselor and adolescents as well as between people of the same age, promoting active participation, creating a climate of knowledge, esteem and confidence.

KEY WORDS: Asperger syndrome, adolescence, theater, emotions, emotional intelligence and intervention.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el número de personas con síndrome de Asperger (de aquí en adelante, SA) se ha incrementado, convirtiéndose en un tema de vital importancia en cuanto a relaciones sociales y desarrollo emocional se trata. Las diferentes investigaciones ponen de manifiesto, que es un trastorno en el que diversos aspectos aún no logran tener respuesta, como sucede con su etiología. Por todo ello, se puede afirmar que las personas con SA presentan dificultad en la interacción social, torpeza motora, así como conductas repetitivas.

El presente Trabajo de Fin de Máster, abordará el desarrollo emocional en personas con SA mediante la realización de un programa de intervención, que sirva de apoyo en contextos no formales a través de la improvisación teatral. La presente investigación se ha realizado en la Comunidad Autónoma de Castilla y León con la finalidad de tener un análisis del desarrollo emocional, a través de las diferentes asociaciones que trabajan para mejorar la calidad de vida de las personas con Trastorno Espectro Autista (TEA) tales como: Autismo Valladolid, Centro Psicopedagógico Don Sancho, Asociación Ariadna, Autismo Segovia y Autismo León.

En este sentido, la investigación se ha elaborado teniendo en cuenta una fundamentación teórica, en el que se abordan los orígenes y su evolución histórica, permitiéndonos conocer de cerca este síndrome, explicando las características más significativas, su diagnóstico e instrumentos, así como su comorbilidad relacionada con otros trastornos o enfermedades. A su vez, se nombra al teatro como práctica de desarrollo emocional; mencionando sus características y su finalidad como medio terapéutico haciendo uso del teatro de improvisación como desarrollo de destrezas y habilidades emocionales. Por todo ello, la inteligencia emocional nos permitirá conocer y abordar las emociones con este colectivo de manera adecuada.

La elaboración de este programa de intervención pretende potenciar el ámbito emocional en adolescentes con SA, para ello hemos realizado los objetivos y las sesiones, teniendo en cuenta el análisis de la información recogida de las diferentes asociaciones buscando potenciar e implementar la parte emocional con un desarrollo integral a nivel social, conductual y cognitivo.

2. OBJETIVOS

Con el fin de poder llevar a cabo el presente trabajo de investigación, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Realizar un estudio completo del Síndrome de Asperger, que ayude a identificar elementos para el desarrollo emocional, presentando una propuesta de intervención útil, que ayude a potenciar el autocontrol emocional en los diferentes contextos, que se desenvuelve la persona.

Para conseguir un mayor conocimiento del Síndrome de Asperger, se debe tener en cuenta los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y describir los rasgos de la población a la que va dirigida la intervención.
- Diseñar una propuesta de intervención óptima para potenciar el desarrollo emocional.
- Estimular y enriquecer el área emocional.
- Difundir el uso y beneficio de un programa de intervención basado en el ámbito emocional.

3. JUSTIFICACIÓN

La elección de este tema es debido a la importancia e incremento progresivo de personas que presentan el SA, por lo que se cree necesario para cualquier persona y/o profesional conocer las características, diagnóstico, comorbilidad con otros trastornos, necesidades y la metodología apropiada para trabajar en diversos ámbitos en especial el ámbito emocional.

Cabe resaltar que el SA afecta el lenguaje y el desarrollo social no solo de niños y niñas sino también de adolescentes y adultos. Es por ello, que como profesional se debe destacar la importancia de conocer todo sobre este síndrome e intervenir de forma adecuada en el reconocimiento de las emociones.

Por tal motivo, las prácticas realizadas en el Centro Psicopedagógico Don Sancho de Valladolid, nos han permitido observar de cerca las necesidades que presenta este colectivo y a partir de ello realizar un programa de intervención basado en el desarrollo emocional de adolescentes con SA mediante la improvisación teatral, teniendo como finalidad reconocer, mejorar y potenciar el ámbito emocional. El presente trabajo de investigación está enfocado en

adolescentes debido a que en ellos se aprecia con más claridad las deficiencias en el ámbito emocional.

La improvisación teatral se puede considerar como un medio de intervención práctico, en el que los adolescentes han de expresarse de forma sencilla, a través de diferentes representaciones teatrales generándose una conexión entre la persona, las emociones y el entorno; para así poder ayudar en el manejo y mejora de las habilidades emocionales. Por lo tanto, se resalta la importancia del desarrollo emocional en este colectivo.

Tras señalar la importancia del desarrollo emocional en este colectivo se pone de manifiesto que se han adquirido las competencias generales y específicas de la Guía Didáctica correspondiente a la Asignatura del Trabajo de Fin de Máster que exigen para la adquisición del título de Magister. A continuación, se detalla un breve resumen de las competencias generales:

- *Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades*; mediante este trabajo de investigación se pretende explicar la idea principal, el problema y los resultados obtenidos del análisis de las asociaciones que representan al colectivo del autismo y SA.
- *Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de investigación*; a lo largo de este trabajo hemos realizado el uso correcto de la protección de datos, siguiendo las normas para evaluar los beneficios y las dificultades que presentan las personas con síndrome de Asperger.
- *Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional*; mediante la búsqueda de libros digitales, uso de la plataforma virtual de la biblioteca de la Universidad de Valladolid y páginas web.
- *Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional*; a través de la realización del Trabajo Fin de Máster (TFM) hemos obtenido los conocimientos apropiados para nuestra investigación y en base a ello desarrollar un programa de intervención.

Las competencias específicas que se mencionarán a continuación han sido elaboradas de acuerdo al programa de intervención desarrollado para adolescentes con SA.

- *Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas;* mediante la realización de un programa de intervención para el desarrollo emocional de adolescentes con SA, se busca fomentar la creatividad, coordinación corporal, así como las actitudes y aptitudes en este colectivo.
- *Diseñar, implementar y evaluar las prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.* Por consiguiente, la elaboración de este programa promoverá el desarrollo y mejora del ámbito emocional en personas con SA mediante la improvisación teatral.
- *Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.* A partir de la creación de un programa que pueda ser utilizada por centros, organizaciones y asociaciones formales y no formales.
- *Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas;* mediante la elaboración de este programa se busca dar respuesta a las necesidades psicopedagógicas que presenta este colectivo.
- *Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución,* a través del estudio de personas con SA, análisis, y resultados que obtengan en la investigación.
- *Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.* Partiendo de la investigación realizada se creará una propuesta de intervención que se ciña a la necesidad de desarrollar el ámbito emocional posteriormente se buscará optimalizarla e implementarla.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para comprender mejor en que se basa este trabajo de investigación, es necesario abordar nociones importantes del Síndrome de Asperger (SA), el teatro como práctica de desarrollo emocional de la persona y su relación con la inteligencia emocional.

4.1. EL SÍNDROME DE ASPERGER

En este apartado abordaremos los aspectos más relevantes del SA tales como su evolución histórica, características, criterios diagnósticos, las teorías neuropsicológicas que buscan explicar el razonamiento de este colectivo, así como la explicación de este síndrome en la etapa de la adolescencia.

4.1.1. Evolución histórica

Históricamente el síndrome de Asperger tuvo su origen con Han Asperger, sin embargo, las primeras investigaciones que se realizaron sobre la alteración del comportamiento en las personas fueron realizadas por el psiquiatra Leo Kanner, quién, en 1943, publicó su investigación titulada “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” (Trastornos Autísticos del Contacto Afectivo). En el que recogía información relevante de un grupo de once infantes, manifestando que presentaban dificultades para relacionarse socialmente. Es por ello, que su desarrollo afectivo, se vio marcado hacia sus familiares. Sus estudios alcanzaron gran interés en la sociedad, marcando el inicio de nuevas investigaciones sobre el trastorno, logrando una disociación de los niños autistas, con enfermos mentales (Rodríguez, 2013).

A partir de las investigaciones realizadas por Kanner, en 1944 el pediatra vienés Hans Asperger publicó una investigación, en la que diferenciaba las características de los niños autistas con los que padecían el síndrome de Asperger. En ella, describe el estudio realizado a cuatro niños, que se diferenciaban por tener dificultades de aprendizaje no verbales, limitación para la interacción social y dificultades de coordinación (Deletrea, 2007).

Merino et al. (2014) señalan que Hans Asperger en su tesis doctoral “*Die Autistischen Psychopathen in Kindersalter*” (Psicopatía autística en la niñez) manifestaba que las personas que sufren este síndrome presentan interés por un tema específico, se inicia a los tres años de edad y se transmite de forma genética, definiendo a este hallazgo como psicopatía autística.

Cabe resaltar que Kanner describió a infantes con una expresión severa de autismo, mientras que Asperger a niños con alta capacidad intelectual. Ambos investigadores se basaron en la descripción de niños con carencia de interacción social, déficit en la comunicación e intereses específicos (Attwood, 2002).

Por otro lado, Artigas & Paula (2012) manifiestan que las investigaciones realizadas por Asperger, no obtuvieron repercusión mundial, debido a que sus escritos se encontraban en alemán y además el mundo por aquella época, atravesaba por un conflicto militar global, la Segunda Guerra Mundial. Por tal motivo, durante muchos años los niños con este síndrome, no fueron tratados adecuadamente.

Después, de casi 40 años sus estudios retomaron la importancia necesaria a través de la psiquiatra británica Lorna Wing, que en 1981 recuperó la investigación realizada por Hans Asperger para trabajar en el estudio de este colectivo, realizando un estudio y análisis a treinta y cuatro personas en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Con el fin de resaltar los rasgos clínicos de este síndrome, sus divergencias en el desarrollo del lenguaje, la creatividad y la originalidad. Afirmando así, que las personas con este síndrome presentan déficits en el desarrollo del lenguaje, limitándose a diálogos repetitivos y a la utilización de un pensamiento lateral. (Merino et al. 2014).

No obstante, De la Iglesia & Olivar (2007) señalan que en 1990 la psicóloga alemana Uta Frith, publicó la traducción al inglés de la tesis doctoral de Hans Asperger con el propósito de tener una concepción más clara de este síndrome, llamándola Autism and Asperger Syndrome (Autismo y síndrome Asperger). Como resultado de esta traducción, se observó que Wing y Asperger no habían precisado las características y rasgos de este síndrome lo que conllevó al estudio del desarrollo evolutivo del mismo.

Los escritos de la médica inglesa Lorna Wing, así como de la psicóloga alemana Uta Frith fueron ampliamente popularizados, de modo que, en 1992 después de varias investigaciones fue incluido el SA en *Los Sistemas De Clasificación Categorical De Trastornos Mentales* CIE- 10 (OMS, 1992) y el DSM – IV (APA, 1994). La *Asociación Americana De Psiquiatría* (APA) lo clasificaba como un Trastorno Generalizado de Desarrollo, en el que se señalaba alteraciones sociales e intereses repetitivos. Asimismo, la OMS incluiría el término de torpeza motora. APA, 2000 (citado en Merino et al, 2014).

Cobo y Morán (2011) señalan que Lorna Wing, en 1996, después de varios años de investigación, formuló lo que hoy en día se conoce como la “Triada de Wing” o “Triada de discapacidades” aportando una visión integral de las características y dificultades que presentan las personas que padecen el síndrome de Asperger, destacando el déficit de interacción social, comunicación e inflexibilidad mental y comportamental. Estas tres áreas afectadas van cambiando según el tratamiento y desarrollo evolutivo de cada persona, pero prevalecen a lo

largo de su existencia. Se debe tener presente, que estos rasgos se asocian a los del Trastorno Espectro Autista (TEA). Por ello, que es el SA se le considera como un tipo de Autismo.

En la actualidad, esta triada es utilizada en el diagnóstico del SA y TEA. A continuación, detallaremos la Triada de Discapacidades según Deletrea & Artigas (2004):

- Alteración en la interacción social recíproca:

Este rasgo es característico en personas con SA, por presentar alteraciones en la interacción, provocando su aislamiento completo sin ninguna iniciativa o motivación por querer relacionarse.

Las personas que tienen TEA presentarán todo lo antes mencionado, además, una comunicación limitada, debido a que manifiestan problemas de lenguaje. Sin embargo, se puede señalar, que en ambos casos las personas son capaces de mostrar afecto a su forma.

- Alteración en la comunicación verbal y no verbal:

La comunicación es el proceso de intercambio de información, que realizamos todos los seres humanos cuando deseamos transmitir una idea, sentimiento, emoción o pensamiento. No obstante, los que sufren el SA presentan limitaciones en el desarrollo de habilidades de comunicación recíproca, debido a que presentan problemas en el desarrollo del lenguaje como la ecolalia e invención de palabras, generando respuestas emocionales inapropiadas o falsas.

- Alteración en la imaginación:

Es un rasgo evidente de ausencia o excesiva actividad imaginativa en niños y niñas con SA y TEA, por lo que los juegos de fantasía o actuación resultan casi imposibles de realizar, debido a que su conducta, está centrada en movimientos repetitivos y estereotipados.

Otros investigadores, realizaron aportes relevantes sobre el SA como son: el psiquiatra sueco Christopher Gillberg, que en 1993 después de varios años de investigación descubrió que uno de cada trescientos treinta niños padecían este síndrome, convirtiéndose en el primer investigador en estudiar la prevalencia infantil del SA. A su vez, la doctora María Corpas, de la Universidad de Granada, en el año 2012 manifiesta que el SA presenta una serie de diferencias en torno al TEA, resaltando que los sujetos con este síndrome en su gran mayoría no presentan retraso madurativo y cognitivo, produciéndose un desarrollo temprano del lenguaje donde el aprendizaje del vocabulario, puede llegar a ser un recurso importante para

un diálogo formal sobre un tema específico. Por consiguiente, se destaca que en su mayoría presentan un coeficiente intelectual por encima de la media (Baron - Cohen & Chaparro 2010).

Teniendo en cuenta, todo lo presentado anteriormente, nos enfocaremos en la definición del SA de forma clara y precisa desde diferentes puntos de vista.

Según la definición de la Confederación Asperger España, el SA es un trastorno severo del desarrollo, manifestándose de forma distinta en cada persona, existiendo puntos en común como déficits en relaciones sociales, comunicativas y comportamientos repetitivos.

En el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España define al Síndrome de Asperger según la categorización del CIE-10 como:

“Trastorno caracterizado por un déficit cualitativo de la interacción social del mismo tipo que el autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses.

Difiere, sin embargo, del autismo en que no hay retrasos en el lenguaje ni en el desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor (p. 1495)”.

En la actualidad, existen muchas investigaciones sobre este síndrome. No obstante, aún no existe una definición específica por parte de la Real Academia de la Lengua Española debido a que en el diccionario encontramos la definición del autismo, pero no la variabilidad de este trastorno.

4.1.2. Características

Otro aspecto que debemos tener en cuenta, son las características que presenta este colectivo, destacando diferentes patrones según el punto de vista de cada investigador.

El estudio del síndrome de Asperger ha llevado a diferentes investigadores a establecer características más completas y exactas para determinar a una persona con este síndrome, no obstante, se puede afirmar que todas estas investigaciones toman como punto de referencia las características establecidas por Hans Asperger y Lorna Wing (Frith, 1992).

Las principales características que señaló Hans Asperger en las personas que sufren este síndrome son (Attwood, 2002):

- El trastorno se manifiesta a partir de los tres años de edad y en casos particulares en edades avanzadas
- Presentan un correcto desarrollo lingüístico
- Tienen un déficit en el uso social del lenguaje y la comunicación no verbal
- Se observa con frecuencia un retraso en el desarrollo motor
- Presenta conductas repetitivas

A todas estas características antes señaladas, la investigadora Lorna Wing agregó algunas características relevantes:

- Manifiesta que el trastorno se presenta en el primer año de vida.
- Se desarrolla el lenguaje normalmente, aunque en ciertos casos se evidencia un retraso inicial
- La forma de comunicarse suele ser pedante, literal y estereotipado
- Alteración en la interacción social recíproca
- Resistencia al cambio (intereses restringidos) y presenta conductas repetitivas
- Retraso en el desarrollo motor
- Presenta un pensamiento literal y ausencia de creatividad

Como se puede observar Hans Asperger y Lorna Wing detallaron como características aquellas ausencias o alteraciones que presentaban las personas con el SA de ahí que las investigaciones realizadas por Gray, Attwood y Holliday – Willey se centraron en las características positivas generando de esta forma una visión más completa y amplia de este trastorno como observamos a continuación (De la Iglesia & Olivar, 2007):

- A. Una ventaja cualitativa en interacción social: Las personas con este síndrome suelen tener grupos cerrados de amistades que está basado en la lealtad, no discriminación racial, sexual o cultural y siempre manifiesta una opinión sincera respecto un tema específico

- B. Habla aspergeriana: Disfruta de conversaciones interesantes basadas en la sinceridad, utilizando en ocasiones un léxico avanzado, metáforas gráficas y presenta entusiasmo por el juego de palabras humorísticas
- C. Habilidades cognoscitivas: Tiene una alta capacidad de retención, suele resolver sus problemas de forma original y se fija en los detalles
- D. Posibles rasgos contingentes: Presentan una elevada sensibilidad frente a estímulos del entorno, es un ser optimista ante diferentes situaciones y sobresale en deportes de resistencia

Cabe resaltar, que cuando se mencionan las características del SA se debe tener en cuenta la edad de las personas debido a que según en la etapa de desarrollo en el que se encuentren puede tener diferentes rasgos de este síndrome. En la adolescencia las personas con SA pueden presentar características conductuales inherentes a este síndrome y en otros casos mostrarán conductas inapropiadas.

4.1.3. Criterios diagnósticos

En este apartado se realizará un análisis de los criterios diagnósticos según las clasificaciones del DSM – IV y CIE 10 así como la nueva perspectiva del DSM- V con respecto al SA.

El SA se ha caracterizado por presentar rasgos propios del autismo como la alteración en el ámbito social e intereses estereotipados. Sin embargo, el DSM- IV (APA, 1994) y CIE- 10 (WHO, 1990), señalan que la diferencia entre ambos es que en el SA no existe deficiencia en el lenguaje o desarrollo cognitivo. A continuación, en la Tabla 1. se describe los criterios diagnósticos de ambos sistemas de clasificación.

Tabla 1. *Criterios diagnósticos del SA según el DSM- IV y CIE- 10*

F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]	F84.5 Síndrome de Asperger
A. Trastorno en las relaciones sociales, expresada por lo menos en dos de las siguientes características:	A. Inexistencia de retrasos significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años exista la pronunciación de palabras sueltas y a los tres años el niño use frases idóneas para la comunicación. Las capacidades de

<ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de acciones comportamentales tales como el uso de la mirada, rigidez en posturas corporales y expresión facial. 2. Incapacidad para relacionarse con sus iguales. 3. Ausencia de predisposición para compartir actividades con otras personas. 4. Inexistencia de reciprocidad socioafectiva. 	<p>autonomía, comportamiento adaptativo y curiosidad por el entorno deben estar en un nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores presentan retrasados, frecuentemente en la torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico).</p>
<p>B. Conjunto repetitivo y restrictivos de conductas, intereses o actividades, expresada por lo menos en dos de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación por un conjunto de intereses estereotipados y restrictivos 2. Apego a rutinas específicas no funcionales 3. Acción repetitiva de movimientos motores 4. Preocupación por partes de objetos 	<p>B. Trastorno cualitativo de las relaciones sociales recíprocas.</p>
<p>C. Deterioro significativo de actividades sociales y laborales.</p>	<p>C. Interés inusualmente intenso y limitado a patrones conductuales, intereses y actividades repetitivos y estereotipados. Se diferencia del autismo porque los manierismos son menos frecuentes.</p>
<p>D. Inexistencia de retraso del lenguaje.</p>	<p>D. No puede atribuirse este síndrome a otro tipos de TGD (F21), esquizofrenia simple (F20.6), trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y 2), trastorno anancástico de personalidad (F60.5) y trastorno obsesivocompulsivo (F42)</p>
<p>E. Inexistencia de retraso del desarrollo cognitivo y habilidades de autoayuda propias de su edad</p>	
<p>F. No cumple los requisitos de otros TGD.</p>	

Nota: Relación entre el DSM-IV y CIE- 10

Fuente: *American Psychiatric Association (APA). (1994). Manual Psiquiátrico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM-IV.* Barcelona: Masson

Después, de analizar a ambas clasificaciones de la Tabla 1, se observa que a menudo describen a este colectivo como personas con un lenguaje corporal torpe. Generalmente en el

ámbito conductual presentan manierismos y adherencia a rutinas que les impide tener una adaptación social adecuada.

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM- V) ha cambiado la categorización de este síndrome retirándolo del grupo de trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) y posicionándolo en el grupo de Trastorno del Espectro Autista (TEA). A continuación, se mencionará la clasificación del SA según el DSM-V (2013):

- A. Déficit persistente en la comunicación y la interacción social, en diferentes contextos:
 - 1. Déficit en la correlación socioemocional
 - 2. Déficit en la comunicación no verbal
 - 3. Déficit en el desarrollo y la comprensión para establecer relaciones
- B. Conjunto repetitivo y restrictivos de conductas, intereses o actividades:
 - 1. El uso estereotipado o repetitivo de objetos, movimientos motrices o vocalización
 - 2. Comportamientos rutinarios, insistencia en la monotonía
 - 3. Intereses muy restringidos y afianzados de intensidad y focalización
 - 4. Respuestas alteradas e inusuales a los estímulos sensoriales
- C. Los síntomas han de manifestarse en la primera infancia, si bien pueden no presentarse definitivamente hasta que el requerimiento social supere las capacidades limitadas.
- D. El conjunto de síntomas produce deficiencias significativas que limita su desarrollo en el ámbito social, laboral y otras áreas.
- E. La asociación de este trastorno a otras discapacidades intelectuales o retraso en el desarrollo no explican mejor este trastorno.

En esta nueva edición, se concibe al SA como parte de la categoría TEA, pretendiendo describir a este colectivo mediante modificadores y especificadores. En el que los modificadores señalarán el rango de severidad de los síntomas tales como: severidad leve, severidad moderada y severidad severa y los especificadores harán referencia a la causa genética.

A continuación, se señalará en la Tabla 2. el grupo y área en el que se encuentra el SA de acuerdo con el DSM – V.

Tabla 2. *Categoría general del Trastorno del Espectro Autista (TEA)*

TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA			
TIPOS	ÁREAS		
	SOCIO COMUNICATIVAS	INTERESES	CONDUCTAS
Trastorno Autista	Dificultad para relacionarse Incapacidad para reconocer y expresar sus emociones. Retraso en el desarrollo del lenguaje	Intereses obsesivos	Presenta movimientos repetitivos.
Síndrome de Asperger	Dificultades para establecer relaciones sociales Déficit en la comunicación verbal Incapacidad para reconocer las emociones. Comunicación y lenguaje repetitivo y pedante.	Interés obsesivo por temas específicos	Movimientos estereotipados y repetitivos
Trastorno Desintegrativo infantil	Discapacidad intelectual grave Ausencia o retraso del lenguaje verbal Probabilidad de retraso mental	Interés limitados	Movimientos repetitivos
Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) no especificado	Desinterés por el afecto y las emociones. Déficit en el establecimiento de relaciones sociales. Anomalías en la comunicación verbal	Intereses obsesivos	Movimientos repetitivos

Fuente: American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Psiquiátrico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson

4.1.4. Diagnóstico e instrumentos para la detección del síndrome de Asperger:

Desde los distintos ángulos que persigue este trabajo de investigación, se ha visto necesario señalar cómo se diagnostica este síndrome y los instrumentos que se deben utilizar para detectarlo.

El diagnóstico del SA se puede dar en dos periodos diferentes de evaluación, el primero tendrá inicio en edades tempranas y será con ayuda de los padres o personas cercanas a ellos, quienes mediante la utilización de diferentes cuestionarios podrán obtener información relevante que conlleve al diagnóstico del síndrome y el segundo periodo se concretará con la realización de diversos exámenes que consideren los criterios diagnósticos del mismo, teniendo en cuenta que la evaluación será realizada por especialistas clínicos (Attwood, 2002).

En la actualidad, se han creado diferentes instrumentos para diagnosticar diversos trastornos o síndromes, que permiten su detección a temprana edad. Recientes estudios manifiestan que la edad óptima para medicar a personas con este síndrome es a partir de los ocho años edad. A continuación, se mencionarán los instrumentos más utilizados para la detección de este síndrome:

- Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) Cuestionario de 20 preguntas que se utiliza para la detección temprana de TEA y SA con la finalidad de adquirir información relevante para su posterior intervención y tratamiento. A pesar de ser una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial, tiene una limitación en su evaluación a personas con alteración cognitiva y del lenguaje (Robins, Fein, Barton & Green 2001).
- Childhood Autism Spectrum Test (CAST) Es un cuestionario de 39 preguntas dirigido a los padres de niños entre 4 y 11 años, con el objetivo de identificar y evaluar los rasgos característicos del Síndrome de Asperger (Williams et al. 2008).
- Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) Cuestionario de 27 preguntas dirigido a niños de entre 7 y 11 años, que tiene como objetivo la detección de la alteración social en personas con un coeficiente intelectual alto (Ehlers, Gillberg & Wing, 1999). Esta herramienta hoy en día no solo evalúa a varones, sino también a mujeres presentando de esta manera ciertas variaciones en su evaluación para este género tomando el nombre de ASSQ- Girl (Kopp & Gillberg, 2011).

- Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI) Cuestionario dirigido a niños y adultos, cuyo objetivo es la detección de una alteración en el comportamiento (Gillberg, Gillberg, Rastam, & Wentz, 2001).
- Cociente de Espectro Autista (AQ) es un cuestionario de 50 preguntas que se encarga de evaluar el nivel de coeficiente intelectual de los niños con autismo y síndrome de Asperger (Baron, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001).
- Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (ASAS) es un instrumento dirigido a niños de 6 años de edad en adelante, que tengan un alto nivel funcional que tiene como finalidad la identificación de características asociadas al SA (Garnett, M.S. & Attwood, A.J., 1998).
- Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS) Es una escala dirigida a personas entre los 5 y 18 años de edad, que tiene como objetivo la evaluación de las distintas áreas de la conducta para determinar si la persona tiene Síndrome de Asperger (Myles & Simpson, 2002).
- Escala Gilliam de Síndrome de Asperger (GADS) Es una escala dirigida a personas entre los 3 y 22 años, que busca detectar alguna alteración en el comportamiento para determinar si la persona tiene SA (Gilliam, 2001).
- Escala Autónoma para la detección del síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento Es una escala dirigida para niños a partir de 6 años cuyo objetivo principal es la valoración diagnóstica del comportamiento en personas con probables rasgos de SA (Belinchón et al., 2008).

4.1.5. Teorías neuropsicológicas:

En este punto hablaremos de los diferentes modelos teóricos que pretenden explicar cómo las personas con SA procesan la información que adquieren del exterior, para ello detallaremos las características del funcionamiento psicológico de este colectivo. A continuación, realizaremos una explicación detallada de cada teoría psicológica:

A. Teoría de la mente:

La expresión “Teoría de la mente” fue acuñada por primera vez por los investigadores Premack y Woodruff (1978) refiriéndose a la capacidad que tiene

el ser humano para crear representaciones de los estados mentales de uno mismo y de los demás, es decir no solo basta con observar, sino que es necesario comprender las acciones, deseos e impulsos por lo que actuamos. Todo lo mencionado anteriormente es vital para que las personas logren un desarrollo social adecuado.

Las personas con SA presentan déficit en este aspecto, debido a que muestran dificultades para relacionarse, mantener un diálogo fluido y realizar actividades recíprocas, puesto que ellos no logran comprender el estado emocional o anímico de la otra persona. Para Baron-Cohen et al., (1997) las limitaciones que presentaría este colectivo son:

- Problema para predecir la conducta de sus iguales y de los demás
- Dificultades para detectar las intenciones de las personas
- Problema para explicar las acciones realizadas
- Dificultades para entender y comprender las emociones de las personas

A modo de síntesis se puede decir que las interacciones sociales ponen de manifiesto sus dificultades para relacionarse y desarrollar actividades a nivel personal como social.

B. Teoría de la Función ejecutiva:

Se define a la función ejecutiva como la habilidad de conservar activas las estrategias que permitan dar respuestas a diferentes situaciones dirigidas al logro de metas futuras. Todas estas estrategias, conductas están vinculadas al funcionamiento de los lóbulos frontales Es en esta parte del cerebro que se genera la planificación, memoria operativa, monitorización, inhibición y flexibilidad, del pensamiento (Burgess, 1997).

Las personas con SA presentan déficit en las funciones ejecutivas debido a que su pensamiento es inflexible, rígido, dificultades de anticipación, autorreflexión, dificultades para organizarse y toma de decisiones. A continuación, señalaremos los problemas frecuentes que se observan en personas con SA en base al déficit de la función ejecutiva (Bradshaw, 2001).

- Problemas en la organización y manejo de tiempo
- Inflexibilidad de pensamiento sobre situaciones determinadas
- Limitaciones en la toma de decisiones
- Conductas compulsivas

C. Teoría de la Disfunción del hemisferio derecho:

Los hemisferios del cerebro tienen funciones diferentes que son importantes para nuestro desarrollo personal, es así que el hemisferio izquierdo nos permite procesar la información que viene del canal auditivo y luego producir el lenguaje. A su vez el hemisferio derecho, procesa la información viso-espacial relacionándola con la comunicación no verbal y la interpretación de las emociones.

Sin embargo, las personas con SA presentan deficiencia en esta área. Es por ello que Klin et al. (1995) señala las dificultades que presenta este colectivo:

- Respuestas emocionales incoherentes y fuera de contexto
- Limitación de habilidades sociales y organización viso-espacial
- Dificultad para realizar actividades viso-motoras

4.1.6. Prevalencia:

Los estudios epidemiológicos sobre este síndrome tuvieron su inicio con Gillberg & Gillberg, (1989) en Suecia, manifestando que este síndrome afecta en su gran mayoría a varones que, a mujeres, sin embargo, Ehlers & Gillberg, (1993) afirman que la prevalencia es complicada de computar, señalando un promedio de 36 nacimientos por 10.000 bebés que nacen al año.

Las últimas investigaciones realizadas por Chakrabarti & Fombonne (2005) señalan que el incremento de este síndrome se ha estimado entre 60 – 65 nacimientos de cada 10.000 personas. Este acrecentamiento se ha producido por la descripción y clasificación diagnóstica del síndrome y por el entendimiento de las personas sobre este trastorno.

Con respecto a la prevalencia de este síndrome en España, se realizó una valoración del mismo, tomando como referencia las cifras que el Instituto Nacional de Estadística (INE) del

año 2011. A continuación, en la Tabla 3. se detalla la estimación de personas que presentan este síndrome por comunidad autónoma o provincia de España (Rodríguez, 2013).

Tabla 3. *Estimación de casos con SA en España del año 2011*

SÍNDROME DE ASPERGER		
Comunidad autónoma / Provincia	Datos de la población (2011)	Casos teóricos con SA (prevalencia 2,6/ 10.000)
<i>Andalucía</i>	8424102	2190
Almería	702819	183
Cádiz	1243519	323
Córdoba	805857	210
Granada	924550	240
Huelva	521968	136
Jaén	670600	174
Málaga	1625827	423
Sevilla	1928962	502
<i>Aragón</i>	1346293	350
Huesca	228361	59
Teruel	144607	38
Zaragoza	973325	253
<i>Asturias</i>	1081487	281
<i>Balears, Illes</i>	1113114	289
<i>Canarias</i>	2126769	553
Palmas	1096980	285
Santa Cruz de Tenerife	1029789	268
<i>Castilla y León</i>	2558463	665
Ávila	172704	45
Burgos	375657	98
León	497799	129
Palencia	171668	45
Salamanca	352986	92
Segovia	164169	43
Soria	95223	25
Valladolid	534874	139
Zamora	193383	50
<i>Castilla – La Mancha</i>	2115334	550
Albacete	402318	105
Ciudad Real	530175	138
Cuenca	219138	57
Guadalajara	256461	67
Toledo	707242	184
<i>Cataluña</i>	7539618	1960
Barcelona	5529099	1438
Girona	756810	197
Lleida	442308	115
Tarragona	811401	211

<i>Comunitat Valenciana</i>	5117190	1330
Alicante	1934127	503
Castellón	604344	157
Valencia	2578719	670
<i>Extremadura</i>	1109367	288
Badajoz	693921	180
Cáceres	415446	108
<i>Galicia</i>	2795422	727
Coruña	1147124	298
Lugo	351530	91
Ourense	333257	87
Pontevedra	963511	251
<i>Comunidad De Madrid</i>	6489680	1687
<i>Murcia, Región</i>	1470069	382
<i>Navarra, Comunidad Foral</i>	642051	167
<i>País Vasco</i>	2184606	568
Araba	319227	83
Gipuzkoa	709607	184
Bizkaia	1155772	301
<i>Rioja</i>	322955	84
<i>Ceuta</i>	82376	21
<i>Melilla</i>	78476	20
<i>Total</i>	47190493	12270

Fuente: Rodríguez-Muñoz, F. J. (2013). *Evaluación pragmática de niños con síndrome de Asperger. Studies in Pragmatics*, 25.

Después, de analizar la Tabla 3, se observa que la estimación de personas con SA en España en el año 2011 ascendía a 12.270 de una población de 471.90493.

En la actualidad la Confederación Autismo España realizó una investigación basado en el estudio sociodemográfico de personas que presentaban el Trastorno Espectro Autista (TEA) llegando a concluir que España carece de datos actualizados sobre este trastorno teniendo como base solo la encuesta realizada por el INE (2008) titulada “*Encuesta de discapacidad, autonomía y situaciones de dependencia*” es por ello que el INE realizará otra encuesta sobre este trastorno lo que conllevaría a obtener información actualizada sobre el TEA.

4.1.7. Comorbilidad:

La asociación del SA con otros trastornos siempre ha sido objeto de interés, debido a que en determinadas ocasiones se dificulta la obtención de un diagnóstico concreto por la

comorbilidad que se presenta. Las principales asociaciones del SA según Merino et al. (2014) son:

- Trastornos del desarrollo de la coordinación (TDC): es la alteración en el desarrollo de la coordinación motora teniendo como consecuencia afecciones en actividades del entorno y aprendizaje escolar (Mazzone et. al., 2012).
- Trastornos de Tics: este tipo de trastorno es habitual en la primera infancia mediante parpadeos o guiños temporales e involuntarios, sin embargo, si presenta movimientos rápidos e incontrolables se considera trastorno crónico de Tics; el síndrome de Tourette se caracteriza por la presencia de Tics repetitivos motores y fónicos. Este síndrome se asocia con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastorno espectro autista (TEA) y el Síndrome de Asperger (SA) siendo este último con el que comparte diversas características como la ecolalia, comportamientos obsesivo - compulsivos y alteración en el desarrollo motor (Álvarez – Alcántara, 2007)
- Trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) es un trastorno que afecta la actividad motora de las personas y presenta comorbilidad con el SA debido a que en ambos se observa dificultades para interactuar socialmente, falta de atención ante determinadas situaciones, escaso contacto visual, limitación en la comprensión del lenguaje e incapacidad motora (Mazzone et al, 2012).
- Trastorno del comportamiento: los comportamientos disruptivos, negativistas, heteroagresivos y autolesivos son producto de diferentes respuestas a estímulos específicos, siendo asociado el SA con la psicopatía (Hervás, 2011).
- Trastornos obsesivo- compulsivo (TOC): es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por ser un conjunto de pensamientos repetitivos y persistentes asociándose directamente con el SA a través de la relación de intereses específicos y comportamientos ritualísticos (Mattila et al.2010).
- Trastornos de ansiedad: los síntomas de ansiedad, fobia, depresión y trastorno bipolar son frecuentes en el SA debido a que el 42% de las personas sufren de estos síntomas psiquiátricos (Soussana et. al. 2012).

- Trastornos afectivos: en personas con SA es frecuente que sufran episodios depresivos que vayan acompañados de bipolaridad, estados anímicos excesivos y variados (Paula-Pérez, 2009).
- Trastorno específico del lenguaje (TEL): se produce cuando se presenta dificultad en el desarrollo de las diferentes áreas del lenguaje que pueden ser social y no social (uso de palabras literales) es por ellos que las personas que sufren el SA asocian este trastorno al ámbito social (Mazzone et al, 2012).
- Trastorno del aprendizaje no verbal: deficiencias en habilidades de coordinación y destreza sobreponiéndose a las del SA.

Después de mencionar la comorbilidad con otros trastornos, presentaremos en la Tabla 4. la prevalencia de estos trastornos con respecto a personas con SA según DSM-IV (citado por Simonoff et al, 2008):

Tabla 4: *Prevalencia de trastornos en relación al Síndrome de Asperger*

Trastorno	Prevalencia
Trastorno por Tics	9
Trastorno por déficit de atención – hiperactividad (TDAH)	28.2
Trastorno del comportamiento	30
Trastorno obsesivo- compulsivo (TOC)	8.2
Trastorno de ansiedad	13.4
Trastorno afectivo	44.5

Fuente: *American Psychiatric Association (APA). (1994). Manual Psiquiátrico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM-V.* Barcelona: Masson

4.1.8. El síndrome de Asperger en las mujeres:

En este apartado se explicará las causas que origina este síndrome, así como se resaltarán las características que presentan las mujeres con síndrome de Asperger.

Las investigaciones realizadas señalan el desconocimiento de su origen es por ello, que lo asocian con el Autismo incurriendo en el estudio de diversos agentes que mencionaremos a continuación (De la Iglesia y Olivar, 2007):

- Agentes genéticos, en la actualidad no se ha encontrado un gen específico que determine la causa de este síndrome, sin embargo, se le asocia a un componente genético hereditario. Algunos estudios mencionan la relación genético familiar del síndrome, señalando que los niños con SA tienen padres que presenten este síndrome.
- Agentes neurológicos, se han evidenciado alteraciones neurológicas en relación al área del aprendizaje y la conducta
- Agentes bioquímicos, por las diferentes alteraciones en los niveles de los neurotransmisores como es la serotonina y el triptófano.
- Agentes infecciosos y ambientales, en el periodo de gestación la mujer se encuentra expuesta a diversas sustancias que pueden provocar alteraciones en el desarrollo neuronal del feto.

Se estima que, de cada 1.000 habitantes, presentan entre 26 a 48 personas el Síndrome de Asperger teniendo presente que de ese indicador de 2 a 3 casos son niñas lo que equivale a un 0.3 a 0.05% de la población, en otras palabras, señalan que la proporción aproximada es de una mujer por cada diez varones (Ehlers & Gillberg, 1993).

Es por ello, que la investigadora Tania Marshall (2015), ha realizado un estudio sobre los rasgos que se presentan en el sexo femenino. A continuación, se detalla un breve resumen de las diferentes características que presenta las mujeres con SA:

- Señala que el nivel emocional en las mujeres es intenso y difícil de controlar cuando se encuentran en estados de profundo estrés o ansiedad.
- Muestran resistencia al cambio
- Presentan cierta sensibilidad a nivel sensorial
- Muestran un lenguaje repetitivo y su tono de voz suele cambiar de acuerdo a la persona con que está hablando lo que hace creer que está imitando
- La mayoría de mujeres es independiente y pueden aprender otro idioma con facilidad

- En la parte lúdica, les gusta jugar solas o en caso contrario si es en grupo ellas dirigirán el juego
- Muestran afecto, llegando abrazar o tocar sin medir su grado de intensidad lo que les puede provocar problemas con sus iguales
- Les gusta jugar al juego simbólico recreando escenas de su vida cotidiana

Del mismo modo que Marshall, existen otros investigadores que se dedicaron al estudio de esta minoría como Hall, Aronson & Hoffenberg (2015) realizaron una investigación titulada *Profile of Girls Diagnosed with Autism Spectrum Disorder in a Clinical Setting* (Perfil de niñas diagnosticadas con trastorno del espectro autista en un entorno clínico) en *Children's Healthcare of Atlanta and Emory University School of Medicine Atlanta* (cuidado de la salud de los niños de Atlanta y la escuela de medicina de la Universidad Emory Atlanta) en el que señala que las niñas con este síndrome suelen ser diagnosticadas en periodos tardíos debido a que presenta características similares al de sus iguales.

A su vez Attwood (2009) y Baron et al. (2001) manifiestan que las mujeres presentan diversas habilidades sociales por lo que suelen pasar desapercibidas obstaculizando el diagnóstico de las mismas.

4.1.9. El síndrome de Asperger en la adolescencia:

La adolescencia es la etapa donde surgen diversos cambios a nivel físico, emocionales y comportamentales. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) este periodo oscila entre los diez a diecinueve años. Dividiéndolo en tres fases: adolescencia temprana entre los diez a trece años, adolescencia media de catorce a diecisiete años y la adolescencia tardía que surge desde los diecisiete a diecinueve años. Es en este periodo, que las personas forman su estructura personal y social apoyándose en recursos psicológicos que obtuvieron en la etapa infantil; sin embargo, para las personas con Síndrome de Asperger todos estos cambios suelen generar conductas aversivas y alteraciones psicológicas que lo pueden dañar seriamente (Paula & Martos, 2009).

Es en esta etapa los adolescentes con SA buscan integrarse a diferentes grupos de personas, pero si no logran lo deseado empiezan a experimentar sentimientos de frustración, obsesión, soledad y depresión incluso algunos deciden aislarse de las personas y enfocarse en temas de interés personal (Deletrea, 2007).

A continuación, se detallará las principales dificultades que se presentan en la adolescencia:

- Son personas inmaduras emocionalmente por miedo al rechazo
- Fallan en el manejo de reacciones emocionales
- Presencia de interés no acorde a su edad
- Mayor grado de conciencia para lograr reconocer diferentes sentimientos
- Presencia de sentimientos de soledad e incompreensión
- Aumento de alteraciones psicológicas
- Poco interés por su higiene y aseo personal
- Apatía por la moda
- Presencia de obsesiones y conductas repetitivas
- Problemas con su rendimiento escolar

Se puede señalar que, como en el caso de los varones, las mujeres con el síndrome de Asperger presentan diversos problemas de socialización debido a que muestran rasgos exagerados de su personalidad manifestándose extremadamente tímidas o por el contrario extrovertidas lo que conlleva a generar el rechazo por sus iguales, además son radicales al momento de vestirse buscando de esta forma apariencias masculinas o súper femeninas y suelen tener obsesiones sobre puntos específicos (Merino et al. 2014).

A pesar de ello no debemos dejar de mencionar los cambios positivos que se producen en esta etapa, destacando las siguientes características:

- Los valores morales en este periodo son más fuertes
- Buscan cumplir sus objetivos propuestos
- Presentan un alto desarrollo personal
- Presentan ingenuidad y sencillez
- Ausencia de malicia

4.2. EL TEATRO

En este apartado, se resaltarán la importancia del teatro como medio terapéutico y como práctica en el desarrollo emocional de la persona. A continuación, se señalarán las definiciones del teatro de improvisación, así como sus características.

4.2.1. Definición de improvisación teatral

El teatro de improvisación se define como todas aquellas representaciones de acción libre y espontánea en el que el actor puede sacar sus emociones negativas y transformarlas en saludables (Renaudin, 2012).

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2016), señala al término improvisar como la acción de realizar algo, sin ninguna preparación. Esta connotación puede ser valorada de forma negativa de acuerdo al ámbito teatral.

Sin embargo, en el ámbito teatral esta terminología cambia porque se entiende como la capacidad interpretativa de transformar un suceso en una acción espontánea y libre. Es así como el Diccionario del Teatro. Dramaturgia, estética, semiología (2014) manifiesta a la improvisación como:

“Técnica del actor que interpreta algo imprevisto, no preparado de antemano e “inventado” en el calor de la acción.

En la improvisación hay muchos grados, la invención de un texto a partir de un esquema o guion conocido y muy preciso (p. 246)”.

Por otro lado, Koldobica (1996) manifiesta que la improvisación no es algo que este determinado o señalado, por el contrario, es la forma de coger los recursos que se encuentran libres para a partir de ello crear o representar algo nuevo.

A su vez, Motos (1999) señala que la improvisación es una técnica de investigación en el que se promueve una posibilidad de actuación racional no guiada. Asimismo, Laferreire (2001) hace referencia de la improvisación como un procedimiento pedagógico.

“La improvisación teatral sirve como procedimiento didáctico factible de desarrollar en el educando las capacidades de comunicación, de expresión, de elocución, de escritura, de análisis y de crítica (p. 76)”

Cabe resaltar, que en nuestro quehacer diario existen situaciones o eventos inesperados, que nos incitan a improvisar de forma natural y espontánea, estas cualidades que tenemos todos los seres humanos de actuar, también las pone en práctica un actor cuando está en escena, entregándose a su público, pero sin perder la noción del juego actoral.

4.2.2. Características de improvisación teatral

La representación lúdica del teatro de improvisación permite que las personas muestren entusiasmo al momento de realizar un acto escénico, creando comodidad entre los actores, que en varias oportunidades pueden bloquear la tensión de estar siendo observados pasando al momento del disfrute y fluidez de la actuación teatral, siendo esta última una característica importante del teatro de improvisación, así como de la psicología positiva (Mesurado, 2009).

A continuación, se mencionarán las características que se deben tener presentes cuando una persona sienta fluidez al momento de realizar una actividad determinada según Prada (2005):

- Estado de concentración máxima
- Poseer objetivos y metas específicas
- Mostrar gratificación cuando los retos han sido cumplido satisfactoriamente
- Dejar de lado los prejuicios, riesgos o miedos que conlleva la realización de la actividad
- Saber que tiene el control de la situación
- Olvidarse del tiempo que demanda la realización de la actividad
- Sentir sensaciones positivas de bienestar, euforia y triunfo
- Asume riesgos sin miedo al fracaso

De acuerdo con Hodgson y Richards (citado por Romero y Merchán, 2008) la improvisación trabaja con la esencia del ser humano con la finalidad de modificar temas conductuales o cognitivos de la persona permitiendo que mediante la escenificación la persona se aclare mentalmente. Estos dos autores señalan que la improvisación ayudara a la persona en:

- Se debe tener confianza en sí mismo
- Los aprendizajes deben ser vivenciales
- Desarrollo emocional y cognitivo

- Entrenamiento en el razonamiento y la intuición
- Ayuda a reflexionar sobre nuestra existencia
- Conocimiento de su persona
- Investigar la socialización con las personas
- Indagar como es la relación grupal
- Desarrollar nuestro sentido de escucha
- Entrenar las emociones
- Realizar participación activa
- Mejorar nuestra forma de comunicarnos

Para desarrollar una improvisación teatral se debe tener en cuenta tres habilidades: escucha activa, tener un objetivo y concentración. A continuación, se procederá a explicar cada una de estas habilidades mencionadas según Layton (2009):

- La escucha activa: es necesario el uso de todos los sentidos para realizar una correcta improvisación, incluso el del oído porque mediante la escucha activa el actor podrá interpretar las aportaciones que den sus compañeros para que mejore actoralmente.
- Tener un objetivo: el actor debe tener objetivos a cumplir que le permita desarrollar una buena interpretación escénica.
- Concentración: cuando la persona debe fijar sus emociones y movimientos en lo que va a interpretar.

La improvisación teatral debe cumplir con cinco reglas básicas en las que exista una participación recíproca y equidad en las que la persona se conciba como un elemento esencial dentro del grupo de actuación. (Mantovani & Jara, 2015)

- El trabajo en equipo: la improvisación teatral permite que las personas interactúen entre ellas y a partir de ello busquen una comunicación activa con la finalidad de que la representación sea gratificante para todos sin necesidad de buscar ser el centro de atención.
- Escuchar: es fundamental en la improvisación para poder saber qué es lo que está pasando y cómo va a representarlo tomando en cuenta los detalles mínimos en los que se entrelaza con la observación.

- El “si” por respuesta: en el teatro el que va a representar la escena siempre debe estar dispuesto a aceptar las ideas de tus compañeros de actuación en el que su misión es integrar o complementar esas ideas a la historia que se está contando.
- Sumar: es la parte esencial de la improvisación debido a que no solo debe aceptar un “si” o las ideas de sus compañeros de actuación, sino que se debe aportar otras ideas para que la representación se vea más completa.
- Natural y espontáneo: la actuación debe ser fluida en el que el actor y el espectador deben disfrutar de la puesta en escena.
- Utilización del cuerpo y la voz: para una representación el actor debe entregarse a la actuación en el todo su cuerpo debe hablar por él, de esta forma el espectador sentirá las emociones que le trasmite el actor.
- Disfrutar: el actor debe divertirse actuando, dejando fluir sus emociones, imaginación en el que reinventándose con cada actuación será un juego en el que las reglas no existen.

Para que lo antes mencionado tenga resultados favorables, debe existir un clima grupal en el que no se busque ser el mejor del grupo, para ello el ambiente de trabajo debe ser bueno para todos dejando de lado las calificaciones de positivo y negativo o bueno y malo (De Prado, 1999). Asimismo, debe existir un clima lúdico en el que los prejuicios no deben existir y todo esto se logra mediante el juego (Huizinga, 2012). Por último, debe existir un clima democrático en el que todos deben participar y opinar, promoviéndose un ambiente agradable para poder expresar los pensamientos y emociones (Dewey, 2009).

4.2.3. El teatro como práctica de desarrollo emocional

El teatro es una disciplina estructurada que implica el conocimiento corporal y emocional de las personas mediante el trabajo del movimiento, entonación vocal, gestualización y pensamiento, teniendo como responsabilidad conservar el interés de los espectadores y manteniendo así la relación entre la escena y el público asistente. Las representaciones teatrales vienen de épocas pasadas, sin embargo, es en los años setenta que por primera vez se da a conocer la forma de trabajo, enfocándose en la praxis escénica y en la formación del actor (López, 2013).

El director, actor y pedagogo Stanislavski fue el pionero en buscar la preparación de los actores teatrales mediante ensayos en el que la imaginación relajación e improvisación eran puntos importantes para que se origine una interpretación idónea, siendo este último punto un instrumento de indagación en el que mediante la realización de acciones no preparadas el actor podía tener actitudes emocionales que le permitan acercarse a su estado natural en el buscar acciones instintivas le permitirá obtener respuestas espontáneas, creativas y llenas de sinceridad dando paso a su originalidad pretendiendo de esta forma que el actor se enfrente a situaciones desconocidas y las representara como si fueran conocidas. A todos estos puntos lo denominó *Método de las acciones físicas* de mas tarde tomaría el nombre de *Sistema Stanislavski* (Fernández & Montero, 2012).

De acuerdo con Grotowsky (1974) los actores teatrales debían trabajar su *yo* personal en el que desnudarse interiormente le permitía liberarse de antifaces y tener conocimiento de sí mismo, dándole oportunidad a que surja una representación natural, debiendo omitir cualquier acto que muestre que está fingiendo o imitado. Es decir, mediante el teatro el actor podría tener una transgresión de su persona, sirviéndole para el afloramiento de sus pensamientos y actitudes más íntimas (Fernández & Montero, 2012).

4.2.4. El teatro como medio terapéutico

En la actualidad, el teatro es un instrumento eficaz que es utilizado para diferentes fines, incluso como medio terapéutico debido a que permite que las personas puedan conducir sus emociones y aspectos de su personalidad que se encuentran reprimidos, no desarrollados o no integrados reforzando su autoconfianza al momento de comunicarse e integrarse teniendo como beneficios que la fluidez de las emociones sea más clara y natural. De esta manera, el teatro terapéutico tiene como finalidad el conocimiento de uno mismo y no la creación de actores para una obra teatral, proporcionando espacios de representaciones simbólicas donde el caos emocional sea una fuente principal de autodescubrimiento, de manera que se relacione a la persona con diferentes percepciones del espacio escénico donde se encuentra (Fernández, Guerra & Begara, 2013).

El teatro se empezó a aplicar como medio terapéutico por primera vez en 1920 cuando el psiquiatra y educador Levy Jacob creo el Psicodrama, en el que la personas realizaban representaciones teatrales basadas en la improvisación. Tiempo después, Blatner (2009) manifestaba que el psicodrama es un método psicoterapéutico en el que se realizaban representaciones escénicas de la vida del paciente, permitiendo de esta forma que la persona

explore emociones y situaciones de su propia vida antes no abordados, dejando de esta forma el dialogo convencional entre paciente y médico (Lorente, 2014).

A continuación, se detallarán las etapas del Psicodrama según Jacob, Levy & Moreno (citado por Blatner, 2009):

- Caldeamiento: es el inicio de la preparación de la escena en el que el personaje ya sea de forma individual o grupal ponga en preparación sus emociones, sentimientos y movimientos corporales. Existen dos tipos de caldeamiento:
 - Inespecífico: se inicia la preparación emocional con el objetivo de disminuir la tensión.
 - Específico: es la etapa en el que la persona decide resolver algún problema o conflicto mediante la representación escénica con la ayuda del terapeuta.
- Dramatización: es la representación del problema o conflicto interno del paciente en el que el grupo de actores denominados yoes auxiliares representaran de forma espontánea la dificultad mientras que el paciente narra la historia teniendo como finalidad que el paciente descubra y resuelva el problema.
- Comentario: finalmente se pide al grupo de actores que realizaron la representación escénica que aporten algún comentario sobre lo realizado.

Como se puede observar en todo lo mencionado anteriormente, el psicodrama se utiliza para fines terapéuticos en el que los pacientes deben mostrar una mejora a nivel emocional y social. De esta manera, se evidencia que el teatro busca cambios conductuales y emocionales en las personas mediante la representación improvisada o espontánea de algún conflicto interno (Mercader, 2013).

4.3. EMOCIONES

Es este apartado se abordará la definición de inteligencia emocional, así como educación emocional, resaltando la importancia de desarrollar las emociones en la etapa de la adolescencia.

4.3.1. Inteligencia emocional

Siguiendo la línea de investigación de este trabajo, se ha visto necesario señalar las nociones de inteligencia emocional (IE) desde el punto de vista de diferentes investigadores.

Mayer & Salovey (2007) manifiestan que para comprender la definición de inteligencia emocional (a partir de aquí IE) primero se debe tener una idea clara de las percepciones de inteligencia y emoción. Es por ello que Howard Gardner (citado por Pacheco & Fernández, 2013) a través de su teoría de las inteligencias múltiples, describe a la inteligencia como la habilidad que tiene el ser humano para resolver diversos problemas y diseñar o crear productos de acuerdo al contexto cultural en que se encuentre y las necesidades que presente. Asimismo, Bisquerra (1992) define a las emociones como un estado de excitación o perturbación que se originan como respuesta a un hecho y/o acontecimiento externo.

De este modo, Goleman (1995) en su libro “Inteligencia Emocional” señala a la IE como la capacidad que tiene el ser humano de reconocer sus sentimientos y de los demás. A su vez Bisquerra (1992), señala a la Inteligencia Emocional como la capacidad de reconocer, comprender e identificar nuestros los estados anímicos, así como en los demás.

Para Mayer, Salovey & Caruso (2003) distinguen a la IE en dos modelos: mixtos y de habilidad. A continuación, detallaremos los distintos modelos:

Modelos de habilidad: este tipo de modelo desarrolla la inteligencia emocional mediante 4 ramas específicas.

- Modelo de Salovey y Mayer (2007) “Las cuatro habilidades”.

Los autores definen a la IE como la capacidad que tenemos los seres humanos para identificar y controlar nuestras emociones. El modelo que han diseñado está conformado por cuatro capacidades emocionales y cada una de ellas se cimienta sobre la base de habilidades alcanzadas en la fase anterior.

1. Percepción e identificación emocional: esta fase se origina en la primera etapa de desarrollo y conforme el ser humano se desarrolla va adquiriendo y ampliando una gama de emociones que empiezan a ser asimiladas y comparadas con otras emociones o sensaciones.

2. Facilitación emocional del pensamiento: aquí las emociones son una vía facilitadora que ayudan a la formación de un recuerdo o juicio que favorecen al rechazo o acercamiento de una situación
3. Comprensión de las emociones: en este periodo las emociones son gobernadas por la experiencia, en el cual el contexto y las influencias culturales juegan un rol importante.
4. Regulación de las emociones: en esta fase las emociones son reguladas y abiertas a emociones positivas o negativas con la finalidad de generar un crecimiento personal.

Modelos de mixtos: estos modelos buscan el desarrollo de competencias emocionales y colocan mayor énfasis en el contexto.

- Modelo de competencias emocionales Goleman (1995)

El modelo de competencias facilita el manejo de las emociones de uno mismo y hacia los demás. Se basa en procesos cognitivos y emocionales como la motivación, personalidad, inteligencia y neurociencia. Concibiendo a las competencias emocionales como rasgos y habilidades que la persona presenta para relacionarse con el entorno. Este autor menciona once habilidades que debe desarrollar una persona para que su relación con los demás sea un éxito.

1. Autoconocimiento
2. Autorregulación de sus emociones
3. Manejo y control de sus impulsos
4. Control de la ansiedad y el estrés
5. Perseverancia ante diversas situaciones
6. Regulación y control de los estados de ánimo
7. Existencia de motivación
8. Control y optimismo ante las frustraciones
9. Mostrar empatía
10. Confianza en los demás

11. Adaptación social

- Modelo socio-emocional de Bar-On, Sagiv & Porat (1997):

Manifiesta que la inteligencia emocional es un conjunto de conocimientos y habilidades que engloban el área emocional y social influyendo directamente sobre la forma de afrontar las demandas de un contexto determinado. Este modelo está compuesto por cinco elementos que se detallaremos a continuación:

1. Componente intrapersonal: es la habilidad de relacionarse con los demás de forma consciente. Para ello debe presentar: autoconciencia emocional, autoestima, asertividad, autorrealización e independencia.
2. Componente interpersonal: la persona debe saber manejar y controlar sus emociones e impulsos. Para ello debe mostrar empatía, responsabilidad social y relaciones interpersonales.
3. Componente de adaptabilidad: el ser humano debe adaptarse a diversas situaciones y resolver los problemas que se le presenten de forma lógica y creativa. Para ello debe saber solucionar los problemas y tener flexibilidad.
4. Componente de manejo de estrés: saber controlar los estados de ánimos de estrés y ansiedad. Por lo que deberá presentar tolerancia al estrés y control de la impulsividad.
5. Componente de estado de ánimo: habilidad para el manejo de sus emociones mostrándose optimista.

4.3.2. Educación emocional

Otro aspecto a tener en cuenta es la importancia de la Educación Emocional (EE) tanto en el ámbito formal como no formal. Lozano & Alcaraz (citado por Mayer, Salovey & Caruso (2003) inciden sobre el valor de trabajar las competencias emocionales según las etapas del desarrollo buscando un avance y mejora en la integración social del mismo.

Cabe resaltar que las competencias emocionales son de vital importancia para lograr el desarrollo integral de la persona es por ello que deben ser aprobadas y percibidas como un componente de educación (Bisquerra 1992).

De acuerdo con Pacheco & Fernández (2013), afirma que los profesionales de la salud y educación basan su intervención con personas que sufren el síndrome de Asperger en áreas de comprensión, regulación, manejo y tratamiento de emociones. Es por ello que López (2013) manifiesta la importancia de educar emocionalmente no solo a este colectivo, sino de forma general a todas las personas para que sepan afrontar diferentes situaciones en diversos contextos.

Para Bisquerra (1992) la educación emocional es un componente primordial para el desarrollo de la persona. Es por ello que pone de manifiesto los principios de la EE. A continuación, se describirán los principios en los que se basa la EE.

- a. El desarrollo emocional es indisociable del desarrollo global de la persona
- b. La educación emocional debe ser comprendida como un proceso de desarrollo personal y social
- c. La educación emocional debe ser continua y permanente
- d. La educación emocional debe tener carácter participativo
- e. La educación emocional debe ser flexible, mantener una relación estrecha entre usuarios y sus familias

Como se ha mencionado anteriormente, la educación emocional, así como posee principios también tiene objetivos, los cuales se procederá a mencionar Bisquerra (1992)

1. Conocimiento de las propias emociones
2. Reconocer emociones ajenas a el
3. Controlar sus emociones y sentimientos
4. Anticiparse y prevenir los efectos de las emociones negativas
5. Ser capaz de producir emociones positivas
6. Automotivarse
7. Ser siempre positivo

Después haber detallado los principios y objetivos se puede afirmar que la educación emocional busca el desarrollo de las competencias emocionales.

Es por ello, que, para realizar una intervención óptima con este colectivo, debemos desarrollar y potenciar un pensamiento socioemocional que conlleve a la superación y manejo de situaciones. Por esta razón, se presenta cinco dimensiones o ámbitos de actuación de la inteligencia emocional. Cada dimensión posee sus propias competencias emocionales (Bisquerra, 1992). A continuación, en la Figura 1. se detalla las competencias emocionales que deben desarrollarse en las personas, en especial con el colectivo de síndrome de Asperger.

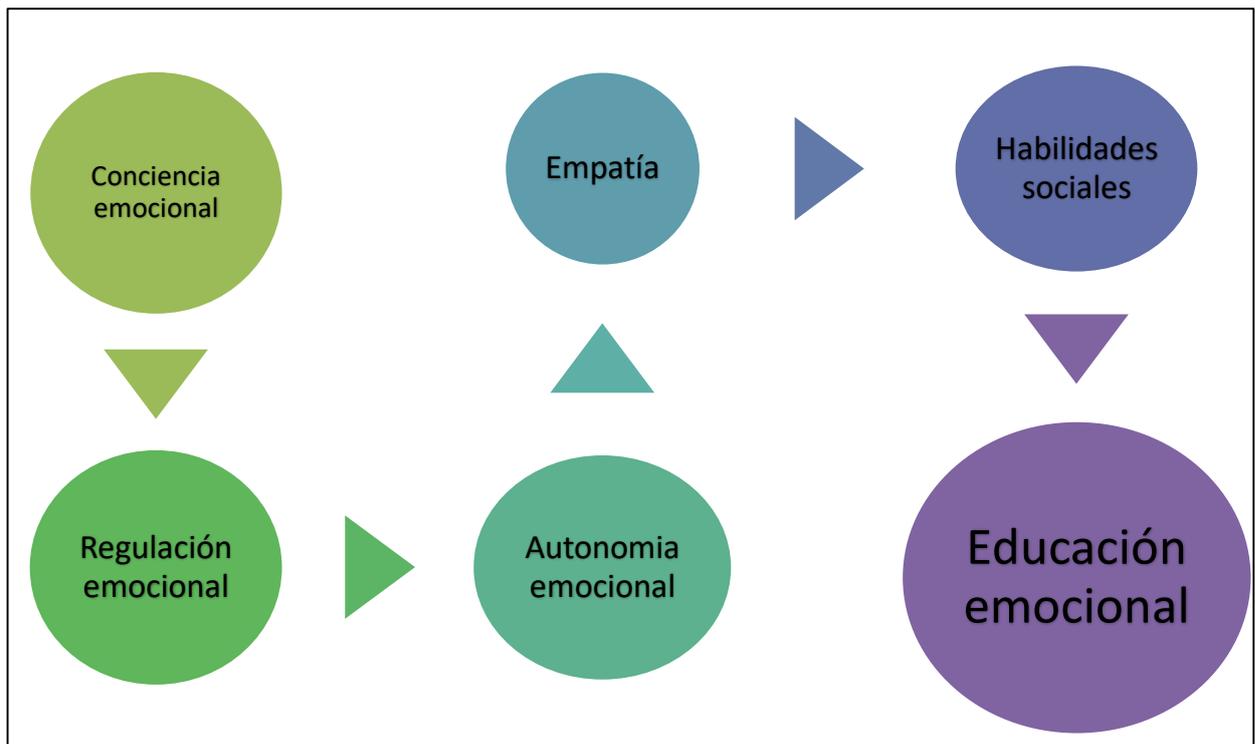


Figura 1. Competencias emocionales

- Conciencia emocional: Capacidad que presenta una persona para reconocer un sentimiento suyo y de los demás en el momento en el que surge evento o acontecimiento.
- Regulación emocional: Capacidad de controlar e inhibir los impulsos que generen ante un suceso particular.
- Autonomía emocional Aprender a canalizar las emociones que tenemos.
- Empatía. Capacidad de ponerse en el lugar del otro, de reconocer e identificar las emociones de los demás.
- Habilidades sociales: Las relaciones sociales nos permite conectarnos con el mundo exterior mediante la comunicación receptiva y expresiva, demostrando e

identificando emociones y teniendo respuestas asertivas ante diferentes circunstancias.

Como se observa, el desarrollo de la educación emocional y fomento de la inteligencia emocional son aspectos que se deben fortalecer a cualquier edad y en diferentes entornos ya sea familiar, escolar, social, cultural y laboral.

4.3.3. La problemática del SA con las emociones

Las emociones según Palmero & Cols (2002) la definen con un proceso a través del que se genera una respuesta provocada por estímulos externos, citado por (Pacheco & Fernández, 2013).

Las personas con SA presentan ausencia de empatía, lo que les ocasiona problemas para comprender y expresar sus emociones y las de los demás. Normalmente este colectivo presenta cierto grado de dificultad en el reconocimiento de las emociones básicas sin embargo este grado se acrecienta aún más con la detección de las emociones complejas (Merino et al., 2012). A continuación, en la Tabla 5. Realizaremos una breve descripción sobre las emociones básicas y complejas (Arizeta, Pizarro & Soroa, 2008):

Tabla 5: *Emociones básicas y complejas*

Grado	Emociones básicas	Emociones complejas
Positivas	Alegría	Placer, orgullo, deseo, curiosidad.
	Interés	
	Sorpresa	
Negativas	Ira	Celos, envidia, vergüenza, culpa, aburrimiento, desconfianza.
	Miedo	
	Tristeza	

Fuente: Arizeta, Pizarro y Soroa (2008: 26), adaptado de Campos, Barret, Lamb, Goldsmith y Stenberg (1983).

Los investigadores Yang, Savostyanov, Tsai & Liou (2011) realizaron un estudio para comprobar que grado de dificultad presentaban las personas con SA en el reconocimiento de las emociones. Esta investigación consistía en mostrar diferentes fotografías de personas realizando diferentes expresiones faciales, obteniendo como resultado que este colectivo si era capaz de reconocer ciertas emociones básicas y otras emociones no logran identificarlas.

Por otro lado, se constata que las personas en edad infantil, así como en la etapa de la adolescencia presentan dificultades en el reconocimiento de las emociones cuando se les muestra rostros realizando expresiones faciales solo con los ojos (Corden, Chilvers & Skuse, 2008).

Es por ello, que cuando se relacionan con sus iguales o con los demás, suelen presentar diálogos y actitudes muy directas y sin ningún gesto facial, que provocan en el receptor un malestar emocional. Los adolescentes con SA suelen presentar cierta incomodidad o frustración cuando se les señalada que su actuación no es la correcta, provocando muchas veces en esta etapa aislamiento.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En el siguiente apartado se presenta una propuesta de intervención en la que se trabajará el desarrollo emocional de adolescentes con síndrome de Asperger mediante la improvisación teatral, buscando beneficiar a este colectivo en el ámbito emocional.

5.1. PREFACIO

Una vez señalada la parte teórica de este trabajo de investigación, pasaremos a describir la parte práctica del mismo. Esta propuesta de intervención consta de una serie de sesiones, con las que se pretende desarrollar y potenciar la expresión emocional de los adolescentes, que presenta el SA usando como medio la improvisación teatral.

Para la realización de esta propuesta, se hizo en primer lugar un análisis en las asociaciones principales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, con el propósito de observar si los programas de intervención, guías o manuales que se utilizan para desarrollar el ámbito emocional en este colectivo, tiene resultados favorables o desfavorables. A partir de esa investigación surge la idea de utilizar la improvisación teatral con el objetivo de incitar en los adolescentes con SA una serie de emociones siendo capaces de reconocerlas, comprenderlas y

expresarlas en el contexto familiar, social y cultural. Al mismo tiempo que se trabaja el ámbito emocional, también se trabajará de forma transversal el ámbito social.

El uso de la improvisación teatral permitirá que los adolescentes con SA adquieran autoconfianza, sentirse libres y desarrollar su imaginación por lo que es un medio terapéutico eficaz para la exploración y reconocimiento de las emociones.

Por todo ello, en este trabajo de investigación se han considerado importante crear actividades lúdicas innovadoras que permitan trabajar la parte emocional de los adolescentes y a la vez que pueda ser utilizado con otros colectivos con necesidades educativas especiales.

5.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN CUATRO ORGANISMOS

Para la realización de la propuesta de intervención, se hizo en primer lugar un análisis sobre el modo de intervención que utilizan las asociaciones para el desarrollo del control emocional en adolescentes con SA. Para ello, se hizo un cuestionario (Anexo 1) con preguntas puntuales dirigidas a los centros que trabajaban con este colectivo en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, enviándose este instrumento de evaluación a nueve centros para que completasen el cuestionario, mediante respuestas cortas o señalando con un “sí o no”.

Asimismo, para lograr obtener una información completa se contactó con los centros mediante llamadas telefónicas en el que se les informaba sobre la investigación que realizaba y luego se les enviaba mediante correo electrónico el cuestionario. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos y comunicación sostenida con las asociaciones solo se obtuvo respuesta de cuatro asociaciones, que trabajan para mejorar la calidad de vida de las personas con Trastorno Espectro Autista (TEA) que son: Valladolid “Autismo Valladolid” y “Centro Psicopedagógico Don Sancho”, Segovia “Autismo Segovia”, Salamanca “Asociación Ariadna” y León, “Autismo León”, obteniendo un 44% de la información requerida, siendo estas entidades la que entregaron el cuestionario completo como se puede apreciar en la figura 2. Del 56% restante manifestaron que no pueden responder al cuestionario por políticas de privacidad.

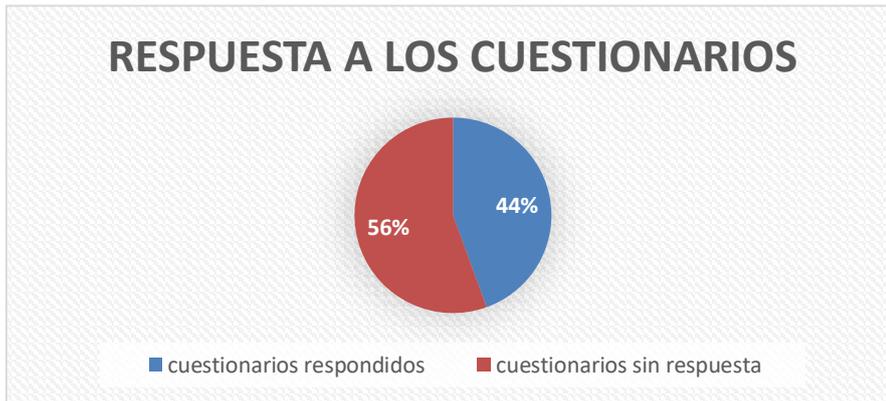


Figura 2. Porcentaje de respuesta a los cuestionarios

Después de la explicación detallada de los centros que participaron de la investigación se procede al análisis completo de las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario. A continuación, se expone en primer lugar, los datos obtenidos de la cantidad de adolescentes con Asperger que trabaja cada centro. Como se puede observar en la figura 3, las asociaciones cuentan con adolescentes que oscilan entre las edades de 12-14 años de edad.

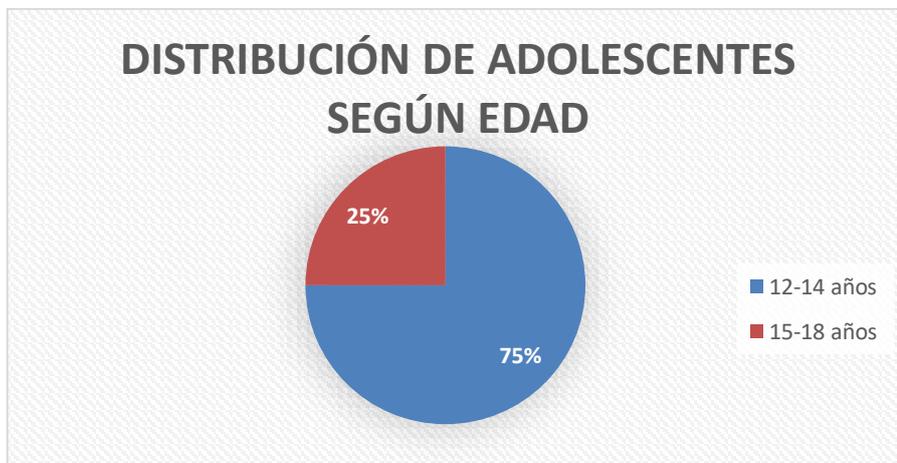


Figura 3. Porcentaje de adolescentes según edad.

Por otro lado, se les preguntó sobre la cantidad de usuarios con síndrome de Asperger respondiendo con cifras aproximadas manifestando que la información es restringida. A continuación, se detallará en la figura 4 la cantidad de usuarios por asociaciones.

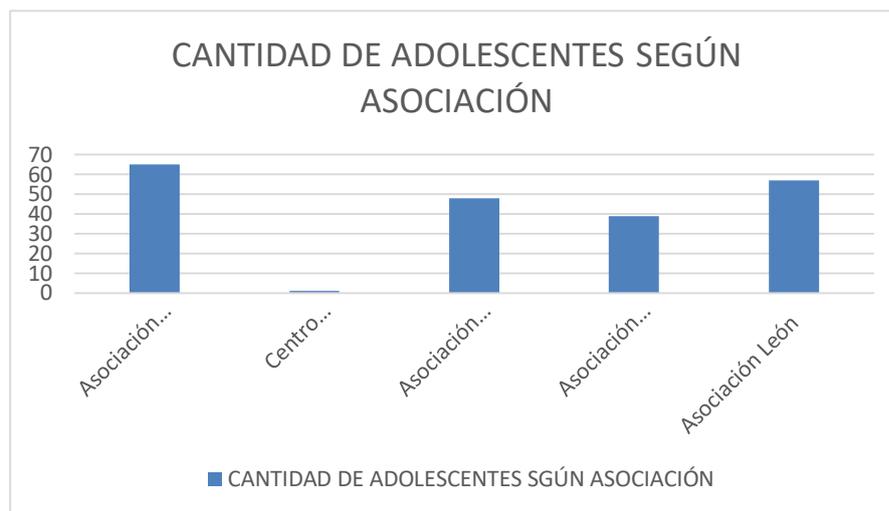


Figura 4. Cantidad de adolescentes con SA según asociación.

Cuando se les preguntó si contaban con un programa/guía o manual para desarrollar el control emocional en adolescentes con asperger, la respuesta por todos los centros fue un sí. Dejando claro que los profesionales encargados de la intervención se preocupan por el aspecto emocional.

Tras conocer el 100% de la utilización del uso de un programa para ayudar al desarrollo emocional de este colectivo, se les preguntó la efectividad del mismo, siendo la respuesta de un 60% favorable y un 40% señalaban que no se había logrado el éxito deseado, manifestando los profesionales que cuando buscaban información relevante acerca de algún evento que le acontezca cierta incomodidad en su vida diaria, por momentos llegaban a ser invasivos con el usuario, lo que provocaba una negación a contar otro evento y por ende fallaba la intervención. En la figura 5 se describe el impacto de los programas utilizados por las diferentes asociaciones.



Figura 5. Impacto de los programas utilizados

Finalmente, se les preguntó a los centros qué aspectos creían que se debe trabajar para el desarrollo emocional en adolescentes con SA, obteniendo como respuesta: estrategias de autorregulación, estrategias metacognitivas, estrategias de afrontamiento y estrategias de relajación, así como de regulación emocional. Cabe destacar que la finalidad de realizar este estudio fue evaluar los programas o técnicas que utilizaban las asociaciones para abordar el desarrollo emocional en SA y a partir de ello diseñar una propuesta de intervención adaptada a las necesidades emocionales de este colectivo.

5.3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Después del análisis realizado y la explicación detallada de los datos obtenidos sobre el desarrollo emocional con la ayuda de un cuestionario, se propone una intervención por medio de la realización de un programa que involucra el control de las emociones a través de la improvisación teatral. Con todo ello se pretende, principalmente:

- Concienciar sobre la importancia del desarrollo emocional en adolescentes con SA.
- Fomentar la identificación de estados emocionales
- Promover el reconocimiento de las emociones mediante el uso de las expresiones faciales.
- Fomentar la coordinación corporal
- Promover recursos que permitan actuar ante situaciones de descontrol emocional en diferentes contextos sociales.
- Fomentar el desarrollo de la creatividad mediante el uso improvisaciones teatrales.
- Fomentar la regulación emocional en adolescentes con asperger mediante el uso de técnicas de recreativas.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales

Este programa de intervención consta de una serie de sesiones, con las que se pretende desarrollar y potenciar la expresión emocional de los adolescentes que presenta el SA usando como medio la improvisación teatral. Esta intervención se realizará en un plazo de dos meses.

5.4. DISEÑO DE LA PROPUESTA

Desde la perspectiva que sigue este trabajo de investigación, se ha considerado realizar una revisión bibliográfica de las guías y manuales y programas de intervención dirigidas a personas con SA, observando que existen diversos textos que mencionan aspectos tales como:

- Síndrome de Asperger: Una Guía para Padres y Profesionales: esta guía se centra en la adquisición de conocimientos y experiencias que deben tener las familias como los profesionales que tratan con este colectivo, explicando que sus responsabilidades son de alentar a que el niño con este síndrome sea sociable, brindar apoyo en el desarrollo de las habilidades sociales y manejo de emociones (Attwood, 2002).
- Síndrome Asperger: es una guía realizada por la Asociación Asperger de Asturias que está orientada a la detección temprana y utilización de instrumentos adecuados para un desarrollo favorable en la etapa escolar (Chanca & Trelles, 2009).
- Educando niños con síndrome de Asperger. 200 consejos y estrategias: este libro brinda ideas y herramientas sobre las diferentes problemáticas que se presentan en un niño con SA. y la mejor manera de abordarlos (Boyd, 2009).
- Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica: esta guía tiene como objetivo ofrecer una visión informativa sobre la historia, características, teorías neuropsicológicas y las dificultades que aparecen según su desarrollo. La parte práctica menciona orientaciones y estrategias educativas para cada una de las etapas del desarrollo (Deletrea, 2007).
- El síndrome de Asperger- Estrategias Prácticas para el Aula: Guía para el Profesorado: La guía describe el síndrome de asperger, características, así como las tres dificultades que presentan que son la interacción social, comunicación y flexibilidad de pensamiento. Los problemas que se generan en su entorno educativo y las posibles soluciones (Thomas, Barratt, Clewley, & Joy, 2004).
- Síndrome de Asperger: guía práctica para la intervención en el ámbito escolar: muestran un conocimiento amplio del síndrome de Asperger, teorías

explicativas, así como las dificultades en el aula y las estrategias a utilizar (Montero, 2013).

- Let me hear your voice: A family's triumph over autism (Déjame escuchar tu voz: el triunfo de una familia sobre el autismo): en este documento se hace referencia a la experiencia vivida por la misma autora como madre de un niño autista, generando una visión detallada del campo terapéutico y las dificultades que conlleva este trastorno (Maurice, 1994).
- La atención educativa al alumnado con trastorno del espectro autista: el objetivo principal es crear una intervención adecuada a nivel social, comunicativo en personas con autismo (Pérez et al, 2007).

Como se puede observar todos estos textos hablan del SA y las diferentes estrategias para abordarlo a nivel social y educativo, pero ninguno aborda directamente el desarrollo emocional. Por todo ello, se ha creído necesario realizar un programa de intervención para dar a conocer la importancia del desarrollo emocional en este colectivo, en el que la improvisación teatral es un medio que sirve de conexión para que los adolescentes puedan detectar, reconocer y expresar emociones.

La estructura y todos los puntos del programa han sido reflexionados minuciosamente, para que el profesional que los aplique realice las actividades sin dificultades. Dicha propuesta de intervención psicopedagógica está compuesta por una serie de sesiones, una por semana.

Finalmente se debe señalar que el programa busca detectar, acercar y desarrollar las emociones en este colectivo. La utilización de este programa debe ser realizada por un profesional en psicología o psicopedagogía con la finalidad de que determine la técnica adecuada para su correcta aplicación.

5.5. CONTEXTO

La propuesta de intervención ha sido diseñada para realizarse en espacios adaptados a las características de personas con SA. Por esta razón, mencionaremos los requisitos básicos que debe cumplir el lugar en el que se va a trabajar:

- Un espacio amplio y con buena iluminación.

- La decoración del espacio será mínima, evitando de esta manera la distracción de los adolescentes.
- Los recursos utilizados en cada actividad deben estar ubicados estratégicamente, permitiendo de esta forma que el adolescente haga uso adecuado de los recursos, así como del espacio.

Con todas estas consideraciones se pretende que el colectivo realice las actividades en un ambiente tranquilo y cómodo que favorezca una participación espontánea. Tener como obligación

5.6. DESTINATARIOS

El presente programa de intervención psicopedagógico va dirigido a personas con SA, específicamente en las edades comprendidas entre 12-18 años, correspondiente a la etapa de la adolescencia. También se busca que estas sesiones puedan ser utilizadas con otras etapas de desarrollo de este colectivo o con distintas personas que presente necesidades educativas especiales, debido a que con las sesiones se busca desarrollar el ámbito emocional centrado en trabajar competencias de autoconocimiento, autorregulación, empatía y gestión de las relaciones sociales que son primordiales para este colectivo, favoreciendo a una comunicación asertiva con sus iguales y con los demás.

5.7. TEMPORALIZACIÓN

La propuesta de intervención está diseñada para ser ejecutada a lo largo de dos meses, en la que se realizará una sesión por semana, es necesario señalar que el tiempo y la forma de intervención puede ser modificada según como lo utilice el profesional a cargo de la ejecución de las actividades y viendo las necesidades que presenta este colectivo.

Como habíamos mencionado anteriormente, cada sesión tendrá lugar un día a la semana según la actividad escogida y al tiempo de duración que tengan para la realización de la misma.

Cabe resaltar, que, para la realización de las sesiones, primero el personal encargado deberá informar a los familiares de los adolescentes sobre las actividades que se van a trabajar

y luego se procederá a la reunión con ellos para ver el proceso o avance que tiene el adolescente en el desarrollo emocional en el contexto familiar como social.

5.8. METODOLOGÍA

En esta sección se pretende dar respuesta a la metodología utilizada para la realización del programa de intervención, para ello debemos tener en cuenta las características de este colectivo y a partir de ahí trabajar el ámbito emocional. Tratando de esta forma que el usuario detecte las emociones mediante la realización de diversas actividades.

La metodología de esta intervención es activa y participativa en la que se busca promover un intercambio de aprendizaje de emociones, mediante la realización de actividades grupales en el que los movimientos corporales promuevan el desarrollo emocional en este colectivo. También es individualizada, porque busca el desarrollo individual teniendo en cuenta el ritmo y necesidad de cada adolescente y socioafectiva, puesto que mediante la realización de actividades se intenta crear un clima de conocimiento, estima y confianza.

Finalmente, señalar que la motivación en este tipo de actividades juega un rol importante, en el que el orientador debe incentivar a la participación, favoreciéndose a la utilización de las emociones de forma asertiva.

5.9. SESIONES DE ACTIVIDADES

La presente propuesta de intervención consta de dos partes tales como: dos sesiones de iniciación y catorce sesiones de desarrollo basándose en el uso de la improvisación teatral para el desarrollo de las emociones.

Sesiones de iniciación

Las sesiones de iniciación pretenden despertar en los usuarios un espíritu prosocial que le permita mejorar en sus habilidades sociales. Teniendo en cuenta a las necesidades emocionales de cada persona.

Sesión 1:

Título: Cómo me veo

Objetivos:

- Introducir en las actividades de improvisación
- Reconocer el estado emocional
- Reproducir emociones delante de un espejo

Actividad:

La sesión se inicia con un saludo, posteriormente explicaremos la formación de grupos de seis personas, cada uno de los integrantes del grupo deberá colocarse delante de un espejo.

Después, se procederá a que los adolescentes realicen movimientos con su rostro de acuerdo a como el profesional les señalará al oído (tristeza, alegría, enfado, miedo, ira, entre otros). A continuación, el resto de espectadores identificará que tipo de emoción están representando en el espejo.

La segunda parte de la actividad, consistirá en realizar un dibujo libre mostrando ese dibujo a sus compañeros en el que explicarán el porqué de la realización de ese dibujo y qué sentimiento les trasmite.

Materiales:

- Espejo

Duración: 30 minutos

Sesión 2

Título: Nos reímos

Objetivos:

- Reconocer el estado emocional
- Expresar las emociones con el uso del cuerpo

Actividad:

La sesión se inicia señalando la formación de la figura de una escalera humana, para ello el primer adolescente se tumbará en el suelo, el siguiente participante se echará en el estómago del primer compañero, a continuación, el otro colaborador deberá echarse en el estómago del participante anterior y así sucesivamente.

Luego el primer adolescente que se tumbó en el suelo empezará a decir “ja”, el compañero que está echado en su estómago repetirá ese monosílabo y aumentará uno más siendo “ja, ja”, el siguiente realizará lo mismo siempre aumentando un “ja” más y así seguirá hasta terminar con el último compañero o hasta que se pierda la cuenta y todos empiecen a reír naturalmente.

Finalizada la actividad se les preguntará ¿Qué han sentido al estar repitiendo esa palabra y ¿Qué emoción se presentó al perder la cuenta de la palabra repetida?

Duración: 25 minutos

Sesiones de desarrollo:

En las sesiones anteriores se puede apreciar la iniciación al descubrimiento de las emociones sin embargo en esta sección se pretende dar inicio al desarrollo de emociones mediante la improvisación.

Sesión 1:

Título: Nos saludamos

Objetivo:

- Expresar emociones con el uso del cuerpo
- Lograr relacionar el saludo con una emoción vivida.

Actividad:

Se inicia la actividad manifestando que hoy aprenderemos a saludarnos de diferentes formas. Se les pedirá que caminen por el espacio que deseen de forma lenta y si se encuentra a

un compañero lo saludarán solo con una expresión facial que se les indicara ya sea una sonrisa, una cara triste o cara de enfado, pero sin llegar a tocar físicamente al compañero.

La segunda parte de la actividad será el saludo con contacto físico y tendrá lugar cuando los adolescentes se encuentren caminando indicándoles que saluden como si saludaran a sus padres, luego imaginarán saludar a un amigo que no han visto hace tiempo, en seguida realizarán un saludo como niños, finalmente saludamos a la persona que nos prestó algo y nunca lo devolvió.

No obstante, en esta actividad inicial, se reforzará el tema del saludo y la despedida, solicitaremos con un por favor para la realización de la actividad y agradeceremos su participación. Haciéndoles recordar la importancia de las palabras mágicas.

Duración: 30 minutos

Sesión 2:

Título: Magia emocional

Objetivo:

- Expresar emociones con el uso del cuerpo
- Reconocer e imitar expresiones faciales

Actividad:

Adoptamos los papeles de personajes fantásticos. En una caja de cartón pondremos tarjetas con imágenes de la cara de los diferentes personajes de Disney (Ver Anexo 2) expresando una emoción. A continuación, se le pedirá a un adolescente acercarse a la caja y sacar de ella cualquier imagen.

Posteriormente deberá representar el personaje Disney gestualmente y sus compañeros deberán adivinar de que personaje se trata. Se finaliza la actividad reflexionando sobre cómo se sintieron al representar la imagen.

Materiales:

- Caja de cartón

- Cara de personajes Disney

Duración: 30 minutos

Sesión 3:

Título: Adivina la película

Objetivo:

- Representar mediante el cuerpo diversas escenas
- Reconocer el estado emocional

Actividad:

Los adolescentes se dividirán en dos equipos en el que saldrá un integrante de cada grupo, uno de ellos será el actor (se irán turnando) y el otro le dirá la película a representar. A continuación, los dos equipos tendrán la labor de adivinar qué película está representando, quien acierte tendrá un punto a su favor y ese grupo seguirá adivinando películas.

La segunda parte de la actividad consistirá en que cada uno de los integrantes expresará verbalmente como se han sentido realizando este juego.

Duración: 45 minutos

Sesión 4:

Título: Dibuja mi frase

Objetivo:

- Desarrollar la competencia emocional
- Tolerancia a la frustración.

Actividad:

Los adolescentes se sentarán en círculo y deberán escribir una frase que contenga una emoción (duración de 30 segundos) al término de esta primera etapa se les pedirá que lo pase a su compañero de la izquierda.

A continuación, ese compañero representara la frase dibujándola en el tiempo estimado de 30 segundos. Una vez terminado este dibujo volverán a pasar el folio al compañero de la izquierda, pero deberán tapar la frase y ese compañero que reciba el folio deberá colocarle una nueva frase al dibujo que está viendo y así sucesivamente formando un abanico (Ver Anexo 3)

Materiales:

- Folio
- Lápices

Duración: 30 minutos

Sesión 5

Título: Adivina que soy

Objetivo:

- Representar mediante el cuerpo diversas escenas
- Reconocer el estado emocional
- Desarrollar la imaginación

Actividad:

Se inicia la actividad diciendo que los adolescentes deben unirse por parejas, luego se le colocará en la frente de cada uno de ellos un post it en la que estará escrita una acción. Cada adolescente verá la frase que lleva su compañero en la frente y desconocerá el suyo.

A lo largo de la improvisación cada compañero deberá representar la acción que tiene colocada su otro compañero en la frente, para que este adivine que es lo que está escrito, una vez logrado ese objetivo el otro compañero también deberá representar la otra acción escrita en su compañero.

Materiales:

- Post it

Duración: 30 minutos

Sesión 6

Título: Caminando con actitud

Objetivo:

- Reconocer las emociones
- Representar mediante el cuerpo diversas escenas

Actividad:

Se inicia la actividad mostrando a los adolescentes una caja, a la que se acercarán y deberán sacar un papel. Luego realizarán la acción que se les indica, tales como: caminar triste, alegre, bailando, llorando, enfadado entre otras. Posteriormente representarán la acción y el resto de sus compañeros tendrán que adivinar qué acción se está realizando.

Duración: 30 minutos

Sesión 7

Título: Nos expresamos y actuamos

Objetivo:

- Representar mediante el cuerpo diversas escenas.
- Reconocer el estado emocional
- Relacionar la acción con una emoción vivida

Actividad:

La sesión se inicia indicando a los adolescentes que se deben colocar en una fila al primero de la fila se le mencionará una palabra al oído (te quiero, te odio, soy feliz, hoy río) y este le repetirá la palabra escuchada al compañero de atrás y así sucesivamente hasta llegar al último el cual deberá representar la palabra escuchada, una vez representada la palabra el que estuvo al final pasa hacia adelante y dice la otra palabra escuchada por el orientador.

En la segunda parte de la actividad el orientador no dice las palabras por lo que ellos deberán imaginar que palabra decir para que sea representada. Finalizada la actividad se busca la reflexión de cada uno de ellos preguntándoles cómo se han sentido, qué emociones han intervenido en la dinámica.

Duración: 30 minutos

Sesión 8

Título: Te cuento como me siento

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás.
- Desarrollar la imaginación y creatividad

Actividad:

En esta sesión se formarán parejas. A la primera pareja se le pedirá, que uno de ellos imagine que tiene un móvil por el que deberá llamar a su compañero para contarle algo que le sucedido que produjo que estuviera feliz, es así que se iniciara la improvisación de un diálogo en el que el otro compañero debe participar alegrándose por el evento. Los demás compañeros observan la representación teatral.

A la siguiente pareja se les invita a realizar la misma dinámica, pero en esta oportunidad tendrán que relatar un evento triste. Posteriormente los temas serán de frustración, enojo, ira.

Finalizada la actividad se busca la reflexión de cada uno de los participantes preguntándoles ¿Cómo se han sentido? ¿Qué emociones han intervenido en la dinámica?

Duración: 30 minutos

Sesión 9:

Título: Rincón de las emociones

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás.

- Desarrollar la imaginación y creatividad

Actividad:

Se inicia la actividad indicando que cuatro adolescentes deberán colocarse en cada rincón de la sala, luego se les indicará que deben interpretar un estado ánimo como por ejemplo la felicidad, en el otro rincón la tristeza, llorando, con risas, con amor, a carcajadas, entre otras.

Finalizada la actividad se busca la reflexión de cada uno de los participantes preguntándoles ¿Cómo se han sentido? ¿Qué emociones han intervenido en la dinámica?

Duración: 30 minutos

Sesión 10:

Título: El círculo de las emociones

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás.
- Desarrollar la imaginación y creatividad

Actividad:

Se inicia la actividad indicando que se deben colocar en círculo, en el que un adolescente debe estar en medio de dicho círculo y se le pedirá que realice una emoción de forma gestual, luego esta emoción debe ser imitada por sus amigos y conforme se realiza la emoción se va cerrando el círculo. Posteriormente se abrirá el círculo y el adolescente que estaba en el centro retorna al círculo eligiendo a un compañero para que se coloque en medio y represente otra emoción.

Finalizada la actividad se busca la reflexión de cada uno de los participantes preguntándoles ¿Cómo se han sentido? ¿Qué emociones han intervenido en la dinámica?

Duración: 30 minutos

Sesión 11:

Título: El amigo invisible

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás
- Expresar emociones con el uso del cuerpo

Actividad:

Se inicia la actividad colocándose cada adolescente en un espacio determinado, cada uno de ellos representará una escena emocional con su amigo imaginario. Cada una de las escenas estarán escritas en pequeñas tarjetas que se irán cogiendo de acuerdo al orden establecido para la actuación. Por ejemplo: Mi amigo y yo estamos felices por aprobar matemáticas, hoy día mi amigo estaba triste porque su mascota se ha perdido, mi amigo se encontraba llorando por el fallecimiento de su abuela, entre otras.

Se dejará un tiempo prudencial para pensar en la representación de la escena, y finalizada la actuación los adolescentes espectadores deberán adivinar que emoción se ha representado.

Duración: 30 minutos

Sesión 12:

Título: Adivina lo que estoy diciendo

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás.
- Desarrollar la imaginación
- Tolerancia a la frustración

Actividad:

Se inicia la actividad con un adolescente situado en el centro del aula y el resto de sus compañeros enfrente de él. El adolescente cogerá una tarjeta que contiene una frase específica como, por ejemplo: pongamos de moda la felicidad, sonrío, todo estará bien, me siento triste, entre otras. Luego, el adolescente articulará la palabra de forma muy lenta sin pronunciar

ningún sonido. Los demás adolescentes imitarán los movimientos bucales de su compañero e intentarán descifrar la frase que se está articulando.

Duración: 30 minutos

Sesión 13:

Título: Poemas emocionales

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás.
- Desarrollar la imaginación y creatividad

Actividad:

Se inicia la actividad con un adolescente situado en el centro del aula y el resto de sus compañeros enfrente de él. El adolescente cogerá un poema corto que representa una emoción específica como, por ejemplo:

<p>Oda al día feliz (Pablo Neruda)</p> <p>Esta vez dejadme ser feliz, nada ha pasado a nadie, no estoy en parte alguna, sucede solamente que soy feliz por los cuatro costados del corazón, andando, durmiendo o escribiendo. Qué voy a hacerle, soy Feliz.</p>	<p>El miedo (Pablo Neruda)</p> <p>Tengo miedo -Y me siento tan cansado y pequeño que reflojo la tarde sin meditar en ella. (En mi cabeza enferma no ha de caber un sueño así como en el cielo no ha cabido una estrella.)</p>
<p>Oda a la alegría (Pablo Neruda)</p>	<p>En manos de la ira (Pablo Carbajal)</p>

<p>ALEGRÍA</p> <p>hoja verde caída en la ventana, minúscula claridad recién nacida, elefante sonoro, deslumbrante moneda, a veces ráfaga quebradiza, pero más bien pan permanente, esperanza cumplida, deber desarrollado.</p>	<p>La ira no es un monstruo que azote al alma con gruesas cadenas, ni es tampoco una daga afilada o un serrucho de múltiples dientes que se clava en la razón; quizá sea tan sólo un estado, un momento, un rato, un instante en donde se percibe la completa rudeza de lo simple de mi fragilidad; la perenne frustración de ver tan lejos las causas y más lejos aún los fines.</p>
--	---

Luego, el adolescente recitará el poema tratando de representar la emoción que se indica. Finalmente, los adolescentes espectadores deberán indicar que emoción se representó.

Duración: 30 minutos

Sesión 14:

Título: El taxi de las emociones

Objetivo:

- Reconocer el estado emocional de los demás.
- Desarrollar la imaginación

Actividad:

Se inicia la actividad formando grupos de 3 personas cada uno de ellos representará un personaje específico como: el chofer y dos amigos, una pareja de recién casados, dos ancianos, entre otras. A cada grupo se le indicará que representen las emociones básicas del miedo, la tristeza, la alegría y el enfado. Luego, los espectadores comentarán de que trataba la escena, que emoción se representó, que decían, como se movían.

Duración: 30 minutos

5.10. EVALUACIÓN

La valoración en esta propuesta de intervención permitirá demostrar si los objetivos propuestos para la realización de estas actividades han sido logrados. Es por ello que nuestra evaluación será continua y cualitativa, componiéndose de 3 fases diferentes, que son:

- Valoración inicial. Durante esta etapa, se observarán las necesidades reales del adolescente, las características actitudinales y aptitudinales que presenta este colectivo.
- Valoración procesual. Esta fase se llevará a cabo durante la realización de las diferentes actividades que componen el programa de intervención. En ella, se observarán de forma continua el progreso de los adolescentes con síndrome de Asperger, detectando posibles dificultades, buscando la mejor forma de ayudarlos. Así mismo creemos que este tipo de evaluación es necesaria debido a que todas las sesiones diseñadas están correlacionadas entre sí, es decir primera actividad trabajada se ira reforzando con la posterior y así sucesivamente. Las actividades diseñadas deberán ser trabajadas de forma muy organizada debido a que cualquier error o desliz puede hacer que el adolescente interiorice de forma erróneo lo que se está trabajando.
- Valoración final. Durante esta fase final se observarán los resultados de este programa para determinar si se han alcanzados los objetivos propuestos y si el resultado ha sido satisfactorio.

A la hora buscar un instrumento que ayudara a la recolección de datos en el ámbito emocional hemos decidido tomar como referencia la escala valorativa de Alcaraz, Lozano & Sotomayor (2009), la cual presenta 2 subdivisiones: subescala de valoración de las habilidades de relación social y subescala de valoración de habilidades emocionales (Ver Anexo 4).

Lo que se pretende con esta escala es tener un registro actualizado de las dificultades que presenta el adolescente a nivel emocional como social. Posteriormente con la realización de las actividades se ira señalando el progreso del mismo al nivel individual y grupal.

5.11. PROPUESTA DE MEJORA

El programa de intervención diseñado es flexible y por ello debe estar abierto a futuras mejoras las cuales detallaremos a continuación:

- Realizar más sesiones individualizadas con el objetivo de ver si ha logrado un autoconocimiento y autorregulación emocional en cada persona.
- Incrementar en las actividades el número de recursos de esta forma los adolescentes pueden generar un mayor desarrollo de las emociones.
- Ampliar el periodo de desarrollo de las sesiones, puesto que si se quiere interiorizar una enseñanza el tiempo debe ser más largo y así los resultados serán más eficaces.
- Amplificar el número de sesiones debido a que con más sesiones el refuerzo del ámbito emocional es mayor.

6. CONCLUSIONES

El síndrome de Asperger es un trastorno ambiguo debido a la relación que presenta con otras enfermedades. Esto sumado a las investigaciones realizadas por su etiología, nos ha permitido realizar este Trabajo Fin de Máster con el propósito de beneficiar a este colectivo en el desarrollo emocional.

La etapa de la adolescencia es por si compleja para todas las personas, pero es aún más complicada para este colectivo debido a su falta de empatía y conductas rutinarias generando dificultades y rechazo al momento de la integración con sus iguales o con los demás, provocando consecuencias graves como la depresión y ansiedad. Es por ello que hemos creado un programa de intervención dirigida a esta fase de crecimiento del ser humano.

Por medio del teatro hemos intentado desarrollar la autoconfianza, manejo y control de impulsos, así como el reconocimiento y desarrollo de las emociones. El teatro en personas con síndrome de Asperger les ayuda a comprender a las personas y las emociones o sentimientos que expresan.

Las actividades se han realizado teniendo en cuenta el ámbito emocional y social, para ello se ha establecido vínculos entre el orientador y los adolescentes al igual que entre personas de la misma edad, promoviendo una participación colectiva. En cada una de las sesiones se puede apreciar un trabajo minucioso en el área emocional, fomentando libertad de expresión y fluidez emocional, así como el reconocimiento de las emociones mediante el uso del cuerpo.

En relación al logro de los objetivos planteados podemos concluir que este programa de intervención es una herramienta de apoyo en desarrollo emocional de adolescente con síndrome de Asperger ya que:

- El uso de este programa promoverá el reconocimiento de las emociones en este colectivo
- Los adolescentes pueden expresarse de forma libre.
- Las actividades ayudan a desarrollar competencias emocionales
- Este programa puede ser usado no solo con este colectivo sino también con grupos que presentan otras necesidades educativas específicas como Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Las sesiones son flexibles y adaptables a cualquier metodología

Como hemos indicado anteriormente, este programa de intervención no es más que una aproximación al desarrollo emocional de este colectivo, debido a que el tiempo estimado para la realización de las actividades está establecida en un periodo de dos meses, sin embargo, si estas sesiones se realizan en un tiempo prolongado los resultados a obtener serían favorables e incluso los adolescentes podrían interiorizar todo lo realizado.

Finalmente, cabe resaltar la importancia de una actuación temprana en el desarrollo emocional, de esta forma se identificarían las dificultades que presentan las personas con síndrome de Asperger, logrando trabajar en el ámbito cognitivo, social y emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Alcántara, E. (2007). Trastornos del espectro autista. *Revista mexicana de pediatría*, 74(6), 269-276.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Psiquiátrico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM-V. Barcelona: Masson*
- American Psychiatric Association (2013). DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición). Washington: American Psychiatric Association.
- Aritzeta, Pizarro y Soroa (2008: 26), adaptado de Campos, Barret, Lamb, Goldsmith y Stenberg (1983).
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Attwood, T. (2002). El síndrome de Asperger. ED.: Paidós, Barcelona.
- Attwood, T. (2009). Guía del síndrome de Asperger (Vol. 258). Grupo Planeta (GBS).
- Bar-On, E., Sagiv, S., & Porat, S. (1997). External fixation or flexible intramedullary nailing for femoral shaft fractures in children: a prospective, randomised study. *J Bone Joint Surg Br*, 79(6), 975-978.
- Baron-Cohen, S., & Chaparro, S. (2010). Autismo y síndrome de Asperger. Alianza Editorial.
- Baron-Cohen, S., Cox, A. D., Baird, G., Swettenham, J., Nighttingale, N., Morgan, K., ... & Charman, T. (1998). Capítulo 4. Marcadores psicológicos en la detección del autismo infantil en una población amplia. In *Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 161-173).
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251.
- Belinchón M, Herández JM and Sotillo M (2008) Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades. Madrid: Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE, 105-120.

- Bisquerra, A. (1992). R. (coord.) (2004). Metodología de la Investigación Educativa. Editorial la Muralla. Madrid.
- Blatner, A. (2009). El psicodrama en la práctica. Editorial Pax México.
- Boyd, B. (2009). Educando niños con síndrome de Asperger. 200 consejos y estrategias. Recuperado de <http://orientacionandujar.files.wordpress.com/2008/11/educando-a-ninos-con-sindrome-de-asperger-200-consejos>
- Bradshaw, J. L. (2001). Developmental disorders of the frontostriatal system: Neuropsychological, neuropsychiatric and evolutionary perspectives. Hove: Psychology Press.
- Burgess, P. W. (1997). Theory and methodology in executive function Research. En P. Rabbitt (ed). Methodology of frontal executive function. Hove. Psychology Press.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1133-1141.
- Chanca Zardaín, P., & Trelles García, G. (2009). Síndrome de Asperger. Guía para el entorno educativo y las familias. Asociación Asperger de Asturias: oviedo.
- Cobo, M., & Morán, E. (2011). El síndrome de Asperger: Intervenciones Psicoeducativas. Asociación Asperger y TGDs de Aragón: España. Recuperado el 4 de abril del 2018.
- Corden, B., Chilvers, R. y Skuse, D. (2008). Avoidance of emotionally arousing stimuli predicts social-perceptual impairment in Asperger's syndrome. *Neuropsychologia*, 46, 137- 147.
- De la Iglesia, M., & Olivar, J. (2007). Autismo y Síndrome de Asperger, trastornos del espectro autista de alto funcionamiento: guía para educadores y familiares. Editorial Cepe. Madrid.
- De Prado, D. (1999). Educrea: La creatividad, motor de la renovación esencial de la educación. Santiago de Compostela: Servicio de Publicación e intercambio científico.

- Deletrea, E. (2007). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Asociación Asperger Andalucía.
- Dewey, J. (2009). *Democracia y Escuela*. Madrid: Popular.
- Ehlers, S., & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry*, 34(8), 1327-1350.
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(2), 129-141.
- Equipo Deletrea & Artigas J. (2004) *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Asociación Asperger España. Recuperado el 14 de abril del 218.
- Española, R. A. (2016). *Diccionario de la lengua española*. Tomo I.
- Fernández Casamitjana, N. (2013). " Diccionario de términos médicos" de la Real Academia Nacional de Medicina. *Terminàlia*, (7), 49.
- Fernández, M. L. y Montero, I. (2012). *El teatro como oportunidad*. Barcelona, España: Rigden - Institut Gestalt.
- Fernández, M., Guerra, P. y Begara, O. (2013). El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial. *Norte de salud mental*, 11 (46), 82-88.
- Frith, U., & Mira, M. (1992). Autism and Asperger syndrome. *Focus on Autistic Behavior*, 7(3), 13-15.
- Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. (2001). The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 5(1), 57-66.
- Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (1989). Asperger syndrome—some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 631-638.
- Gilliam, J. (2001). *Gilliam Asperger Disorder Scale*. Autisn, TX, Pro-Ed.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.

- Hall, C., Aronson, T. y Hoffenberg, S. (2015). Profile of Girls Diagnosed with Autism Spectrum Disorder in a Clinical Setting. PonenciapresentadaenChildrens Healthcare of Atlanta and Emory University School of Medicine, Atlanta, EEUU.
- Hervás, A. (2012). Diagnóstico diferencial y comorbilidad en Trastornos del Espectro del Autismo. Bilbao.
- Huizinga, J. (2012). Homo ludens. Madrid: Alianza.
- III, D. (1983). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona.
- Klin, A., Volkmar, F.R., Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V. y Rourke, B.P. (1995). Validity and neuropsychological characterization of Asperger Syndrome: Convergence with nonverbal learning disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995; 36: 1127-1140.
- KoldobikaGotzon, Vío (1996): “Explorando el Match de Improvisación”. Ciudad Real, Ñaque Editora.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (2011). “The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-Revised Extended Version (ASSQ-REV): An instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community controls”. *Research in Developmental Disabilities*.
- Laferrère, Georges (2001): “Prácticas creativas para una enseñanza dinámica. La dramatización como herramienta didáctica y pedagógica”. Ciudad Real, Ñaque Editora.
- Layton, W. (1990). ¿Por Qué? Trampolín Del Actor. Madrid, España: Editorial Fundamentos.
- López Antuñano, J. G. (2013). Importancia y vigencia de Stanislavski. *Nueva Revista de Política, Cultura y Arte*, 142, 184-199.
- Lorente, E. (2014). Una experiencia terapéutica del uso del teatro en salud mental. A Coruña, España: TOG. Revista en internet. (Consulta en abril 2018) (V.11, 20, 3-15). Recogida de <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original4.pdf>
- Mantovani, A. & Jara, J. (2015). El actor creativo. La actriz *creativa*. Manual para conseguirlo. Bilbao: Artezblai.
- Marshall, T. (2015). Flying under the radar: Girls and Women with Aspergers Syndrome.

- Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., & Pauls, D. L. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community-and clinic-based study. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9), 1080-1093.
- Maurice, C. (1994). *Let me hear your voice: A family's triumph over autism*. BallantineBooks.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test*. Multi-Health Systems Incorporated.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2. 0. *Emotion*, 3(1), 97.
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of general psychiatry*, 11(1), 16.
- Mercader, C. (2013). Teoría y técnica del Psicodrama. *Apuntes de Psicología*, 31 (3), 321-325.
- Merino, M., ZAMORA, M., ARNAT, C., ANTUNEZ, B., ARNÁIZ, J., & BELINCHÓN, M. C. (2014). Todo sobre el Asperger: guía de comprensión para profesionales, familiares y afectados.
- Mesurado, B. (2009). Comparación de tres modelos teóricos explicativos del constructo experiencia óptima o flow. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 26(1), 121-137. Recuperada de <http://search.ebscohost.com>
- Montero, M. C. (2013). Síndrome de Asperger: guía práctica para la intervención en el ámbito escolar. Asociación Sevillana de Síndrome de Asperger.
- Motos, T. (1999). *Creatividad dramática*. Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela.
- Myles, B. S., & Simpson, R. L. (2002). Asperger syndrome: An overview of characteristics. *Focus on Autism and other developmental disabilities*, 17(3), 132-137.
- Pacheco, N. N. E., & Fernández-Berrocal, P. (2013). Inteligencia emocional en adolescentes. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (352), 34-39.

- Paula Pérez, 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 Neurología*, 2009, vol. 48, num. Supl. 2, p. 31-34.
- Pavis, Patrice (2014): “Diccionario del teatro: dramaturgia, estética semiología”. Octava Edición. Traducción de Jaume Melendres. Barcelona, Ediciones Paidós.
- Pérez, L., Guillen, A., Pérez, M., Jiménez, I., & Bonilla, M. (2007). La atención educativa al alumnado con trastorno del espectro autista. De la Atención Educativa al Alumnado con Trastorno del Espectro Autista, Sevilla, Junta de Andalucía, 4-5.
- Prada, E. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. *Revista electrónica Psicología Positiva.com*. Recuperada de <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Tiene teoría de la mente un chimpancé. En E. S. Martí (Ed.), *Construir una mente*, 187-192. Barcelona: Paidós
- Renaudin, J. (2012). La improvisación dramática como entrenamiento estratégico en el aula de lengua extranjera. *Marco ele. Revista de didáctica español como lengua extranjera*, 14, 1-18.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(2), 131-144.
- Rodríguez Muñoz, Francisco J. (2013): “Pilot assessment of nonverbal pragmatic ability in people with Asperger syndrome”, *Psychology of Language and Communication*, 17, 3, pp. 279-294
- Rodríguez-Muñoz, F. J. (2013). Evaluación pragmática de niños con síndrome de Asperger. *Studies in Pragmatics*, 25.
- Romero, J. H. y Merchán, A. A. (2008). Improvisación: herramienta fundamental para el actor. *Revista Colombiana de las Artes Escénicas* 2 (1), 23 – 29.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence,

comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-9.

Soussana, M., Sunyer, B., Pry, R., & Baghdadli, A. (2012). Anxiety in children and adolescents with pervasive developmental disorder without mental retardation: review of literature. *L'Encephale*, 38(1), 16-24.

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

Williams, J. G., Allison, C., Scott, F. J., Bolton, P. F., Baron-Cohen, S., Matthews, F. E., & Brayne, C. (2008). The childhood autism spectrum test (CAST): Sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(9), 1731.

Yang, H.H, Savostyanov, A.N, Tsai, A.C y Liou, M. (2011). Facerecognition in Asperger syndrome: A study on EEG spectral power changes. *NeuroscienceLetters*, 492, 84-88. doi:10.1016/j.neulet.2011.01.061.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario

Cuestionario sobre el desarrollo emocional en adolescentes con síndrome de Asperger

Estimados señores(as), les invito a responder el presente cuestionario. Las respuestas proporcionadas son confidenciales y tienen por objetivo recoger información sobre el uso de guías o programas de intervención utilizados para desarrollar las emociones en adolescentes con síndrome de Asperger. La información brindada me permitirá seguir continuar con la investigación para el Trabajo Fin de Máster en Psicopedagogía. Agradezco su participación.

Lic. Nataly Paola Cruzado Tafur

1. Su entidad cuenta con adolescentes que oscilan entre:

- 12-14 años
- 15- 18 años

2. ¿Cuál es el número de adolescentes con asperger que tiene su entidad?

3. ¿Cuenta con algún programa/guía/intervención para desarrollar las emociones en adolescentes con asperger?

- Si
- No

4. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Qué resultados ha obtenido?

- Favorables
- Desfavorables

5. ¿Cree necesario que deba existir una guía o programa para desarrollar las emociones en adolescentes con asperger?

- Si
- No

6. ¿Qué cree usted que se debería trabajar para desarrollar el control emocional en adolescentes con asperger?

Anexo 2: Personajes de Disney representando emociones básicas



sorpresa



feliz



Triste

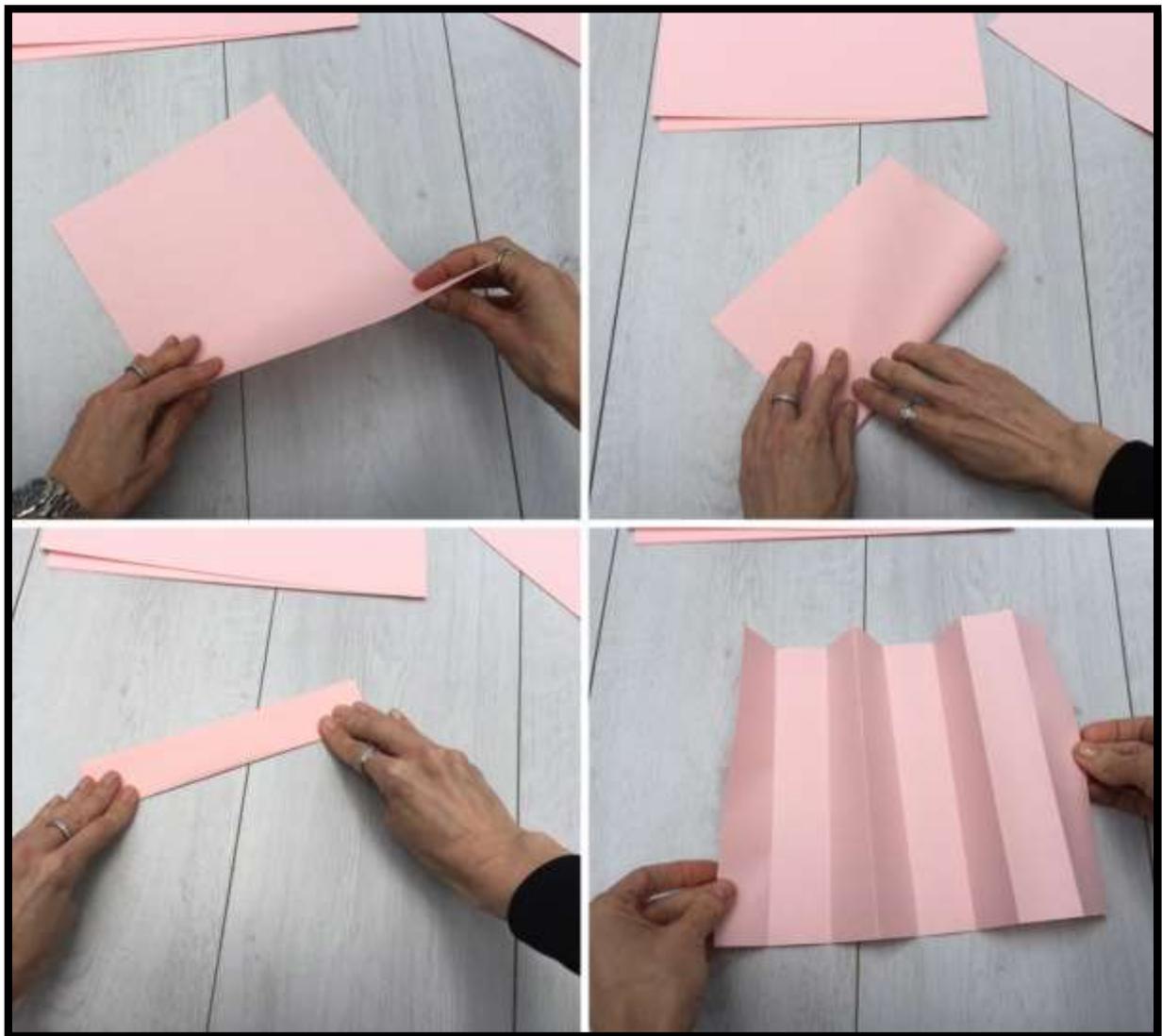


Enfado



Miedo

Anexo 3: Folio doblado en forma de abanico



En cada parte doblada se escribirá o dibujará según el dibujo realizado o la frase escrita.

Anexo 4: Escala Valorativa

ESCALA VALORATIVA DE HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA				
Codificación y Valoración de las Respuestas:				
1:NO,NUNCA	2:CASINUNCA	3:AVECES	4:CASISIEMPRE	5: SÍ,SIEMPRE
ÁREA 1	HABILIDADES BÁSICAS DE RELACIÓN SOCIAL			
ÍTE M	VALORACI ÓN			
NIVEL 1				

1. No responde a los intentos interactivos de otros (p.e.: intentos de relación/ juegos, que incluso rechaza con rabietas, como los juegos circulares cara a cara: currín – currán, hormiguitas y cuando vayas a por carne; o las casquillas y pedorretas) ni busca a adultos o iguales y da la impresión de que el chico se encuentra en una situación de profunda soledad.	<input type="checkbox"/>				
1.1. No se relaciona, pasa por las personas como si pasara ante objetos.	<input type="checkbox"/>				
1.2. Ignora tanto a los iguales como a las figuras adultas cercanas (padres y maestros).	<input type="checkbox"/>				
1.3. Evita de forma clara a las personas.	<input type="checkbox"/>				

NIVEL 2				
---------	--	--	--	--

1. Es un chico solitario, ignora por completo a los iguales, pero presenta apego hacia adultos de referencia (p.e.: muestra agrado y responde con sonrisa a los juegos cara a cara que los padres o educadores inicia con él).	<input type="checkbox"/>				
2. No hay motivación por entablar relaciones de forma espontánea, incluso con familiares (p.e.: responde con agrado a los juegos cara a cara que inicia el adulto pero él no inicia estas actividades).	<input type="checkbox"/>				
3. Para comunicarse con él, hay que "saltar un muro", es decir, hace falta ponerse frente a frente, y producir gestos claros y directos.	<input type="checkbox"/>				
4. Aunque puede, no inicia las interacciones con los adultos.	<input type="checkbox"/>				

NIVEL 3				
---------	--	--	--	--

1. Se relaciona con los iguales, aunque de manera infrecuente (con la mediación del adulto).	<input type="checkbox"/>				
1.1. Se muestra rígido en las relaciones con los iguales (significativos y no significativos)	<input type="checkbox"/>				
1.2. Se acerca físicamente y con ayuda verbal / física a otros compañeros en situaciones organizadas (por ejemplo, aula).	<input type="checkbox"/>				

2.	Las relaciones que entabla son inducidas, como respuesta, y no por iniciativa propia (ingenuidad y "torpeza social").	<input type="checkbox"/>				
2.1.	El inicio de una conversación es siempre inducida y dirigida por el otro.	<input type="checkbox"/>				
2.2.	Saluda a otros como respuesta, con ayuda verbal. No hay saludo espontáneo.	<input type="checkbox"/>				
2.3.	El uso de fórmulas de cortesía (gracias, por favor, disculparse...) no es espontáneo.	<input type="checkbox"/>				
3.	Hace favores a otras personas cuando se le pide directivamente.	<input type="checkbox"/>				

NIVEL 4

1.	Presenta motivación por relacionarse con los iguales (por ejemplo: se acerca a ellos espontáneamente en el patio o los busca para estar con ellos y "participar" en sus juegos).	<input type="checkbox"/>				
2.	Se acerca físicamente y de manera espontánea a otros chicos, en situaciones organizadas (por ejemplo, aula).	<input type="checkbox"/>				
3.	Se acerca físicamente y de manera espontánea a otros chicos, en situaciones no organizadas (por ejemplo, patio).	<input type="checkbox"/>				
4.	Se relaciona con otros de un modo "torpe": fracasa al intentar relacionarse fluidamente con los demás.	<input type="checkbox"/>				
5.	El chico es consciente de su soledad y de su dificultad para relacionarse (lo verbaliza).	<input type="checkbox"/>				
6.	El niño conoce y utiliza habilidades sociales básicas.	<input type="checkbox"/>				
6.1.	Saluda y se despide cuando otros se dirigen a él (utilizando fórmulas orales y gestuales, con contacto visual).	<input type="checkbox"/>				
6.2.	Saluda y se despide espontáneamente cuando se encuentra con otros (utilizando fórmulas orales y gestuales, con contacto visual).	<input type="checkbox"/>				
6.3.	Responde adecuadamente cuando otros niños se dirigen a él, por ejemplo cuando se inicia un juego.	<input type="checkbox"/>				