

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo final de máster

**ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DE UNA NIÑA CON TEA
PARA POTENCIAR SUS HABILIDADES SOCIALES**

Presentado por:

Ana García Zamora

Tutor:

Dr. Xavier Carbonell Sánchez

Barcelona, a 10 de enero de 2022

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a Cristina Corcoy, por su seguimiento. El agradecimiento se extiende a todos los profesionales de mi centro de prácticas, que me han enseñado y ayudado a ser mejor profesional.

A mis compañeros, por sus consejos y estímulos.

Por último, pero no por ello menos importante, agradecer el apoyo brindado por mi familia y amigos, que me han apoyado a lo largo de este recorrido tan importante para mí.

Resumen

El presente estudio de caso analiza la eficacia de un tratamiento grupal para niños diagnosticados de TEA cuyo objetivo es trabajar y potenciar sus habilidades sociales. En primer lugar, se contextualiza el caso y se revisan los aspectos teóricos relacionados con el trastorno. A continuación, se plantean algunas de las hipótesis diagnósticas y se explica el proceso para aceptar o refutarlas, mediante métodos cualitativos y cuantitativos.

Posteriormente, se describe el tipo de intervención seguido de una descripción de las sesiones realizadas. Se trata de una niña de seis años que acude por problemas de comportamiento al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil. El motivo de consulta es conocer por qué su hija se comporta de esta manera y qué pueden hacer los padres para ayudarla. El hecho que la familia accediera a realizar una intervención grupal paralela, entre progenitores y pacientes con el mismo trastorno, ayudó a llevar a cabo un tratamiento intensivo de seis semanas, donde tanto a padres como hijos recibieron herramientas y estrategias para manejar diferentes aspectos y contextos donde interfiere el TEA.

Palabras clave: Trastorno del Espectro autista, habilidades sociales, intervención grupal, estudio de caso.

Abstract

This case study analyzes the efficacy of a group treatment for children diagnosed with ASD whose objective is to work and enhance their social skills. First, the case is contextualized and the theoretical aspects related to the disorder are reviewed. Next, some of the diagnostic hypotheses are raised and the process to accept or refute them is explained, using qualitative and quantitative methods. Subsequently, the type of intervention is described followed by a description of the sessions carried out. This is a six-year-old girl who comes to the Children's and Youth Mental Health Center for behavioral problems. The reason for the consultation is to find out why their daughter behaves in this way and what the parents can do to help her. The fact that the family agreed to carry out a parallel group intervention, between parents and patients with the same disorder, helped to carry out an intensive six-week treatment, where both parents and children received tools and strategies to manage different aspects and contexts where TEA interferes.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, social skills, group intervention, case study.

Contexto del caso

El presente trabajo tiene como objetivo analizar un proceso clínico que ejemplifica como se manifiesta el Trastorno del Espectro autista (TEA) en una niña de seis años. El motivo principal de escoger un caso de una niña de seis años ha sido la gran diversidad de aspectos clínicos que diferencian un TEA en un varón y un TEA en una mujer. Según Ruggieri y Arberas (2019), las mujeres podrían “camuflar” con mejores estrategias sus dificultades sociocomunicativas, lo que podría claramente dificultar el diagnóstico. Las mujeres, en general, tienen valores más bajos de gravedad en las pruebas de la escala de observación para el diagnóstico del autismo y eso hace que las dificultades que presentan se encubran con más facilidad en comparación a los varones. Por ello, este caso es útil para ejemplificar un caso donde se observa una diferencia en relación a como se manifiesta el TEA respecto al género. Por otro lado, uno de los principales motivos por el cuál seleccioné este caso para presentarlo en mi Trabajo de Final de Máster, es el hecho de haber podido llevar a cabo un trabajo de observación y seguimiento de la terapia más exhaustivo e intenso, ya que los familiares accedieron a que la paciente iniciara un grupo intensivo de seis semanas consecutivas. Esto me hizo decantarme por este caso también ya que, el colapso del sistema público en Salud Mental hace que la frecuencia de las visitas sea una vez cada mes y medio aproximadamente. Esto dificulta hacer un seguimiento y una intervención íntegro.

La familia acudía al hospital, derivada del pediatra, con la finalidad de valorar un trastorno de conducta, siendo los aspectos conductuales los que preocupaban a los progenitores. El proceso terapéutico que se describe se llevó a cabo en un Centro de Salud Infanto-Juvenil perteneciente a la red de asistencia sanitaria pública situado en Mollet del Vallés.

Las estrategias que se han seguido para maximizar el rigor metodológico del estudio han sido apuntar abundantes notas de las sesiones tanto con el paciente identificado como con los correspondientes progenitores, así como algunas transcripciones de las sesiones. Los datos de los cuales dispusimos antes de conocer a la familia fueron: hoja de solicitud del centro ambulatorio donde acudieron, en la que se especifica el motivo de la demanda y las preocupaciones de la familia; de este modo, se conocen a grandes rasgos, el motivo de consulta, facilitando un primer contacto con los pacientes.

Para garantizar el anonimato, se han cambiado todo tipo de datos personales que puedan llegar a ser identificativos como los nombres del paciente identificado y su familia, así como sus edades aproximadas y lugar de residencia.

Marco conceptual de la intervención-fundamento empírico-clínico

El trastorno del espectro autista (TEA) es una variedad de trastorno del neurodesarrollo, considerado grave, que afecta en las habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales, con una gran variedad de niveles de gravedad. Las características básicas que presenta este trastorno incluyen las dificultades cualitativas en la interacción social y en la comunicación, comportamientos con patrones repetitivos y estereotipados y la presencia de un repertorio restrictivo de intereses y actividades. En ocasiones, se acompaña de impedimentos en la función adaptativa, desorden de procesamiento sensorial, agresión o autolesión (Milla y Mulas, 2009).

Las manifestaciones clínicas están presentes durante la etapa preescolar y escolar y normalmente los padres se empiezan a preocupar a partir del primer año de edad. Las características principales que llaman la atención de los progenitores son diversas dependiendo del tipo de deterioro. Respecto al deterioro en las interacciones sociales, se observa una falta de interés social, con ausencia de amigos acorde a su edad. Normalmente,

los niños con sospecha de TEA prefieren jugar solos. Sobre el deterioro en la comunicación, hay presencia de ecolalia inmediata o retardada y ausencia de balbuceo a los nueve meses. Por último, en relación con el deterioro en patrones de comportamientos e intereses restringidos y repetitivos, se observan que los niños no cambian de juguetes u objetos, repiten la misma pregunta varias veces con independencia de la respuesta y tienden a la ausencia de tolerancia al cambio (Vázquez, Moo, Meléndez, Magriñá y Méndez, 2017).

Respecto a la etiología, el TEA está considerado multifactorial abarcando los siguientes grupos clínicos: a) Trastorno autista; b) Trastornos de Rett; c) Desintegrativo infantil; y d) Generalizado del desarrollo. Afecta a 1 de cada 1000 personas, sin haber diferencias entre clases sociales y culturales (Vázquez et al., 2017).

Durante muchos años el autismo se utilizó para dar explicación al retraso cognitivo o síntomas específicos en la esquizofrenia. Fue Kanner en 1943, cuando publicó por primera vez un artículo llamado “Alteraciones autísticas de contacto afectivo” donde expresó por primera vez el término “autismo” haciendo una conexión entre éste y los niños con un desarrollo socioemocional atípico. En los años 60 se vinculó por primera vez la etiología del autismo a una condición biológica y en 1980 se publicó oficialmente en el DSM-III el término de “autismo infantil”. Hasta entonces, eran considerados estados psicológicos y a partir de ese momento, se definieron como categorías de enfermedad (Bonilla y Chaskel, 2017). Actualmente el TEA engloba todos los trastornos generalizados del desarrollo bajo un solo diagnóstico y que varían en edad de aparición, así como en presentación clínica considerando variaciones en habilidades cognitivas, lingüísticas, comportamentales y sociales (Vázquez et al., 2017).

En general, la prevalencia del TEA entre hombres y mujeres ha ido variando a lo largo de los años. La proporción actual según un estudio del University College of London,

se situaría en 1 mujer por cada 3 hombres TEA. El motivo de que las mujeres hayan sido (y sigan siendo) las grandes invisibilizadas en el mundo del autismo podría deberse a diferentes razones: en la historia del autismo se ha descartado este trastorno en mujeres; los test de evaluación tienen importantes sesgos de género; las manifestaciones del TEA en las mujeres son totalmente diferentes a las mostradas en los hombres, dificultando su identificación en entornos familiares, escolares e, incluso, médicos; por último, muchos profesionales de diferentes ámbitos, no conocen ni se han planteado el autismo en femenino (Cepama, 2019). Entre los niños y las niñas con TEA, como en la población infantil con desarrollo típico, existen diferencias de género que se observan en algunos de los síntomas nucleares del TEA, principalmente en los de tipo social, aunque también aparecen en flexibilidad cognitiva y en algunos aspectos del lenguaje (Hull, Mandy y Petrides, 2017).

Montagut, Mas, Fernández y Pastor (2018) destacan el trabajo sobre las dificultades en la flexibilidad cognitiva. En su estudio se muestra que los déficits en habilidades sociales y comportamiento están directamente asociados con deficiencias en la flexibilidad, es por eso que las niñas cometen mayor cantidad de errores de perseverancia. En relación con las habilidades sociales, las niñas tienden a imitar las interacciones sociales que observan en los adultos para crear y mantener amistades. Sin embargo, sus dificultades se hacen más evidentes en la adolescencia, ya que la complejidad de las relaciones aumenta, requiriendo habilidades de mayor nivel (compartir recíproco, apoyo emocional, resolución de problemas sociales, etc.). Las dificultades para comprender estas situaciones implican mayor aislamiento social y problemas de salud mental en las niñas con TEA (Montagut et al., 2018). Respecto las habilidades lingüísticas, las mujeres generalmente tienen mayores habilidades lingüísticas que los varones, a idéntico nivel intelectual, aunque habitualmente no desarrollan lenguaje social y son limitadas en sus conversaciones, respondiendo de manera acotada y sin desarrollar diálogo (Ruggieri y Arberas, 2016).

Respecto la comorbilidad, suele ser menor en las mujeres con TEA, presentando menos trastornos asociados que los hombres, quienes pueden acumular dos o más diagnósticos comórbidos. Las niñas diagnosticadas de TEA es muy probable que hayan sido diagnosticadas con problemas de habla. Además, suelen tener más problemas de conducta; más dificultades de hiperactividad y/o falta de atención y pueden presentar más problemas de sueño, de alimentación, ansiedad o depresión (Montagut et al., 2018).

Una vez explicado las diferencias sobre cómo se manifiesta el TEA respecto al género, se dará paso a comentar la intervención y tratamiento una vez se diagnostica un niño o niña de Trastorno del Espectro Autista.

El objetivo principal para una intervención en TEA será favorecer la adaptación del niño a su entorno vital y a la comunidad, desde el respecto a su autonomía, individualidad y dignidad. A su vez, se deberá trabajar paralelamente con los padres para darle estrategias y conocimientos sobre cómo ayudar a su hijo/a (Millá y Mulas, 2009). No obstante, es imprescindible realizar una detección temprana para empezar la intervención lo antes posible. Según los estudios de Millá y Mulas (2009), los programas de atención temprana pueden modificar positivamente el curso del desarrollo de los niños con TEA y mejorar sus posibilidades individuales de comprensión de la realidad social en la que viven, de comunicación y de aprendizaje, incrementando lo relativo a su cociente intelectual, capacidades visoespaciales y lenguaje.

A continuación, se explicará las principales prácticas basadas en la intervención del TEA con el objetivo de conocer cuáles son los procedimientos que se utilizan para potenciar el desarrollo y aprendizaje de algunas conductas determinadas. Según Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández (2012) son las prácticas conductuales preventivas, una intervención conductual, el moldeamiento, la atención conjunta, diversas intervenciones en el contexto natural, intervenciones a los padres, aprendizaje a iguales, conductas pivotales,

estrategias para la autonomía, sistemas de trabajo y soportes visuales. Todas estas prácticas son comunes en los diferentes tipos de tratamiento que se aborda con niños y niñas TEA, diferenciándose de la intensidad, duración, contexto donde se interviene, etc... Los principales tratamientos focalizados en niños con Trastorno del Espectro Autista son: early intensive behavioral intervention (EIBI), Applied Behavior Analysis (ABA), Pivotal Response Treatment (PRT) y Treatment and Education of autistic and related Communication Handicapped Children (TEACH). Asimismo, se ha comprobado que los grupos terapéuticos enfocados a trabajar y mejorar las habilidades sociales, potenciando las estrategias cognitivas para mejorar la apreciación social, son eficaces, ya que los pacientes que participan tienen una mejoría en el uso de expresiones sociales (Reynoso, Rangel y Melgar, 2016).

El TEA persiste toda la vida y muestra una gran heterogeneidad que varía desde modificaciones leves de la personalidad hasta discapacidad grave (Vázquez, Moo, Meléndez, Magriñá y Méndez, 2017). Por eso se considera imprescindible hacer una detección temprana, una intervención psicoterapéutica adecuada para cada individuo y una intervención farmacológica si fuera necesaria.

El caso de Paula

Paula, de seis años acudió al CSMIJ en febrero de 2021 derivada de pediatría por un posible trastorno de conducta ya que presenta episodios de agresividad, se pone muy rabiosa y grita a menudo. Estudia segundo de primaria en un colegio concertado en Mollet del Vallés. Vino acompañada de sus padres, Simón de 60 años y Clara de 48 años. El padre se dedica a la ingeniería y la madre a la administración. Paula es hija única. Refieren que Paula tiene muy buena relación con los abuelos maternos (José, 75 años y María, 72 años). Sobre los antecedentes familiares, el tío materno (Lucas, 46 años) está diagnosticado de esquizofrenia y tía materna (Sofía, 44 años) de problemas de conducta (ver el genograma en la figura 1).

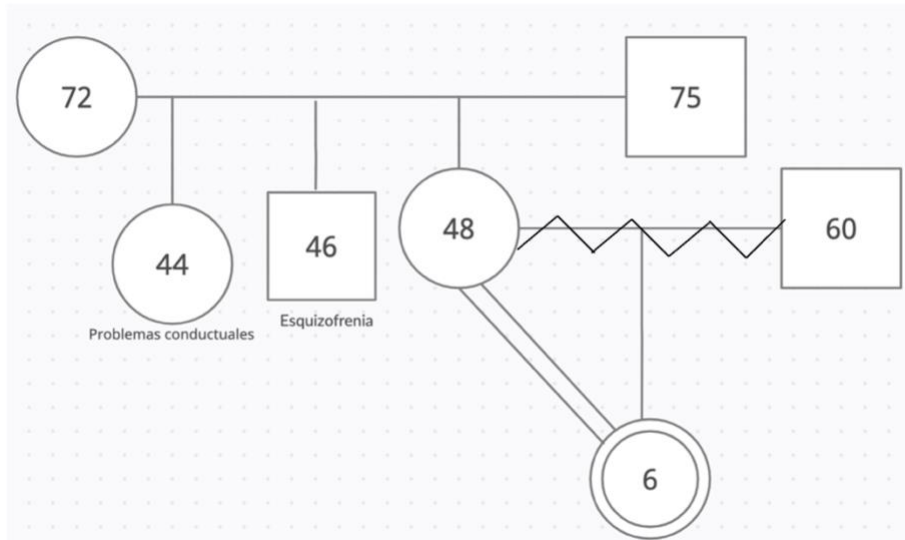


Figura 1

En relación con la historia de desarrollo, fue un embarazo controlado, sin complicaciones. No refieren dificultades con la introducción de nuevos alimentos. Aunque los padres comentan que actualmente empieza a ser selectiva *“antes comía de todo y ahora empieza a rechazar los purés de verdura y el pescado”*. El desarrollo psicomotor fue retrasado y requirió derivación al CDIAP. Sus primeras palabras se dieron antes que caminar; alrededor de los 12 meses. Sobre los hábitos de sueño, hasta hace poco dormía con sus padres. Los padres refieren que Paula ha tenido dificultades desde que era bebé con el sueño. En el momento actual se despierta sola y va a la habitación de los padres. Duerme pocas horas, se despierta a las 7 y a las 22 todavía no tiene sueño; no refieren miedos. Su historia escolar se inició a los 13 meses. Refieren dificultades de adaptación, *“le cuesta adaptarse a todo”*. Los padres comentan un buen apoyo social percibido, sin embargo, la paciente presenta muchas dificultades de adaptación. Sobre los antecedentes personales, Paula fue derivada al CDIAP por retraso en el desarrollo psicomotor.

Sobre el motivo de consulta, los padres refieren dificultades para que Paula haga caso *“no hay forma que Paula haga caso, estamos desesperados; no entendemos como una niña de seis años no haga caso a sus padres”*. Sólo ocurre en casa, en el colegio niegan

dificultades y la describen como una niña normal. Paula refiere en alguna ocasión que sus padres la pegan *“muchas veces cuando hago cosas malas mis padres me pegan un poco, y eso no me gusta”*; también reconoce que ella grita y se enfada, y a veces los pega *“cuando mis padres me hacen enfadar grito y me enfado mucho”*. Los motivos por los que se enfada parecen muy normales. Los padres reconocen que cuando Paula no les hace caso le pegan flojo *“hay veces que no nos queda otra que darle una palmada porque sino es imposible que pare”*.

Respecto a su personalidad, los padres definen a Paula como una niña tímida inicialmente con sus iguales *“le cuesta mucho hacer amigos porque no hace el intento de relacionarse con los niños de su edad”*. Esta dificultad de socialización con iguales no pasa con los adultos ya que la paciente no muestra problemática a la hora de dirigirse a adultos como profesores, familiares, conocidos... Simón y Clara hacen referencia a ciertas conductas inadecuadas en determinados momentos por parte de su hija *“se abraza y dice te quiero”* a desconocidos o extraños, que hacen que los padres se extrañen mucho como así refieren *“a veces nos quedamos parados por la calle cuando Paula abraza a alguien sin conocerlo, no sabemos muy bien como actuar”*. La madre la observa muchas veces enfadada y triste. La describen como muy observadora. Los padres explican que cuando van en coche, Paula se masturba. Previamente lo hacía cuando iba sentada en la sillita de paseo. Los padres explican que creen que es del roce del cinturón de la silla de bebé que, junto con movimiento del coche, hace que su hija se excite. Ante esta situación los padres sienten preocupación ya que consideran que no es normal en una niña de seis años *“es una situación muy rara para nosotros porque lo comentamos con nuestros amigos que tienen hijos también, y no les pasa”*. Paula muestra grandes dificultades para aceptar los límites y las normas en casa. A los padres les cuesta mucho que haga caso y esto genera una gran cantidad de discusiones tal como refieren *“siempre pasa lo mismo, cuando le pedimos algo que haga y ella no lo quiere”*.

hacer, ya la tenemos montada". Los padres comentan que tiene un interés por los temas relacionados con Egipto y sobretodo con la arqueología *"le encanta todo lo relacionado con la arqueología, si le preguntas que es lo que más le gusta te responderá seguro con esa palabra"*. También, definen a Paula como "maniática" con muchas cosas *"tiene unas manías muy peculiares, por ejemplo, siempre tiene que tener los libros de su habitación en un orden concreto y le molesta si se los tocamos"*, refiere el padre. Asimismo, la madre comenta *"otra manía que tiene es que no quiere ponerse ni tejanos ni cazadoras tejanas, creo que no le gusta el tacto que tienen"*.

En relación con la dinámica del hogar, Clara comenta que está desbordada ya que siente que no tiene ayuda en casa con su marido *"la mayoría de veces, siempre tengo que estar yo por la casa y por Paula, a veces siento que no puedo más"* y eso genera conflictos entre el matrimonio que genera una cierta tensión en el hogar ya que, Clara siente que no tiene ningún tipo de apoyo por parte de su marido. En este momento, Simón refiere *"yo sé que mi mujer tiene razón, pero el trabajo es el trabajo y a veces no puedo estar el tiempo que me gustaría con ellas"*. Además, conciben que tienen pensamientos diferentes en relación con la educación de su hija, creando así un mal ambiente en el hogar *"nunca nos ponemos de acuerdo a la hora de decidir algo sobre la educación de Paula"*. Ambos están de acuerdo con esto y es una de las cosas que quieren trabajar *"no sé si vosotras nos podréis ayudar a la hora de cómo nos podemos poner de acuerdo, por ejemplo, en cómo castigar a nuestra hija"*.

En resumen, después de la primera entrevista, se observa una familia muy preocupada por algunas conductas de su hija, además de la dificultad que exponen los progenitores a la hora de ponerse de acuerdo sobre la educación de Paula. Con todo esto, la familia muestra un gran interés en poner solución *"teníamos muchas ganas de venir aquí porque realmente estamos muy preocupados"*. Con todo ello, las metas verbalizadas por parte de la familia a conseguir en este espacio son:

Simón: “Saber el por qué nuestra hija realiza estas conductas y qué podemos hacer nosotros para ayudarla”.

Clara: “Entender a nuestra hija y ver que es lo que le preocupa para que se comporte de esta forma. También poder recibir pautas de un profesional sobre cómo hay que actuar en algunas situaciones que, actualmente, no sabemos como sobrellevarlas mi marido y yo”.

Evaluación y formulación del plan de tratamiento

Para evaluar el caso en el CSMIJ se usan test y cuestionarios y se elabora una hipótesis de trabajo a través de las entrevistas con la familia y con la escuela. A continuación, se enumeran las hipótesis planteadas para el caso del presente trabajo:

- *Hipótesis relativa a altas capacidades:* algunos de los síntomas que presenta Paula se podrían deber a un cociente intelectual superior al grupo normativo, lo cual estaríamos hablando de altas capacidades ya que Paula presenta dificultades con el sueño, utiliza un vocabulario impropio para su edad, hace preguntas y actos exploratorios a edades tempranas, tiende al perfeccionismo y a la necesidad de exactitud (Sánchez, 2003).
- *Hipótesis relativa al Trastorno del Espectro Autista:* esta hipótesis se plantea a raíz de la dificultad que presenta Paula con la comunicación e interacción social entre iguales, a los intereses restringidos que tiene, como es la arqueología, a los patrones de comportamiento ritualizados como es el orden de los libros de su habitación...

Una vez presentadas las hipótesis, se explicará qué instrumentos se han pasado para acabar de definir el diagnóstico de la paciente.

En relación con los instrumentos que se pasaron para confirmar o refutar las posibles hipótesis, primeramente, se administró un WISC-V para conocer el cociente intelectual de Paula. También, se entregaron dos cuestionarios de *screening*, uno para los padres (CBCL) y

otro para la tutora (TRF), con el fin de obtener más información que pueda ser significativa. Además, se le administró la prueba SCQ a los padres para valorar la posibilidad de que tratara de un Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Las puntuaciones estimadas en la prueba WISC-V fueron: ICV: 106, IVE: 111, IRF: 91, IMT: 103, IVP:114 y CIT: 102. Lo que significa que el cociente intelectual de Paula se sitúa dentro del grupo normativo, refutándose así la primera hipótesis de altas capacidades.

Las puntuaciones significativas del CBCL fueron en las escalas problemas afectivos, reactividad emocional, comportamiento agresivo, opositorista desafiante, problemas de ansiedad, problemas internalizantes, problemas para dormir y problemas externalizantes.

Sin embargo, en el TRF, todas las puntuaciones se situaron dentro de la normalidad. Por último, en la prueba SCQ, la puntuación estimada fue de un 21 lo que significa la posible presencia de un Trastorno del Espectro Autista. Posteriormente a este resultado, se consideró necesario aplicar el instrumento ADOS-2 para confirmar la hipótesis clínica de la paciente. Los resultados de la prueba fueron concluyentes para hacer un diagnóstico de TEA ya que Paula puntuó 8, resultado que se sitúa justo en el punto de corte. El ADOS-2 y el SCQ fueron instrumentos significativos a la hora de confirmar la segunda hipótesis relativa al TEA. Con todos los instrumentos que administramos a la paciente, llegamos a obtener un diagnóstico claro y evidente que nos ayudó a formular el plan de tratamiento correspondiente.

El plan de tratamiento abarcó un nivel individual centrado en la paciente, un nivel familiar donde se incluyeron a los progenitores y un nivel más escolar, donde se ayudó a Paula en este contexto mediante coordinaciones con la escuela. Si la intervención se centra con el paciente identificado, se deberá marcar como objetivos principales la mejora de las habilidades sociales, de la comunicación y el lenguaje, del juego y de las habilidades de adaptación y comportamiento (Millá y Mulas, 2009). Como nos comentaron sus padres, Paula presenta muchas dificultades a la hora de socializar con sus iguales y, por tanto, el

hecho de trabajar las habilidades sociales, la comunicación y el lenguaje, será crucial para ayudarlo y enseñarle estrategias a Paula sobre cómo relacionarse con sus iguales. Asimismo, un trabajo de habilidades de adaptación y comportamiento también ayudará a Paula a gestionar esos momentos donde, como sus padres comenta, se enfada y tiene grandes desregulaciones emocionales.

A continuación, se enfoca el plan de tratamiento a nivel familiar. El principal objetivo de la intervención familiar fue ayudar a Clara y Simón a superar las distintas fases del proceso de asimilación de la nueva realidad siempre ajustándose a las expectativas reales del niño y de la intervención (Millá y Mulas, 2009). En esta misma línea, la intervención familiar también incluirá pautas que ayuden a fortalecer el entorno, favorecer la comunicación y autonomía de éste, mejorar las interacciones familiares, etc.

Por último, el plan de tratamiento enfocado a la escuela se basó en coordinarnos con la escuela para que, de forma conjunta, se acordaran los objetivos y metodología que debe seguir Paula en la escuela, en relación con los apoyos en el ámbito escolar y las actitudes colaborativas del personal docente y de los compañeros del aula (Millá y Mulas, 2009).

Fue importante tener en cuenta que la evaluación y el plan de tratamiento se hizo de esta manera ya que, al ser un centro público, los profesionales necesitaron saber y tener un diagnóstico para hacer una intervención. Es por ello que en todo momento se priorizó obtener el diagnóstico clínico y no quizá explorar más la parte emocional de la paciente.

Curso de la terapia

La terapia se basó en sesiones individuales y grupales. Las sesiones individuales de 45 minutos cada mes y medio aproximadamente intercalando sesiones con Paula y con sus padres. En estas sesiones se trabajó pautas para el manejo de Paula en casa ya que era donde los padres referían más problemáticas. También visitó únicamente a los padres para trabajar

sus diferencias en relación a la educación de Paula. En cuanto al tratamiento grupal consistió en un grupo terapéutico de niños entre 5 y 7 años con diagnóstico de TEA para trabajar las habilidades sociales, comunicación y lenguaje. Paralelamente, también se hizo un grupo de padres con los niños que realizan este grupo, para hacer psicoeducación, comentar pautas en relación a las diferentes demandas de cada padre, resolver dudas... además de ser un espacio donde, entre padres, pudieron intercambiar preocupaciones e incertidumbres sobre sus hijos. Estos grupos terapéuticos tuvieron lugar seis lunes consecutivos de 11.00h a 12.00h en el mismo CSMIJ, con una duración de 60 minutos cada sesión.

Tratamiento grupal

Este apartado se centrará en las seis sesiones que se ha realizado el grupo terapéutico con Paula ya que ha sido una intervención más continuada donde se han podido ver progresos. Este tratamiento se plantea desde una co-terapia activa, en la que la presencia de tres profesionales (dos psicólogas y una psiquiatra) proporciona apoyo mutuo y además ayuda a tener diferentes perspectivas en relación a cada paciente para ofrecer una visión más objetiva.

1ª sesión. “Introducción al grupo, presentaciones y normas”

Los objetivos de esta primera sesión grupal fueron presentar a cada paciente, ya que entre ellos tampoco se conocían, realizar funciones de acomodación y establecer un vínculo próximo con todos.

Comenzaron presentándose todos los compañeros de Paula y ella se presentó la última “*Hola me llamo Paula, tengo seis años y me gusta mucho la arqueología*”. En esta presentación pudimos confirmar el interés restringido de la paciente. Una vez presentado todo el grupo, se explicó una tarea, la cual se iba a practicar todos los días de grupo al iniciar la

sesión. Esta tarea consistía en agruparse en parejas y cada una de ellas debía exponer al grupo qué día era, qué mes estábamos, qué tiempo hacía o cómo estaban de ánimos. Para que esta dinámica fuera más divertida, se les ofrecía diferentes cartulinas de diferentes colores donde habían de dibujar/escribir el día de la semana, el mes, el tiempo y el estado de ánimo. Con los dos últimos se les ofreció un apoyo visual mediante emoticonos (lluvia, trueno, sol.../contento, triste, enfadado...). Los niños se agruparon en pareja con el compañero que tenían al lado, sin tener un diálogo donde se dejara claro que son pareja. Es por ello que la terapeuta comentó “*¿ya tenéis a vuestra pareja?*” “*¿Cómo habéis sabido que es vuestra pareja, se lo habéis preguntado?*”. Paula se mostraba tímida, pero al final consiguió preguntar al niño de al lado “*¿quieres ser mi pareja?*”, el compañero asintió. A la hora de decidir qué actividad tenía que hacer Paula y su pareja, Paula mostraba una gran rigidez a la hora de ponerse de acuerdo en qué tarea llevar a cabo. Paula se mostraba insistente ya que sólo quería hacer el mes del año “*¿hacemos el mes? Yo quiero hacer el mes*”. Su compañero aceptó. Este ejercicio tenía el objetivo de crear un acercamiento entre los integrantes del grupo para conocerse mejor y observar cómo se relacionaban entre ellos. Hay que destacar que Paula es la única niña en todo el grupo, todo el resto, son niños. Centrándonos en Paula, observamos a una niña tímida, poco comunicativa pero siempre motivada hacer la tarea que se pedía. En una ocasión, un compañero de Paula empezó a tocarle el pelo sin previamente pedirle permiso. Observamos a Paula con una actitud pasiva, sin decir nada, dejando que la conducta de tocar el pelo continuara.

En la primera sesión, observamos a la paciente muy cohibida, tímida y poco comunicativa y recíproca con sus iguales. En cambio, podemos observar que con las profesionales no tiene ningún tipo de problema en hablar con ellas. Además, en la primera sesión, se ha podido observar claramente la rigidez que tiene Paula para hacer una tarea, como era la de hacer la actividad del mes. Esto nos da información a la hora de trabajar con

Paula la tolerancia a los cambios y reducir las conductas disruptivas asociadas a la frustración (León, 2020).

2ª sesión. “Comunicación en parejas”

Los objetivos para la sesión fueron trabajar cómo hacer tareas en pareja y cómo comunicarse y ponerse de acuerdo. Se llevaron a cabo 2 dinámicas para trabajar la comunicación entre las parejas.

Al principio de cada sesión, se debió hacer en parejas la actividad del día, del mes, del tiempo y del estado de ánimo. Pudimos observar en Paula, de nuevo, la excesiva rigidez a la hora de hacer la actividad del mes *“yo quiero hacer el mes, ¿podemos hacerlo?”*. Se mostraba insistente, como en la sesión anterior. En esa situación, como su compañero no estaba de acuerdo *“¿otra vez? Yo no quiero”*, hubo una pequeña discusión, pero que al final, se recondujo a través de hacer un cambio de pareja. Finalmente, Paula se puso con otro compañero que no le importaba hacer la tarea del mes. A continuación, se expone una muestra de transcripción para ejemplificar cómo se recondujo esta situación:

Terapeuta: *“como podéis ver chicos, no os estáis poniendo de acuerdo en qué tarea hacer, Paula quiere hacer otra vez el mes y Gabriel quiere hacer otra cosa...”*

Gabriel: *“sí”*

Terapeuta: *¿qué podemos hacer para solucionar esto? ¿Os parece que cada uno de vosotros vaya con otro compañero y así podéis hacer cada uno lo que queráis?*

Paula: *“sí”*

Gabriel: *“sí”*

A partir de aquí, Gabriel y Paula automáticamente se pusieron al lado de dos compañeros del grupo, dando por hecho que los compañeros eran su nueva pareja. A raíz de esta situación se pudo trabajar la comunicación entre dos personas:

Terapeuta: *“Paula y Eric veo que os habéis puesto juntos, ¿vais hacer esta actividad los dos?”*

Paula y Eric: *“sí”*

Terapeuta: *“qué bien, y... ¿cómo os habéis puesto de acuerdo en ser pareja?”*

Paula y Eric: (silencio) *“no sé...”*

En este caso interpretamos que ambos niños han dado por hecho que iban juntos sólo por de haberse sentado al lado.

Terapeuta: *“y si no os lo habéis preguntado ¿cómo sabéis que Paula o Eric quiere ser vuestra pareja?”*

Paula y Eric (silencio)

Terapeuta: *“¿Qué podéis hacer para saber si queréis ir juntos en esta actividad?”*

Paula: *“¿Preguntándole?”*

Terapeuta: *“Sí, exacto, muy bien Paula”*

Paula: *“¿Quieres ser mi pareja Eric?”*

Eric: *“¡sí!”*

Terapeuta: *“así es como debemos preguntarle a alguien si quiere ir con nosotros.”*

Lo que se quiere conseguir con esta explicación hacia Paula y Eric es ampliar sus recursos, funciones e instrumentos comunicativos y fortalecer, su intención comunicativa (Valdez y Ruggieri, 2011).

Una vez realizada la primera actividad, se pudo llevar a cabo las dos dinámicas en pareja:

- Juego de pedir: los niños se situaron en parejas. El terapeuta les dio unas imágenes con objetos que tenían que buscar. Uno de los niños, sin enseñarle la tarjeta al otro miembro de su pareja, tenía que darle pistas a su compañero para encontrar el objeto

en la sala *“tienes que buscar un objeto redondo...”*. Luego los papeles se intercambiaron para que todos los niños hicieran las demandas.

- Carrera de obstáculos: los niños se agruparon en parejas. Un niño de la pareja tenía que representar una emoción, que le decía el terapeuta y el compañero tenía que adivinar la emoción y seguidamente, ir a por el pictograma que correspondiese a la emoción.

Como podemos observar, en ambas dinámicas se ofrece un apoyo visual al grupo ya que para trabajar la comunicación y el lenguaje en niños TEA se recomienda la utilización de algún material visual, para una correcta estimulación de la comunicación (Moliné, 2019).

En ambas dinámicas Paula tuvo una actitud colaboradora y simpática en relación con las actividades. No mostró ningún tipo de rigidez y realizó las tareas sin ninguna problemática a destacar.

3ª sesión. “Tolerancia a la espera”

Los objetivos para la tercera sesión fueron trabajar la tolerancia a la espera, ya que como sabemos, las personas con TEA presentan poca o nula tolerancia a las situaciones de espera y manejo de conceptos abstractos como es el tiempo (Velasco, 2016).

Como al inicio de todas las sesiones, se practicará la actividad de presentar el día de la semana, el mes, el tiempo y el estado de ánimo. Esta semana Paula se muestra menos rígida y acepta empezar la tarea del tiempo. En este momento, pudimos ver una evolución respecto la inflexibilidad de la paciente y por eso se le reforzó positivamente *“Paula, veo que has decidido hacer el tiempo y no el mes, como las semanas anteriores. Eso está muy bien, también tenemos que probar hacer cosas diferentes”*.

Posteriormente, se llevaron a cabo dos actividades. La primera consistía en un juego de mímica, donde había unas tarjetas con animales, acciones, etc... y cada paciente debía

coger uno y hacer mímica y sonidos para que el grupo adivinara de qué se trataba. Esta actividad se pudo llevar a cabo sin ningún tipo de problemática. Paula pidió a una terapeuta, en este caso a mí, que le ayudara a representar su tarjeta ya que le daba vergüenza exponerse sola “*Ana, ¿me puedes ayudar?*”. Sin ningún inconveniente, imitamos la tarjeta juntas “*¡Claro que sí Paula!*”. A raíz de esta situación, pudimos observar como Paula no mostraba ningún tipo de problema en pedir ayuda o comunicarse con los adultos. Sin embargo, Paula mostraba dificultades para comunicarse entre sus iguales.

La segunda actividad trató de dividirse en dos grupos para dibujar un mural donde la indicación principal era que uno dibujaría y los otros esperarían el turno, siempre y cuando, se hubieran puesto de acuerdo previamente en el dibujo que harían entre todos. Cuando el temporizador sonara y el terapeuta dijera “cambio”, el paciente debía pasarle el color a su compañero para que siguiera con el dibujo. El apoyo auditivo fue importante a la hora de ayudar a los niños a tener un sonido que les recordara que tenían que cambiar el turno. Paula respetó totalmente el turno, mostrándose observadora a como estaba quedando el dibujo, a diferencia de todos sus compañeros que, se les hizo muy difícil tolerar la espera.

Como ya se ha comentado anteriormente, Paula es la única niña del grupo, y casualmente, en esta actividad se podía observar una gran diferencia de actitud entre Paula y la resta del grupo, que eran niños. Los niños no toleraban la espera, sino que dibujaban, aunque no fuera su turno. En cambio, Paula se mostraba tranquila, paciente y observadora. Según Ruggieri y Arberas (2016), las mujeres, en general, tienen mejor desarrollo lingüístico, mejores habilidades sociales y mejor forma de juego que los hombres. Esto nos podría explicar el por qué Paula, a diferencia de sus compañeros, se mostraba más tolerante y paciente a la hora de seguir una tarea en grupo.

4º sesión “Trabajamos las emociones”

En la cuarta sesión, Paula no pudo acudir a la sesión de grupo por estar confinada. Considero oportuno no hacer referencia a lo trabajado en la sesión ya que la paciente identificada del estudio de caso no estaba presente.

5º sesión “Aprendemos a relajarnos”

En esta sesión, el objetivo principal para trabajar fue la relajación. Al ser niños tan pequeños, se quiso optar por una actividad que consiguieran relajarse pero que no les resultara muy difícil. Por ello, consideramos una actividad interesante trabajar la relajación a través del dibujo. Paula, al igual que el resto de sus compañeros, tenía que dibujar con acuarelas, mientras escuchaban una música relajante de fondo. La consigna principal fue escuchar en todo momento la música, evitando hablar, chillar... ya que eso impediría relajarse.

En general, fue una actividad que consiguió que todos los pacientes lograran relajarse y de esta forma les hicimos ver que en momentos donde estaban nerviosos, enfadados, rabiosos, el ponerse a dibujar mientras escuchan música tranquila, les podría ayudar a calmarse. Según Justo (2018), las sesiones enfocadas al dibujo libre están directamente relacionadas con crear un ambiente de relajación creativo.

Paula siguió las consignas adecuadamente, se la veía tranquila y relajada mientras dibujaba. Apenas interaccionó con sus iguales, únicamente pudo decir a una terapeuta “*que dibujo más bonito estás haciendo, me gusta*”. Con este ejemplo, podemos reiterar la gran facilidad que tiene Paula a la hora de relacionarse con adultos y las dificultades que presenta para hacerlo con sus iguales. También observamos que, Paula no se muestra reticente cuando algún compañero se dirige a ella para empezar una conversación, sino que la paciente muestra dificultades a la hora de iniciar una conversación con un igual.

En otro momento, pudimos observar la rigidez de Paula a la hora de escoger los colores para su dibujo. En todo momento, la paciente quiso utilizar únicamente el color rosa, mostrándose inflexible a la hora de utilizar otros colores. Afortunadamente, se pudo trabajar con ella esta rigidez *“Paula, ¿sólo coges el color rosa? Eso significa que te gusta mucho”*. Paula pudo contestar *“sí, es mi color favorito y por eso sólo quiero pintar el dibujo con rosa”*. Pudimos afirmar la poca flexibilidad de la paciente y se le devolvió *“todo el mundo tiene un color preferido Paula, pero eso no significa que siempre utilicemos ese color. Seguramente, si pusieras en tu dibujo, que por cierto te está quedando muy chulo, otros colores, te quedaría más divertido”*. Paula se mostró pensativa durante un momento y pudo reflexionar *“ya...pues voy a dibujar un árbol de navidad de color verde, que también me gusta”*. Con esta pequeña intervención, pudimos trabajar la flexibilidad con la paciente y afortunadamente, hubo una buena respuesta por parte de ella.

6ª sesión “Despedida del grupo”

En la última sesión se hizo un “amigo invisible” a través de plastilina. En una caja, pusimos el nombre de todo el grupo, incluido las profesionales. Cada uno debía coger uno de los papeles para saber a quién le había tocado regalar un detalle. En el caso de Paula, fue una de las profesionales la que recibiría el regalo de la paciente identificada. La niña, decidió hacer una tortuga. Un aspecto a considerar significativo fue el interés que mostró por una de las figuras que estaba haciendo una profesional *“es muy chulo, me encanta”*. Posteriormente, repitió lo mismo a otra profesional *“te está quedando muy bonito, Cristina”*. En esta situación, pudimos reafirmar la dificultad que presentaba Paula a la hora de relacionarse con sus iguales. En ningún momento mostró interés por los dibujos de sus compañeros, ni siquiera mantuvo una conversación con alguno de ellos. Cuando se acabó el tiempo, cada uno

debía dedicarle unas palabras a quién le había tocado ser su amigo invisible. Paula, al entregar su detalle a una profesional dijo *“esta tortuga es para ti porque eres la mejor”*. Con esta actividad se quiso dejar claro a los niños que sería la última sesión de grupo y que no nos volveríamos a juntar más. Fue curioso ya que todos los niños, incluida Paula, se mostraron indiferentes a la hora de despedirse. Una de las profesionales *recordó “oye chicos, ¡que no nos vamos a ver más! ¿No os da pena? Yo os echaré mucho de menos.* En ese momento, todo el grupo se observaron los unos a los otros sin decir nada. Como dijo Kanner (1943), tenemos que asumir que los niños con TEA han nacido con una discapacidad que no les permite establecer lazos emocionales con otras personas, ya que los circuitos emocionales de estos niños no están conectados. Esto explicaría la dificultad que tienen a la hora de establecer relaciones con sus iguales.

Evaluación final del proceso y resultado de la terapia

La revisión de este caso surge como una forma de recapacitar acerca del trabajo terapéutico realizado, valorando qué aspectos han podido funcionar y cuáles no en las sesiones grupales.

Paula acudió al centro de Salud Mental Infante Juvenil derivada del pediatra por problemas conductuales que, resultaron ser síntomas directos de un Trastorno del Espectro Autista. Una vez se detectó el diagnóstico clínico, los profesionales del hospital consideraron oportuno darle la posibilidad de hacer el grupo de habilidades sociales para potenciar una de sus principales dificultades, la interacción con los iguales. Des de la primera sesión en grupo, se pudo observar que Paula no mostraba ningún interés en iniciar una conversación, ni tampoco en mantener un diálogo con sus compañeros. Sin embargo, esta falta de interés de relación, no ocurría con los adultos. Paula se mostraba abierta e interesada en hablar y explicarle cosas a las profesionales, sin mostrar ningún signo de timidez. Esta dificultad de

relación con sus iguales se explica a través del Trastorno del Espectro Autista, ya que una de las principales dificultades que presentan los niños con TEA es la comunicación e interacción social entre iguales (Wing y Gould, 1979). Esta carencia se pudo trabajar en general con todo el grupo ya que la mayoría de niños tenían grandes dificultades para comunicarse con los demás. A medida que se observaban conductas inadecuadas, las profesionales dialogábamos con el grupo para reconducir y hacerles ver, qué conductas eran las adecuadas en las situaciones que se iban dando a lo largo de las sesiones. Además, también trabajamos el cómo se inicia una conversación, cómo se mantiene una conversación, etc. Para poder darles herramientas que puedan poner en práctica en el contexto natural.

Por otra parte, hemos observado que inicialmente, Paula mostraba una gran rigidez a la hora de hacer una tarea como, por ejemplo, la tarea de escribir y pintar el mes en el que nos encontrábamos. Paula, en las primeras sesiones, se mostraba inflexible y afortunadamente se pudo trabajar con ella esta dificultad con éxito. A medida que pasaban las semanas, veíamos que Paula no se obcecaba tanto en una dinámica, sino que también se daba la oportunidad de probar otras cosas.

Todos estos avances se han logrado, primeramente, porque ha sido un trabajo intensivo de seis semanas donde los resultados se han podido ver a corto plazo. No obstante, el hecho de haber realizado el grupo paralelo con los padres, ha favorecido a la evolución de Paula, ya que Simón y Clara han podido resolver dudas, compartir preocupaciones, escuchar consejos de las profesionales...y sobretodo han recibido diferentes pautas en relación a los temas trabajados con los niños en el grupo. Es decir, si en la tercera sesión con los niños se trabajó la tolerancia a la espera mediante dinámicas grupales con los niños, las profesionales que guiaban el grupo de padres, les dieron estrategias y herramientas a los correspondientes progenitores respecto a cómo se puede sobrellevar una situación donde el niño tenga que tolerar una espera y qué cosas les ayudarán y qué otras no. Como dijo Millá y Mulas (2009),

el trabajo con padres es imprescindible a la hora de iniciar un tratamiento con un niño que recientemente ha sido diagnosticado de TEA.

Sin embargo, una de las variantes que no hemos controlado y que quizá, hubiera modificado el curso de Paula, ha sido que la paciente era la única niña del grupo. Según Montagut, Mas, Fernández y Pastor (2018), hay una diferencia en cómo se manifiesta el TEA en chicos que en chicas. En este grupo terapéutico, se ha observado directamente este aspecto teórico. En general, todos los niños tendían a la interrupción entre iguales y adultos, a la imposibilidad de escuchar a sus compañeros, a la desregulación cuando algo no salía como querían, y a conductas inadecuadas como, por ejemplo, tocar en exceso a los compañeros. En cambio, Paula tuvo un comportamiento distinto respecto a todos sus compañeros: sabía respetar el turno, levantaba la mano cuando quería decir alguna cosa, escuchaba cuando algún compañero explicaba alguna cosa, seguía el hilo de las conversaciones, etc. Este hecho se puede explicar porque las niñas con TEA, a diferencia de los niños tienden a tener mejor desarrollo lingüístico y cognitivo, mejores habilidades sociales y en general, mayor madurez (Ruggieri y Arberas, 2019). Estas habilidades hacen que en general, las niñas tiendan a camuflar el trastorno y se detecten menos en la población femenina. Como afirma Hernández (2019) parece que las niñas pueden expresarse de forma diferente y desarrollar estrategias más eficaces para compensar sus dificultades y tienen mejor capacidad verbal, intereses menos restringidos, comportamientos menos repetitivos que los hombres y se adaptan mejor a situaciones sociales.

El hecho que las niñas puedan sobrellevar mejor las dificultades que los niños no las exime a manifestar las problemáticas de base del TEA. Es por ello que, junto al grupo terapéutico, Paula ha podido trabajar los aspectos que, generalmente, provocan más distanciamiento del grupo normo típico como son principalmente, la comunicación, la tolerancia a la espera y la flexibilidad. Estos aspectos se han logrado trabajar a través de

prácticas conductuales preventivas, moldeamiento, atención conjunta, soportes visuales, aprendizaje a iguales y sobretodo, a través de las intervenciones paralelas junto con los padres (Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012). No obstante, al haber trabajado con Paula en un formato grupal ha hecho que su evolución sea más completa ya que se ha intervenido directamente en un contexto con sus iguales. Como afirman Reynoso, Rangel y Melgar (2016), los grupos terapéuticos potencian las estrategias cognitivas y las expresiones sociales.

A modo de conclusión, en el caso de Paula hemos observado una evolución terapéutica significativa ya que se ha trabajado desde un enfoque grupal durante seis semanas consecutivas. El hecho de trabajar con un paciente en un centro público de forma continuada, nos ha facilitado el proceso de la intervención. Es un hecho que, el sistema de salud pública actualmente está excesivamente demandado, y los espacios entre visita y visita son de un mes y medio como mínimo. Esto provoca una discontinuidad en la terapia que altera el proceso terapéutico. Por ello, es positivo crear grupos en una red asistencial pública donde los pacientes puedan hacer un seguimiento continuo. En el caso de Paula, ha sido positivo trabajar con ella durante seis semanas ya que se han visto grandes avances. No obstante, sigue siendo imprescindible el tratamiento individual para conseguir los diferentes objetivos terapéuticos.

A continuación, se expondrán las diferentes propuestas que he considerado oportunas indicar para una evolución de la paciente:

- Realizar un trabajo con Paula a nivel individual para seguir trabajando las dificultades que presenta como es el contacto con sus iguales, la rigidez...
- Realizar un trabajo con Paula y sus progenitores a nivel familiar para trabajar las problemáticas que presentan en casa como es el no hacer caso, el no respetar a sus padres...

- Continuar dando pautas a Clara y Simón respecto los modelos de educación correctos para Paula.
- Sugerir a la familia que Paula iniciara alguna extraescolar que implicara relacionarse con sus iguales para seguir trabajando este aspecto que es considerado la principal dificultad de la paciente identificada.

Finalmente, me gustaría compartir mi experiencia personal tras realizar este estudio de caso. Personalmente, ha sido un caso muy interesante a la hora de estudiar ya que actualmente estoy formándome en la especialidad de Trastornos del Espectro Autista y, el hecho de participar en una intervención en este tipo de trastornos, me ha ayudado a crecer más como profesional. He visto cómo se gestiona un grupo de TEA en el sistema público, he aprendido cuáles son los temas principales a trabajar con los pacientes, y sobretodo, he confirmado que sí que se pueden ver grandes avances cuando trabajamos tanto, a nivel grupal, como cuando trabajamos de forma continua. Anteriormente, en mis estancias en prácticas no había visto el funcionamiento de ningún grupo terapéutico, y el hecho de asistir a uno y poder participar en él, ha hecho que aprenda mucho sobre grupos en terapia.

Sobre las limitaciones que me he ido encontrado durante el proceso terapéutico, he podido darme cuenta que en el CSMIJ los profesionales se centran en buscar un diagnóstico clínico para iniciar una intervención. Personalmente, considero importante tener en cuenta el aspecto más emocional y afectivo a la hora de explorar un caso y pienso que en los centros públicos no lo tienen tanto en cuenta. Por ejemplo, una de las cosas que hubiera hecho antes de diagnosticar, habría sido indagar más en el sistema familiar. Es decir, conocer cómo funciona Paula y sus progenitores en casa, saber cómo le afecta a la paciente identificada que sus padres no estén pasando por un buen momento, averiguar por qué Paula no consigue hacer caso a Clara y Simón y saber qué límites ponen a Paula y cómo los gestionan. Otra de las limitaciones que me ha condicionado a realizar un amplio estudio de caso es el hecho de

que ambos grupos, el de los niños y el de los padres, se han realizado a la misma hora, eso ha evitado que no pudiera asistir a ambos grupos para poder recoger más información. Si hubiera tenido otra oportunidad para estudiar el caso, habría pedido información a las profesionales que llevaban el grupo de padres para obtener más información. No obstante, considero que he realizado un buen trabajo ya que me he implicado en todo momento y he intentado plasmar todos los conceptos aprendidos en este Trabajo Final de Máster. En general, me siento contenta del esfuerzo y perseverancia que he mostrado durante todo este tiempo.

Referencias

- Bonilla, M. y Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. *Programa de Educación continua en Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría*, 15(1), 19-29.
- Cepama. (2019). *Mujeres autistas: desde dentro del espectro*. Cuatro Hojas.
- Cruz, I. L. (2020). Modificación de la rigidez mental y de conductas disruptivas asociadas en un niño diagnosticado con trastorno del espectro autista (TEA). *Know and Share Psychology*, 1(3).
- Hernández, C. (2019). *Hablamos del estudio "Mujeres y TEA"*. Confederación autismo España. <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/hablamos-del-estudio-mujeres-y-tea>
- Hull, L., Mandy, W. y Petrides, K.V. (2017). Behavioural and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females. *Autism*, 2, 706-727. <https://doi.org/10.1177%2F1362361316669087>
- Franco, C. (2018). Relajación creativa, creatividad motriz y autoconcepto en una muestra de niños de Educación Infantil. *Electronic Journal of Research in Education Psychology* 6(14):29–50.

- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Revista española de discapacidad intelectual Siglo Cero*, 36.
- Millá, M. G. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(Supl 2), S47-52.
- Moliné, M. (2019). *Lenguaje y comunicación en niños con TEA*. Colibri.
- Montagut M., Mas R.M., Fernández M.I. y Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de psicología*, 11(1), 42-54. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>
- Ortas de Haro, E. y Ayllón, E. (2020). *Las diferencias de género en el TEA. Intervención psicoeducativa en una niña de 3 años*.
- Reynoso, C., Rangel, M. J. y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 55(2), 214-222.
- Ruggieri, V. L. y Arberas, C. L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista de Neurología*, 62(1), 21-26.
- Salvadó, B., Palau M., Clofent, M., Montero, M. y Hernández M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 2012, vol. 54, núm. Supl 1, p. 63-71.
- Sánchez, E. (2003). *Los niños superdotados: una aproximación a su realidad: Defensor del menor*.
- Valdez, D. y Ruggieri, V. (2011). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. Paidós.
- Vázquez, L. L., Moo, C. D., Meléndez, E., Magriñá J. S. y Méndez N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de neurociencia*, 18(5), 31-45.

Velasco, C. (2016). *Guía de atención a personas con TEA en Urgencias*. Riberdis.

Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.