

**CARACTERIZACIÓN DE HABILIDADES EMPÁTICAS Y DE  
SISTEMATIZACIÓN EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE  
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

**LAURA MILENA SUAZA VÁSQUEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga**

**Asesor**

**Gilberto Gaviria Castaño.**

**Magíster en Psicología.**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
EL CARMEN DE VIBORAL**

**2019**

## TABLA DE CONTENIDO

Tabla de gráficos .....	3
Resumen .....	4
Abstract .....	5
Introducción .....	6
Planteamiento del problema .....	7
Justificación.....	14
Objetivos .....	17
Objetivo General .....	17
Objetivos específicos .....	17
Marco Teórico.....	18
Apuntes sobre el autismo .....	18
Datos epidemiológicos .....	22
El contagio emocional.....	23
Funciones Ejecutivas.....	26
Teoría de la mente.....	27
Teoría de la empatía-sistematización .....	29
Sistematización .....	30
Metodología .....	32
Tipo y nivel de la investigación .....	32
Población.....	32
Instrumento .....	32
Procedimiento .....	33
Resultados .....	34
Discusión.....	38
Características de la población.....	38
Habilidades empáticas en sujetos con TEA .....	39
Habilidades de sistematización en sujetos con TEA .....	39
Conclusiones .....	41
Bibliografía .....	43
Anexos.....	47

## **Tabla de gráficos**

Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	34
Tabla 2. Cociente, media y desviación estándar de empatía en niñas.....	35
Tabla 3. Cociente, media y desviación estándar de empatía en niños.....	35
Tabla 4. Cociente, media y desviación estándar de sistematización en niñas....	36
Tabla 5. Cociente, media y desviación estándar de sistematización en niños....	36
Tabla 6. Características del tipo de cerebro.....	37

## **Resumen**

Para realizar una mejor comprensión de las características del Trastorno del Espectro Autista (TEA), algunos autores señalan la necesidad de reconocer el papel que cumplen las habilidades empáticas y de sistematización, en el inicio y desarrollo del mismo. Este estudio tuvo como objetivo describir las características empáticas y de sistematización en niños con este diagnóstico. Participaron los padres de 15 niños y 1 niña entre los 6 y los 11 años de edad (94% era del género masculino), los cuales han estado institucionalizado. Se empleó el instrumento de observación mediante el Test de Cociente de Empatía (EQ) y Sistematización (SQ) para niños de 4 a 11 años: pretende señalar la presencia de comportamientos relacionados con la empatía y la sistematización que se presentan en su vida real. Los resultados evidencian como predominante la presencia de un cerebro principalmente sistematizador que procesa los aprendizajes de acuerdo a sus necesidades específicas y realiza conexiones mecánicas en los que asocia esquemas de repetición sin vincular de manera afectiva el entorno. Se concluye señalando que un diagnóstico temprano y acertado es clave para que el trabajo en el ambiente familiar maximice las posibilidades del desarrollo de empatía para garantizarle al niño con TEA una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Autismo, empatía, sistematización.

## **Abstract**

To make a better understanding of the characteristics of Autism Spectrum Disorder (ASD), some authors point out the need to recognize the role of empathic and systematization skills in the beginning and development of the same. The objective of this study was to describe the empathic and systematization characteristics in children with this diagnosis. The parents of 15 children and 1 girl between 6 and 11 years of age participated (94% were male), which have been institutionalized. The observation instrument was used through the Empathy (EQ) and Systematization (SQ) Test for children from 4 to 11 years old: It pretends the presence of behaviors related to empathy and systematization that appear in real life. The results show as predominant the presence of a mainly systematizing brain that processes the learning according to its specific needs and makes mechanical connections in which it associates repetition schemes without affectively linking the environment. It is concluded that an early and accurate diagnosis is key so that work in the family environment maximizes the possibilities of the development of empathy to guarantee the child with ASD a better quality of life.

**Keywords:** Autism, empathy, systematization.

## **Introducción**

Si bien, el autismo se reconoce como un trastorno desde el año 1943, es posible afirmar que, en la actualidad, aún no se sabe exactamente de qué se trata. Son muchas las investigaciones, métodos de diagnóstico, tratamientos y teorías que se han desarrollado, pero lo cierto es que se desconocen las causas de su origen; y las reglas y criterios de diagnóstico a pesar de hacer el esfuerzo por categorizar con precisión su sintomatología, distan mucho de lograr este objetivo; pues, dentro del mismo trastorno, se describen actitudes y condiciones realmente incapacitantes hasta las casi perceptibles.

Esta diversidad ha llevado a los científicos a denominar al autismo trastorno del espectro autista, (TEA); el cual, según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014) se le denomina espectro debido a que son variables las manifestaciones del trastorno según la edad, el desarrollo y la gravedad de la afección autista. Sin embargo, un punto en común que parecen tener las diferentes teorías sobre el autismo es la presencia de una baja capacidad de empatía y un alto nivel de sistematización.

En el presente trabajo se evaluaron los cocientes de empatía y de sistematización de niños diagnosticados con TEA. A continuación, se presenta el planteamiento del problema, justificación, objetivos, marco conceptual y teórico, metodología, discusión de resultados y conclusiones del mismo.

## **Planteamiento del problema**

El desarrollo de los seres humanos puede verse afectado por diferentes factores originados externamente en el medio o de forma interna por procesos de gestación y crecimiento, los cuales impactan diversos aspectos en la persona y condicionan sus posibilidades a nivel individual y colectivo.

En el proceso de desarrollo humano, la salud mental puede ser concebida como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida habitual, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”. No obstante, se reconoce en la observación del panorama, que, desde las primeras etapas del ser humano en contacto con su entorno, algunos individuos evidencian cuadros de conducta inapropiada para el ejercicio de relacionamiento. Es así como al volcar la mirada hacia el desarrollo social infantil, se identifican casos con limitaciones para generar y mantener procesos comunicativos funcionales, carencias en la adaptación a modelos comunes de aprendizaje, pasando por desórdenes sensoriales.

Como respuesta a los factores anteriormente expuestos y a la importancia de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud ha dirigido gran parte de sus esfuerzos a diseñar estrategias para la protección de los niños y adolescentes, reconociéndolos como sujetos con constantes necesidades de cuidado e intervención, las cuales sólo pueden ser satisfechas desde el reconocimiento de sus características y de los cambios que trae consigo cada una de las etapas del ciclo vital. A nivel nacional, el

Ministerio de Salud Colombiano ha construido protocolos de diagnóstico, tratamiento y rutas de atención integral de niños y niñas que responden a los requerimientos determinados por la etapa de crecimiento y por las características diferenciales o que apuntan a orientar las prácticas en diversos trastornos.

Todos estos esfuerzos de los entes de control y de los prestadores de los servicios de salud han requerido que se describan las poblaciones a partir de sus características y que se identifiquen desviaciones en cuanto a los criterios del desarrollo del niño, los cuales pueden ser llamados enfermedades o trastornos y que requieren del establecimiento de tratamientos fundamentados en criterios médico – científico para un abordaje eficaz y efectivo. Disponer de alternativas de clasificación de las problemáticas identificadas y agrupadas de acuerdo a sus condiciones específicas favorece las posibilidades de comprender la dimensión que conllevan para que sean atendidas con un tratamiento cada vez más preciso.

La Liga Colombiana de Autismo define el Trastorno del Espectro Autista (TEA) como un trastorno neurobiológico del desarrollo, que se manifiesta durante los tres primeros años de vida y que perdurará a lo largo de todo el ciclo vital. Esta organización enfatiza en los síntomas fundamentales del autismo como son: deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Los afectados por TEA presentan a menudo afecciones conurbadas, como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En cuanto a las causas, la evidencia científica disponible indica la existencia de múltiples factores, entre ellos los genéticos y ambientales, que hacen más probable que un niño pueda padecer un TEA. Buscando describir y comprender esta alteración se han postulado diversas teorías explicativas. Tomando como base algunas de ellas, resulta

válido reconocer que ahondar en el problema existente desde lineamientos globales trazados por expertos, permite encaminar el progreso del trabajo investigativo hacia la asimilación de la realidad cercana y que desde allí sea viable que se generen propuestas estratégicas que respondan a la atención que reclama la existencia de escenarios complejos en la vinculación y relacionamiento social del ser humano desde la edad temprana.

Desde las explicaciones psicológicas, el profesional Simón Baron-Cohen conceptualizó que “parte de los síntomas de los TEA podrían explicarse por una mezcla de déficit (pobre enfatización) y sobreexpresión (excesiva sistematización)”. Así mismo otras teorías se enfocan en apreciaciones que mencionan “la afectación en la socialización como uno de los ejes centrales en las personas con TEA asociado a retraso o afectación del lenguaje e intereses restringidos”.

Este trastorno afecta procesos sociales que por naturaleza requieren habilidades de comunicación e interrelación desarrolladas desde los primeros años de vida y fundamentados en aspectos como “la empatía”, la cual es la base de los estados emocionales y la que le permite al niño sentir actitudes compasivas, simpáticas y altruistas.

Las emociones experimentadas posibilitan al menor establecer conexión con otros a partir de sus propias percepciones y sentimientos y recibir de los demás estas mismas manifestaciones propias de un ser social. Todo este intercambio permitiría al niño relacionarse con otros.

Una de las habilidades a nivel emocional que requiere el ser humano para su relación con los otros y con el entorno, es la empatía, la cual tuvo su primera definición (Einführung) por Lipps en 1903 y consistía en “la tendencia del observador a

proyectarse ‘dentro’ de lo que está observando”. Titchner, luego, presenta el concepto como un intento activo, por parte de una persona, para ‘entrar’ en la otra.

Batson afirma que todos los autores que trabajaron el concepto de la empatía acuerdan en que la misma es importante, pero desacuerdan sobre porqué es importante. Este autor menciona que por lo menos se relaciona el término con ocho fenómenos diferentes: tomar contacto con el estado interno de otra persona, tomar la postura o adoptar la respuesta neural similar a la de otra persona a la que se observa, sentir lo que otro siente, proyectarse en la situación de otro, imaginar cómo piensa o siente otra persona, imaginar cómo uno se sentiría en la situación de otra persona, sufrir ante la observación del sufrimiento de otra persona y sentimiento que despierta otra persona que está sufriendo.

Cuando se estudian las distintas definiciones sobre el concepto de empatía se puede observar que no todas ellas apuntan a una verdadera definición, sino que se entrecruzan descripciones de su funcionamiento o de su interacción. Es así que uno se puede encontrar con una descripción de orden metafórica como de “ponerse en el lugar/los zapatos de otro” (Davis, 1996; Singer y Lamm, 2009; Wispé, 1987) o con una definición por su relación, como la presentada por Carlozzy y sus colegas (2002) en referencia a las intervenciones de corte cognitivo, quienes la definen como un proceso que permite la colaboración en la alianza terapéutica.

En el marco de los estudios sobre la empatía en niños con diagnóstico de autismo se han generado diferentes teorías y trabajos experimentales que han demostrado la relación del diagnóstico del trastorno con la disfunción en esta capacidad. No obstante, la causa real de este trastorno aún es desconocida y existen diferentes teorías, pero aún no se ha establecido una que abarque completamente de manera funcional y eficaz. Este aspecto ha conducido a que diversas instituciones y

organizaciones a nivel mundial investiguen sobre esta alteración (ej. datos epidemiológicos, síntomas nucleares, diagnóstico diferencial, etc.) y busquen estrategias para su abordaje.

Es de gran relevancia para el presente estudio tener en cuenta cifras generadas por la Organización Mundial de la Salud en las cuales se puede apreciar:

- Uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista (TEA).
- Los TEA comienzan en la infancia y tienden a persistir hasta la adolescencia y la edad adulta.
- Aunque algunas personas con TEA pueden vivir de manera independiente, hay otras con discapacidades graves que necesitan constante atención y apoyo durante toda su vida.
- Las intervenciones psicosociales basadas en evidencias, como la terapia conductual y los programas de capacitación para los padres, pueden reducir las dificultades de comunicación y comportamiento social, y tener un impacto positivo en el bienestar y la calidad de vida de las personas con TEA y de sus cuidadores.
- Las intervenciones dirigidas a las personas con TEA deben acompañarse de medidas más generales que hagan que los entornos físicos, sociales y actitudinales sean más accesibles, inclusivos y compasivos.
- Las personas con TEA sufren estigmatización, discriminación y violaciones de los derechos humanos. Su acceso a los servicios y al apoyo es insuficiente a nivel mundial.

En mayo de 2014, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución titulada "Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista", que fue apoyada por más de 60 países. La resolución insta a la OMS a colaborar

con los Estados Miembros y organismos asociados en el fortalecimiento de las capacidades nacionales para abordar los TEA y otros problemas del desarrollo. Con esta resolución se está reconociendo la necesidad de crear o fortalecer, según proceda, sistemas de salud que respalden a todas las personas con discapacidad o trastornos de salud mental o del desarrollo, sin ningún tipo de discriminación, así insta a los Estados Miembros:

- A que reconozcan debidamente las necesidades específicas de las personas afectadas por trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo en los programas y políticas relacionados con el desarrollo en la primera infancia y la adolescencia, como parte de un enfoque integral para abordar los problemas de salud mental y los trastornos del desarrollo en la infancia y la adolescencia.
- A que elaboren o actualicen políticas, leyes y planes multisectoriales pertinentes, según proceda, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA65.4, relativa a la carga mundial de trastornos mentales, y prevean recursos humanos, financieros y técnicos suficientes con el fin de abordar cuestiones relacionadas con los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, como parte de un enfoque integral para apoyar a todas las personas afectadas por problemas o discapacidades de salud mental.
- A que apoyen la investigación y las campañas de sensibilización pública y en contra de la estigmatización, de conformidad con lo dispuesto en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

La OMS y sus asociados reconocen la necesidad de fortalecer la capacidad de los países para promover una salud y un bienestar óptimos para todas las personas con TEA.

Los esfuerzos se centran en:

- Contribuir al aumento del compromiso por parte de los gobiernos y a las actividades internacionales de promoción en relación con el autismo.
- Proporcionar orientación para la formulación de políticas y planes de acción que aborden los TEA en el marco más general de la salud mental y las discapacidades.
- Facilitar la obtención de pruebas sobre las estrategias que son efectivas y aplicables a gran escala para evaluar y tratar los TEA y otros trastornos del desarrollo.

La OMS, en consulta con expertos, asociaciones de padres y organizaciones de la sociedad civil, ha elaborado un programa de capacitación de los padres que está siendo probado sobre el terreno. Esta estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes exige que se brinden cuidados de nutrición a todos los niños. Esto significa un entorno estable, protector y de apoyo emocional establecido por los padres y otros cuidadores que promueva la buena salud y el aprendizaje del niño. Dados los desafíos adicionales que experimentan, los padres de niños con retrasos o trastornos del desarrollo deben recibir apoyo específico para brindar cuidados de crianza dentro de un enfoque de "toda la familia".

El programa de la OMS es novedoso y de acceso abierto para familias de niños con retrasos o trastornos del desarrollo, incluido el autismo, que podría implementarse en sectores de recursos bajos. El programa utiliza un enfoque centrado en la familia y está diseñado para ser brindado por no especialistas (enfermeras, trabajadores comunitarios o cuidadores) como parte de una red de servicios sociales y de salud para niños y familias.

La capacitación a cuidadores de niños con retrasos en el desarrollo y TEA (CST) consta de nueve sesiones grupales y tres visitas domiciliarias individuales, centradas en la capacitación del cuidador sobre cómo utilizar el juego diario y las actividades y rutinas domésticas como oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo. Las sesiones abordan

específicamente la comunicación, el compromiso, las habilidades de la vida diaria, el comportamiento desafiante y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores. Se encuentran disponibles módulos adicionales de refuerzo sobre el bienestar de los cuidadores y para niños mínimamente verbales. Espacios de esta categoría demuestran la importancia de tener un sistema de procesos organizado como guía para asumir el tratamiento oportuno frente los retos que constituye la visibilización e inclusión de los individuos con medidas equitativas.

Todo lo anterior motiva a preguntarse ¿Cuáles son las características empáticas y de sistematización en un grupo de niños con diagnóstico de TEA?

## **Justificación**

Una percepción integradora del desarrollo social humano se logra contemplándolo como proceso multidimensional. En el cual las circunstancias personales y ambientales son reconocidas como fundamentales. Esto exige ser conscientes de que este desarrollo se encuentra condicionado por diferentes aspectos tanto internos como externos.

Considerando que en el crecimiento de los individuos inciden cambios fisiológicos, cognitivos, sociales y emocionales que pueden ser impactados positiva o negativamente por las condiciones del medio, la atención que recibe el individuo y por las propias características adquiridas desde la gestación.

Revisar los factores que intervienen en la relación del ser humano con su entorno en una conexión de doble vía es fundamental en el intento de comprender la manera como ambos se afectan y posibilitan. En otras palabras, es necesario conocer cómo el individuo concibe el mundo, pero también entender cómo el mundo incide sobre el individuo. En este sentido se hace importante considerar un aspecto determinante denominado empatía. La empatía permite al ser humano identificarse como ente activo de un sistema en el cual se desenvuelve y sobre el cual desarrolla relaciones adecuadas con otros, siendo consciente de su rol dentro de las mismas. Igualmente, se compone de muchos otros factores que le permiten sentir y expresar lo que siente irradiando lazos que conforman la base de las habilidades sociales.

Como evidencia que apoya la postulación anterior, podemos remitirnos a algunas explicaciones cognitivas como la de la Teoría de la Mente, formulada por Simón Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith en 1.985 y es la teoría explicativa del primer criterio (A) sintomatológico de la DSM-5 e intenta explicar las deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social en diversos contextos de las personas con TEA.

Reconocer que no todos los procesos de desarrollo social humano corresponden a un patrón evolutivo dentro del comportamiento típico esperado, nos sitúa frente a la responsabilidad de atender la existencia de trastornos del desarrollo desde edades tempranas, como el caso del TEA.

Analizar de manera cercana y a profundidad la forma en que se afecta el crecimiento de los niños identificados con Trastorno del Espectro Autista, va a proporcionar una mirada más amplia de los factores que intervienen y como consecuencia se posibilitan nuevos horizontes sobre los cuales dirigir la marcha para proponer y ejecutar acciones de resolución en escenarios complejos de integración. Ya que dichos trastornos condicionan el fortalecimiento y adquisición de habilidades comunicativas y de interacción con otros.

Con este estudio se pretende conocer las características que están en la base de los Trastornos del Espectro Autista, buscando sumar experiencias de cara a aportar datos a una la explicación más ajustada y eficaz de dicho cuadro. Tener una radiografía pertinente de la problemática presentada, proporciona herramientas para evaluar los alcances de la dificultad existente, a fin de implementar mejores disposiciones hacia los efectos no favorables. A futuro se busca que el desarrollo de este estudio facilite el diseño de propuestas que aporten a un modelo social incluyente en la comunidad, impactando positivamente los modelos de integración social y espacios de aprendizaje. Igualmente, la documentación del proceso permite replicar experiencias que su vez admiten ajustes y mejoramiento en la evaluación y seguimiento.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Describir las características en las habilidades empáticas y de sistematización en un grupo de niños con diagnóstico de TEA del Municipio de La Ceja Antioquia.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características relacionadas con empatía en niños autistas.
- Reconocer las características relacionadas con sistematización en niños autistas.

## **Marco Teórico**

Para fundamentar esta investigación se realiza el marco teórico con conceptos claros y básicos, que permiten identificar los antecedentes relacionados con el Trastorno del Espectro Autista TEA, así como las diversas teorías psicológicas que han intentado dar cuenta de dicha alteración.

### **Apuntes sobre el autismo**

La primera persona en utilizar el término “autismo” fue el psiquiatra Eugen Bleuler en 1908 para describir pacientes esquizofrénicos refugiados dentro de sí mismos y aislados socialmente. Sin embargo, tiempo después, serían Leo Kanner y Hans Asperger los primeros en realizar investigaciones más profundas sobre el autismo.

En 1943, el primero de ellos, estudió a 11 niños que presentaban dificultades en acciones recíprocas sociales, dificultad para adaptarse a los cambios de rutinas, hipersensibilidad a los estímulos sonoros, dificultades para realizar actividades espontáneas y ecolalia. Sin embargo, los niños presentaban buena memoria y buen potencial intelectual.

Durante las observaciones Kanner destacó que los niños no respondieron a ningún estímulo que procediera del mundo exterior, demostrando así soledad y ensimismamiento; sin embargo, sí manifestaron intereses rígidos en relacionarse con objetos. En ese entonces Kanner concluyó que el autismo es un trastorno innato del contacto afectivo, es decir, que los niños con autismo llegan al mundo con una incapacidad natural para relacionarse. En los años que siguieron Kanner continuó profundizando en la delimitación del trastorno al cual denominó “autismo infantil precoz” y fue gracias a su divulgación que se empezaron a identificar gran número de casos en diversos países.

En 1944 Hans Asperger, estudió un grupo de niños cuyas características se aproximaban a las descripciones de Leo Kanner. La publicación de Asperger recogía la historia de cuatro niños, y al igual que Kanner utilizaba el término autismo para describirlos, aun desconociendo el trabajo que había iniciado Kanner un año antes. Los pacientes identificados por Asperger mostraban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación. Asperger destacó su capacidad para hablar de sus temas favoritos de modo sorprendentemente detallado y preciso.

En 1964 el psicólogo Bruno Bettelheim desarrolló una de las teorías sobre el origen del autismo que más peso tuvo durante décadas. Bettelheim denominó esta teoría “Madre nevera” sustentando en ella que la madre rechaza la existencia de su hijo al momento de su nacimiento y durante los primeros meses de vida. A eso se suma la presencia de padres fríos y débiles de carácter, apuntando a que detrás de la apariencia de oposición de los niños autistas se escondía un interior muy pobre debido a la frialdad de sus madres.

Bettelheim adoptó una posición más doctrinaria con respecto al autismo, distanciándose de la búsqueda científica y neurobiológica de Kanner y partiendo de los postulados psicoanalíticos. Trató también de incorporar la epistemología genética de Piaget. Su objetivo era mantener la Escuela Ortogénica de Chicago, donde los niños eran separados de sus madres para emprender terapias de dudosa efectividad.

Posteriormente, se pusieron al descubierto muchas irregularidades e incluso hechos polémicos sobre los métodos utilizados y el trato dispensado a sus pacientes.

- En 1968 el psicólogo Bernard Rimland publicó el libro “autismo infantil: El síndrome y sus implicaciones para una teoría de los nervios del

comportamiento”, donde propuso una causalidad neurológica para el autismo y negó las ideas psicoanalíticas vigentes.

### **Clasificaciones**

Con el propósito de garantizar la calidad científica de las investigaciones y de unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales se elaboraron los manuales diagnósticos.

DSM:

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su primera versión aparece en 1952. Aunque el autismo ya había sido identificado como una entidad específica nueve años antes, este no fue incluido en esta versión. Los niños de características descritas en el autismo eran diagnosticados con “reacción esquizofrénica de tipo infantil”, cuadro clínico incluido dentro de esta versión. Similar a la anterior versión, El DSM-II, que aparece en 1968 tampoco contemplaba el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Se puntualizaba: “La condición puede manifestarse por conducta autista, atípica y aislamiento”; y se mencionaba, además, la existencia de un fracaso para desarrollar una identidad independiente de la madre. También hacía referencia a la posible asociación con retraso mental, como una característica adicional.

En 1980 se publica la tercera versión del DSM en la que aparece por primera vez el autismo como categoría diagnóstica específica. Fue denominado “autismo infantil” y para su diagnóstico se requería cumplir con las siguientes seis condiciones: inicio antes de los 30 meses, déficit generalizado de receptividad hacia a las otras personas (autismo) y en el desarrollo del lenguaje, si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres, respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia

a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados, así como la Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia .

En 1987 se publica el DSM III-R, el cual contempló una modificación no solo de los criterios sino también de la denominación. En esta versión se sustituyó autismo infantil por trastorno autista, con ello el autismo fue incorporado a la condición de “trastorno” (disorder).

El DSM III-R amplió la versión anterior al delimitar los criterios diagnósticos, cada uno de los cuales era descrito minuciosamente y con gran detalle. Además, se incorporaban al texto ejemplos concretos que aclaraban cuando un criterio se debía considerar positivo. Este también contemplaba el trastorno autista como una categoría única, aunque también admitía el diagnóstico de autismo atípico, para aquellos casos que no reunían características claras de autismo o no cumplían todos los criterios.

“En el año 1994 aparece el DSM IV y en el año 2000 aparece el DSM IV-TR.

Estas dos versiones representaron un nuevo cambio radical pues por una parte definieron 5 categorías para el autismo que fueron: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Y por otra parte incorporaron el término trastornos generalizados del desarrollo (pervasive developmental disorders), como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo”.

Además, los 16 criterios que presentaba el DSM III para identificar el autismo fueron reducidos a 6. Tras este cambio el diagnóstico paso a ser menos restringido, lo que posibilitó el incremento de casos diagnosticados.

En el 2013 se publica la quinta versión del DSM donde desaparece la clasificación de trastornos generalizados del desarrollo y se incluye una única categoría;

la denominada Trastorno del espectro autista (TEA), que se recoge dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Así mismo, desaparecen los subtipos del autismo como trastorno del espectro autista, síndrome de asperger, trastorno desiderativo infantil y trastorno general del desarrollo no especificado.

Otro cambio importante tiene que ver con las categorías de síntomas, pues en el DSM-IV, sólo quedan dos: “Deficiencias en la comunicación social” (los problemas sociales y de comunicación se combinan), y “comportamientos restringidos y repetitivos”.

A su vez, las categorías de síntomas “deficiencias en la comunicación social” y “comportamientos restringidos y repetitivos” recogen los mismos elementos que en el DSM-IV, a excepción de dos cambios importantes: Las “deficiencias o retraso en el lenguaje” ya no se incluyen en esta categoría de síntomas del DSM-IV y El síntoma clínico “sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales”, que no aparecía en el DSM-IV, se incorpora ahora a la categoría “comportamientos repetitivos”.

### **Datos epidemiológicos**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que 1 de cada 160 niños tiene un TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida.

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una

mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.

La prevalencia de TEA, según los estudios más recientes, sigue en incremento. El Centro de Prevención y Regulación de Enfermedades en EE.UU. (MMRW) ha publicado los últimos datos de prevalencia de TEA en la edad de 8 años, proveniente de 14 estados americanos. Se calcula la prevalencia de TEA entre 4,8-21,2/1.000 con una media de 11,3/1.000(3). Desde el 2002, en el cual la prevalencia de TEA era de 6,4/1.000, ha habido un incremento del 78% del número de casos de TEA y, desde el 2006, un incremento de prevalencia del 23%. Los TEA son más prevalentes entre caucásicos 12/1.000 que entre la población hispánica 7.9/1.000. Más del 62% de la población TEA tiene una capacidad intelectual dentro de la normalidad con un CI mayor o igual que 70, de los que un 38% tienen un CI mayor o igual que 85. Es decir, el TEA ocurre mayormente en niños, que en la primera infancia no existen alteraciones evolutivas muy marcadas y que están educados en educación ordinaria. La discapacidad intelectual asociada a TEA es más prevalente, proporcionalmente, en chicas que en chicos.

### **El contagio emocional**

Kanner en relación a estos trastornos señalaba: “Es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausente, mentalmente ausente a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación”.

Uno de los enfoques más importantes al momento de explicar el autismo es la Teoría Afectivo – Social. Su postulado defiende el papel de la emoción en el desarrollo de las relaciones interpersonales como déficit primario en las personas con autismo. Ha

presentado datos indicando que las personas con autismo tienen una mayor dificultad en comprender la emoción y ha argumentado que esto afecta adversamente sus interacciones sociales. Hobson, Ouston y Lee (1988) concluyeron en su investigación que los niños autistas ejecutaban peor las tareas de percepción de emociones, ya fueran éstas simples o complejas. Si se analiza el lenguaje espontáneo de los autistas, con el fin de conocer las primeras verbalizaciones que realizan sobre los estados mentales, pueden observarse deficiencias específicas en su capacidad de hablar sobre estados como pensar, saber y creer, a pesar de que no carezcan de muchas de las destrezas lingüísticas necesarias para hacerlo. En suma, lo que Hobson propone es rescatar la importancia de los trastornos interpersonales afectivos, que se encuentran en la base del problema del autismo. Los patrones anormales de relación interpersonal podrían estar sugiriendo, por tanto, que los problemas en el niño autista se presentan mucho antes de la etapa de la meta-representación, en clara oposición a lo postulado por el enfoque cognitivista explicativo del autismo. Otras investigaciones como las de que han tratado de aclarar el origen de la falta de reciprocidad socioemocional en el autismo, son los estudios recientes que describen la identificación de algunos mecanismos neurobiológicos, los cuales podrían explicar la sintomatología autista. Así, se ha apuntado hacia una disfunción del sistema de neuronas en espejo, como argumento central de la falta de procesos de identificación presentes en los sujetos autistas. Estos procesos son necesarios, entre otros aspectos, para el aprendizaje, así como para la adquisición del lenguaje, la expresión emocional y la capacidad empática (Cornelio-Nieto, 2009). Finalmente, se puede decir que los aportes de la Teoría de la Mente al estudio han permitido hipotetizar ciertos motivos del desarrollo cognitivo y social de las personas con autismo que impide desenvolverse adaptativamente en ciertos contextos sociales.

Hasta el momento todavía se desconocen las causas totalmente verídicas del TEA y únicamente se puedan establecer hipótesis sobre posibles causas. Los estudios e investigaciones no dejan de persistir. Por ello, centrándonos más en las posibles causas que provocan las deficiencias y alteraciones que padecen las personas con autismo dentro del área emocional, se han realizado ciertos estudios que han ayudado a entender algunas de las alteraciones, modos de procesamiento de la información y funcionamiento mental que presentan las personas con este tipo de trastorno. Podemos ver por ejemplo que las consecuencias de este déficit pueden manifestarse en: dificultad para predecir la conducta de los otros; dificultad para darse cuenta de las intenciones de los otros y conocer las verdaderas razones que guían sus conductas; dificultad para entender las emociones de los demás, lo que les llevará a mostrar escasas reacciones empáticas; dificultades para comprender cómo sus conductas o comentarios afectarán a las otras personas e influirán en lo que los demás piensen de él; al ofrecer cualquier tipo de información muestran dificultades para tener en cuenta el nivel de conocimiento del interlocutor sobre el tema en cuestión (lo que puede llevar a que el interlocutor no comprenda bien de qué se está hablando); dificultad para tener en cuenta el grado de interés del interlocutor sobre el tema de conversación; dificultad para anticipar lo que los demás pueden pensar sobre su comportamiento; dificultad para mentir y para comprender engaños; dificultad para comprender las interacciones sociales, lo que puede llevar a problemas a la hora de respetar turnos, seguir el tema de la conversación y mantener un contacto ocular adecuado.

## **Funciones Ejecutivas**

Algunos autores prefieren considerar las funciones ejecutivas como un conjunto de procesos relacionados que trabajan sistémicamente más que como una construcción individual. Aunque puedan existir reflejos en las distintas definiciones de lo que es función ejecutiva, todas comparten los aspectos centrales que se relacionan con la organización de la acción y el pensamiento. Papazian ha definido las funciones ejecutivas como ‘los procesos mentales mediante los cuales resolvemos deliberadamente problemas internos y externos. Los problemas internos son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos. Los problemas externos son el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno. La meta de las funciones ejecutivas es solucionar estos problemas de una manera eficaz y aceptable para la persona y la sociedad’ (Martos Perez, 2011). TirapuUstárrroz, de manera sintética, concibe las funciones ejecutivas como ‘un conjunto de procesos cognitivos que actúan en aras de la resolución de situaciones novedosas para las que no tenemos un plan previo de resolución. Las funciones ejecutivas, históricamente, se han ubicado en el lóbulo frontal del cerebro, y más específicamente en el córtex prefrontal, donde parece situarse el ‘puesto de mando’ que organiza y coordina, obviamente, con la amplia interconexión de muchas otras regiones encefálicas (la corteza de asociación posterior, la corteza premotora, los ganglios basales, el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala, la corteza cingulada, los núcleos del tallo cerebral y el cerebelo). La adquisición de las funciones ejecutivas se inicia de manera temprana en el desarrollo (aproximadamente desde el año de edad) y se desarrolla lentamente, con dos picos a los 4 y a los 18 años; después se estabiliza y declina en la vejez. Aunque la construcción de funciones ejecutivas no esté universalmente preestablecida, sí está claro

que una disfunción en las funciones ejecutivas, dificulta a la persona que lo padece para llevar una vida independiente y tener un comportamiento equilibrado. Pues se verán afectadas acciones de orden como la toma de decisiones, las habilidades mentales, la resolución de conflictos, el control emocional, la generación y/o ritmo de los aprendizajes, la adaptación a situaciones imprevistas y novedosas, entre otros ejemplos de reacciones que son indispensables para desenvolverse de manera social.

En línea con la Teoría de las Funciones Ejecutivas, Russel (2000) y Ozonoff (2000) plantean como causas primarias del autismo un déficit en la función ejecutiva responsable del control y la inhibición del pensamiento y la acción. Estas funciones son necesarias tanto para una acción motora muy sencilla, como para planificar y ejecutar pensamientos e intenciones complejas. Las funciones ejecutivas están involucradas en múltiples procesos complejos, básicamente en inferencia social, motivación, ejecución de la acción, e incluso lenguaje.

### **Teoría de la mente**

Baron Cohen en su artículo *Does the autistic child have a “theory of mind”?* (1985), en el que muestra los resultados obtenidos en un estudio realizado con tres grupos de chicos con una edad mental mínima de 4 años, uno formado por chicos con autismo, otro por chicos con síndrome de Down, y un tercero por chicos sin ningún tipo de trastorno, realizó el primer test que se aplicó para demostrar lo que esta teoría defendía acerca de la “ceguera mental” que presentaban los autistas. Se basaba en reconocer la creencia falsa de un personaje en la prueba de “Sally y Anne”. El experimento consistió en presentar a estos tres grupos de niños, dos muñecas. Una se llamaba Sally y la otra Anne. Sally tiene una canica y un cesto. Anne tiene una caja. Sally pone la canica en su cesto y se retira,

Anne cambia la canica a la caja sin que Sally se dé cuenta. Sally regresa; en ese momento es cuando se le pregunta al niño: "¿dónde buscará Sally su canica?" Se presentan entonces dos tipos de creencias:

1- Creencia verdadera: el niño SABE que la canica está en la caja.

2- Creencia falsa: el niño SABE que Sally CREE que la canica está en el cesto.

Baron-Cohen, Leslie y Frith encontraron que el 80% de su muestra de niños con autismo contestaron incorrectamente. Por el contrario, la mayor parte de los niños normales de 4 años, así como el 86% del grupo de niños con síndrome de Down, contestaron correctamente. Fueron capaces de atribuir una falsa creencia a Sally: "Sally cree que la canica está en el cesto" aunque el niño sabe que la canica realmente está en la caja, pues ellos vieron que Anne hizo ese cambio. De los niños autistas de alto nivel cognitivo que participaron en el experimento sólo 4 de 20 pudieron otorgar una falsa creencia a Sally. Los otros 16 niños respondieron a sus propias creencias. Es decir sólo el 20% fue capaz de atribuir el estado mental del otro, lo que se conoce como meta-representación. Atwood y otros (1988) han descubierto que la ausencia de gestos en los niños autistas es aplicable sólo en aquellos gestos que normalmente influyen en los estados mentales (expresiones de consuelo, vergüenza o de buena voluntad).

Baron-Cohen (1989) encontró que los niños autistas tenían deficiencias en el uso y la comprensión del gesto de señalar con el objeto de compartir la atención (protodeclarativo) pero no con el objetivo de señalar para conseguir un objeto deseado (protoimperativo). Esta teoría define la incapacidad que presentan las personas autistas para realizar una meta-representación, para tener en cuenta el estado mental de los otros, es decir lo que está pensando o debería pensar. Por esto, reconocemos que en la realidad mental de un niño autista, éste lo que hace es tener en cuenta sólo su propio pensamiento y de acuerdo a ello genera las respuestas al entorno. Aunque el entorno que

no le está reconociendo como solo, sino como integrante donde más entes participan, asume su respuesta como errónea al notar las dificultades del niño para lograr conectar sus intereses con lo que ha visto, ya que no puede imaginar lo que el otro está pensando. Esta idea de que la gente con autismo tiene dificultades para comprender los pensamientos y sentimientos de los demás resulta muy útil en muchos sentidos para el estudio del autismo. Sin embargo, el autismo no sólo se caracteriza por la existencia de este tipo de alteraciones.

### **Teoría de la empatía-sistematización**

La Teoría de la empatía-sistematización (E-S), fue formulada por Simón Baron Cohen (2009) y trata de explicar las dificultades de las personas con TEA para establecer comunicación y para crear relaciones sociales.

Se teoriza que existe una gradación de empatía y sistematización, es decir, el autor defiende que existen cerebros excesivamente empáticos (con altas capacidades para colocarse en el sitio del otro, pero con pocas capacidades de sistematización) y cerebros excesivamente sistemáticos, es decir, con pocas capacidades empáticas). Las personas con TEA tienden a estar más cercanas del extremo sistemático, mostrando una hipoactividad en casi todas las áreas cerebrales del circuito de la empatía.

Mediante el aprendizaje, las personas con TEA pueden desarrollar “la empatía cognitiva”, una empatía aprendida. Sin embargo, nunca será ni intuitiva ni primitiva, como la de las personas neurotípicas. También existe la empatía afectiva, que es el elemento reactivo de la empatía cognitiva, es decir, darse cuenta si una reacción emocional se ajusta a los pensamientos y sentimientos de otra persona.

Las personas cuando sistematizan buscan las reglas por las cuales se rige un sistema para poder prever cómo evolucionará, manipular una variable, modificar un

sistema e inventar uno de nuevo. En este sentido, las personas con TEA acostumbran a presentar intereses relacionados con sistemas de colección (tipos de dinosaurios), sistemas mecánicos (funcionamiento radio), sistemas numéricos (horario de trenes, calendarios), sistemas abstractos (música), sistemas naturales (meteorología), sistemas sociales (rutina danzar con una pareja de baile), y sistemas motores (saltar de un trampolín).

Es característico también, que busquen y creen patrones en cosas “no sistemáticas” con el fin de localizar un espacio de seguridad, en un mundo inseguro para ellos.

Esta intensa tendencia a la sistematización podría explicar también, las dificultades de generalización de las personas con TEA.

Estas dificultades pueden evaluarse mediante el test “Cociente de empatía” versión española del EQ de Baron-Cohen.

Esta teoría, en palabras de su propio autor, no está demostrada, lo que no es óbice para que siga siendo una de las ideas más sugerentes aportadas al tratar de dar explicación de la diversidad de manifestaciones que los TEA presentan.

## **Sistematización**

Así como la empatización es deficitaria, algunos aspectos cognitivos de las personas con autismo pueden ser sobreexpresados, lo que puede explicar parte de sus síntomas, y podría ser una respuesta para compensar otras deficiencias.

La persona con autismo tiende a sistematizar, es decir, analizar objetos y eventos para comprenderlos y poder predecir futuras conductas. Como ejemplos de sistemas que están en su entorno y tienden a utilizarse, observamos los técnicos (equipos de música), abstractos (aparatos informáticos, matemáticos), geográficos,

naturales, geológicos, etc. Analizando estos dos conceptos, la tríada de déficit relacionada con trastornos en la empatización sería: la afectación social, el trastorno en la comunicación y el pobre desarrollo de la teoría de la mente, mientras que la hipersistematización estará relacionada con las islas de habilidades, obsesiones por sistemas y conductas repetitivas. Podríamos, así, conceptualizar el cerebro en dos aspectos: el cerebro social, cuya afectación se expresa como déficit en la empatía; y el cerebro analítico, en el cual una hipersistematización podría llevar a un hiperfuncionamiento analítico.

Un aspecto interesante que se debe considerar son las observaciones de trastornos en la empatía y en la sistematización en padres y familiares cercanos de individuos autistas. Así, se ha observado mayor rigidez, ansiedad y tendencia a la soledad en padres de personas autistas, rendimiento sobre lo normal en el reconocimiento de figuras escondidas y en pruebas de alta sistematización [51], por lo que podemos inferir que los padres de personas con autismo tienen tendencia a padecer alteraciones en la empatía o a la sistematización. Justamente, Baron-Cohen et al [52] notificaron una mayor incidencia de TEA en familiares de ingenieros, matemáticos o físicos. Signos sutiles presentes en familiares cercanos no autistas de personas autistas pueden ser particularmente informativos de la etiología y de la base genética de éste, ya que podrían representar diferencias primarias que no fueron enmascaradas por el síndrome autista, tendencia a la sistematización no sobreexpresada sin tener, además, afectación de la empatía. Incluso se ha considerado que niños hijos de científicos o ingenieros pueden heredar genes que no sólo les confieren talentos intelectuales, sino que pueden predisponerlos al autismo [53]. Víctor L. Ruggieri (Enero 2013)

## **Metodología**

### **Tipo y nivel de la investigación**

Esta investigación es de tipo cuantitativa, empírico-analítica, exploratoria-descriptiva y de campo, teniendo en cuenta que se midieron los constructos de interés a través de pruebas y se describieron los resultados obtenidos, estudiando la distribución, medidas de tendencia central y de dispersión de las variables en la muestra utilizada.

### **Población**

La muestra estuvo conformada por 15 niños y 1 niña entre los 6 y los 11 años de edad, de los cuales el 94% era del género masculino y el 6% del género femenino. Algunos de ellos se encontraban estudiando y otros se encontraban desescolarizados. Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión como: niños y niñas entre 6 y 11 años, firma del consentimiento informado y estar diagnosticado con TEA. Por su parte, los criterios de exclusión se centraron en: no tener la firma del consentimiento informado por parte de los padres/acudientes legales y/o antecedentes de otros trastornos asociados.

### **Instrumento**

Se empleó el Test de Cociente de Empatía (EQ) y Sistematización (SQ) para niños de 4 a 11 años: evalúa la presencia de comportamientos relacionados con la empatía y la sistematización que se presentan en su vida real. Es un cuestionario que puede ser resueltos como auto-informe tipo Likert o por los padres de los niños.

## **Procedimiento**

La fase inicial consistió en la revisión de bases de datos de los niños diagnosticados con TEA pertenecientes al municipio de la Ceja. Para cada grupo de niños se establecieron criterios de inclusión y exclusión, además de asegurar la firma de los consentimientos informados por parte de los padres o acudientes.

Seguido a esto se aplicó el instrumento de manera individual, a través de una sesión de una hora para cada participante, en la que el padre o acudiente del menor resolvía el test de cociente de empatía (EQ) y sistematización (SQ).

Finalmente, se prosiguió con la recolección, sistematización y análisis de la información.

## Resultados

En la primera tabla se describen los datos sociodemográficos con relación a la edad, el sexo, la institucionalidad, la escolaridad, el diagnóstico y el tipo de familia.

Tabla 1.

*Datos sociodemográficos. Elaboración propia.*

Edad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	8	4	25,0
	9	4	25,0
	10	4	25,0
	11	4	25,0
	Total	16	100,0
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Válido	F	1	6,3
	M	15	93,8
	Total	16	100,0
Se encuentra institucionalizado		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	16	100,0
Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMERO	10	62,5
	SEGUNDO	2	12,5
	TERCERO	3	18,8
	CUARTO	1	6,3
	Total	16	100,0
Diagnóstico		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ASPERGER	2	12,5
	AUTISMO	14	87,5
	Total	16	100,0
Tipo de Familia		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Extensa	5	31,3
	Monoparental	2	12,5
	Nuclear	9	56,3

	Total	16	100,0

La tabla 2 describe el Cociente, media y desviación estándar de empatía en niñas, hallando un cociente de empatía por debajo de la media y la desviación estándar para esta población.

*Tala 2. Datos sociodemográficos.  
Elaboración propia*

Sujeto	Cociente de empatía	M DS *
16	10	15,43 ( $\pm$ 6,27)

\*Media y desviación estándar reportados en el instrumento

La tabla 3 describe Cociente, media y desviación estándar de empatía en niños, hallando que los sujetos 2, 6, 7 y 14 muestran resultados cercanos a la media y dentro de la desviación estándar.

*Tabla 3.  
Cociente, media y desviación estándar de empatía en niños. Elaboración propia.*

Sujeto	Cociente de empatía		M DS *
1		7	13,66 ( $\pm$ 6,90)
2		12	
3		6	
4		9	
5		9	
6		11	
7		14	
8		7	
9		4	
10		7	
11		7	
12		21	
13		10	

14	13	
15	6	

\*Media y desviación estándar reportados en el instrumento

La tabla 4 describe cociente, media y desviación estándar de sistematización en niñas, donde el resultado muestra un puntaje cercano a la media y dentro de la desviación estándar.

Tabla 4.

*Cociente, media y desviación estándar de sistematización en niñas. Elaboración propia.*

Sujeto	Cociente de empatía	M DS *
16	26	26,11 ( $\pm$ 9,11)

\*Media y desviación estándar reportados en el instrumento

La tabla 5 describe cociente, media y desviación estándar de sistematización en niños donde el resultado muestra que los sujetos 7, 8, 10 y 14 tienen puntajes superiores a la media establecida para la población.

Tabla 5.

*Cociente, media y desviación estándar de sistematización en niños. Elaboración propia*

Sujeto	Cociente de sistematización	M DS *
1	19	27,71 ( $\pm$ 9,22)
2	25	
3	22	
4	27	
5	26	
6	26	
7	28	
8	28	
9	23	
10	29	
11	20	
12	23	
13	25	
14	30	

15	20	
----	----	--

\*Media y desviación estándar reportados en el instrumento

La tabla 6 describe las características del tipo de cerebro presente en los niños participantes con TEA, mostrando que un 87% tiene un tipo de cerebro sistematizador.

Tabla 6.

*Características del tipo de cerebro presente en los niños participantes con TEA.*

*Elaboración propia.*

Sujeto	Tipo de cerebro
1	Sistematizador
2	Sistematizador
3	Sistematizador
4	Extremadamente sistematizador
5	Sistematizador
6	Extremadamente sistematizador
7	Sistematizador
8	Extremadamente sistematizador
9	Extremadamente sistematizador
10	Extremadamente sistematizador
11	Sistematizador
12	Sistematizador
13	Sistematizador
14	Extremadamente sistematizador
15	Sistematizador
16	Extremadamente sistematizador

## **Discusión**

El presente trabajo tuvo como objetivo describir las características en las habilidades empáticas y de sistematización en un grupo de niños con diagnóstico de TEA del Municipio de La Ceja Antioquia. Participaron 16 sujetos con este trastorno. A continuación se hace un acercamiento a los principales resultados:

### **Características de la población**

El grupo de niños estudiado corresponde a una muestra de 16 niños diagnosticados con TEA con edades comprendidas entre los 8 a 11 años de edad de manera proporcional, todos ellos se encuentran escolarizados y se evidencia un atraso en el grado de escolaridad al que pertenecen para su edad; sin embargo, el tipo de muestreo y la muestra de participantes no permite realizar un análisis en función del sexo, pues sólo un individuo es femenino; igualmente el instrumento utilizado no permite establecer relaciones estadísticamente significativas en cuanto a características de empatía o sistematización de acuerdo a la edad. La mayoría de los niños evaluados pertenecen a familias nucleares o extensas; el entorno familiar es de suma importancia para que el paciente con TEA pueda mejorar sus habilidades sociales. Los pacientes con TEA al tener un cerebro altamente sistemático, son muy analíticos y requieren de patrones en casi cualquier aspecto de su vida cotidiana para sentirse cómodos y seguros; por lo cual un diagnóstico temprano y acertado es clave para que el trabajo en el ambiente familiar maximice las posibilidades del desarrollo de empatía para garantizarle al niño con TEA una mejor calidad de vida futura y se establezcan relaciones sanas entre el paciente y sus familiares, (Vasen, 2014).

## **Habilidades empáticas en sujetos con TEA**

En los resultados se evidencia, en línea con los postulados teóricos, un bajo cociente de empatía para casi toda la muestra. Únicamente 4 sujetos muestran un cociente de empatía dentro de la desviación estándar y en sólo uno de ellos está por encima.

Este bajo cociente de empatía se ve reflejado en la poca capacidad que tiene el niño que padece TEA en establecer relaciones sociales con otras personas, así como en su capacidad de comunicarse. Se ve evidenciado en la incapacidad de expresar emociones asertivamente y de interpretar las emociones del otro, por lo cual puede generar un ambiente indeseado en su entorno familiar y escolar, ya que al ser incapaz de ponerse en el lugar del otro y a su vez de expresarse, se genera frustración tanto en el paciente con TEA como en sus cuidadores y allegados.

Lo anterior afecta la capacidad del niño de establecer lazos sociales estrechos, afecta igualmente su proceso de aprendizaje, especialmente en un entorno escolar, así como deportivo, pues lo predispone al aislamiento; por lo tanto, es importante desde edad temprana promover en el paciente con TEA la empatía, con el fin de mejorar su futura calidad de vida, reflejada en su independencia y desarrollo de habilidades.

## **Habilidades de sistematización en sujetos con TEA**

En contraste, todos los individuos evaluados demuestran tener un cerebro analítico, es decir sistematizador o extremadamente sistematizador. Lo anterior podría indicar que los niños evaluados tienen pocas habilidades sociales y tienden a generar patrones de objetos y situaciones sistemáticas. Por lo anterior, es normal encontrar en pacientes diagnosticados con TEA patrones de comunicación inusuales y repetitivos, así como patrones de juego extraños.

Esta condición hace que el niño deba tener una vida organizada; es decir una rutina estricta tanto en sus actividades como en su entorno, el cual debe de permanecer ordenado, su vestimenta debe de ser muy similar en cuanto a colores y texturas, no se adaptan fácilmente a entornos ruidosos, personas y cosas desconocidas y situaciones imprevistas.

Es usual que el paciente con TEA desarrolle una fijación en una actividad o tema, lo cual, con una adecuada estimulación y apoyo tiene el potencial de convertirlo en un talento único que desarrollan este tipo de individuos, ya sea expresado en habilidades creativas o de memorización.

## Conclusiones

El trastorno del espectro autista es una condición compleja y de difícil categorización en los pacientes debido a las múltiples y heterogéneas manifestaciones posibles. Lo cual conduce a no tener respuestas definitivas frente a este tipo de trastornos y exige continuar haciendo estudios descriptivos y explicativos que puedan contribuir a tener un mayor conocimiento sobre los mismos.

La literatura expone diversas explicaciones psicológicas sobre el trastorno. La teoría de la empatía-sistematización se ha venido convirtiendo en un referente importante en el estudio de esta población. En consonancia con lo establecido por tal propuesta, en el presente estudio se hace evidente un bajo nivel de empatía y capacidad de socialización en conjunto con un alto nivel analítico y de sistematización, siendo entonces estas dos características las indispensables para el diagnóstico de TEA.

Los individuos con diagnóstico de TEA pueden y deben involucrarse en entornos sociales y de aprendizaje como la escolarización, donde a pesar de que sea posible que no tengan un rendimiento académico normal, es una herramienta cognitiva que les permite desarrollar habilidades sociales que por su condición carecen.

Aunque se ha evidenciado que las personas del sexo femenino poseen un mayor cociente de empatía, en este estudio no es posible establecer correlación debido a la muestra estudiada, así como tampoco es posible asociar los resultados con otras variables como el tipo de familia u otras problemáticas asociadas.

Sería importante que próximos estudios puedan hacer un acercamiento directo a los sujetos que presentan el trastorno, pues los datos provenientes de informes

respondidos por los padres pueden acarrear sesgos asociados que habría que considerar con detenimiento.

La muestra estudiada presenta la limitación de ser sólo 16 individuos, de los cuales todos están escolarizados, por lo cual no pueden establecerse relaciones estadísticas en cuanto a los cocientes de empatía y sistematización entre individuos escolarizados y no escolarizados; tampoco es posible establecer correlaciones de acuerdo al sexo, pues sólo se tiene a un individuo femenino en la muestra (6%). La muestra tampoco es representativa para establecer relaciones de acuerdo al tipo de familia a la que pertenece el individuo evaluado.

## Bibliografía

APA. (1987). *APA*. Obtenido de American Psychiatric Association:

<https://www.psychiatry.org/>

Autismo La Garriga. (2018). *Autismo La Garriga*. Recuperado el 2019, de

<https://www.autismo.com.es/autismo/teorias-explicativas-del-autismo.html>

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46.

Baron-Cohen, S. (1989). Are autistic children behaviourists? An examination of their mentalphysical and appearance-reality distinctions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 579-600.

Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.

Batson, D. (2018). Empatía y moralidad: las dimensiones psicológicas y filosóficas de una relación compleja. *Altuna*, 43 (2), 245-262.

Consejería de educación. (s.f.). *Consejería de educación*. Recuperado el 2018, de Junta de andalucia: <http://asperger.org.ar/wp-content/uploads/2015/12/Los-TGD-Una-aproximaci%C3%B3n-desde-la-pr%C3%A1ctica-1-Los-Trastornos-del-Espectro-Autista.pdf>

Cornelio-Nieto, J. O. (2009). Autismo infantil y neuronas en espejo. *Revista de Neurología*, 48(2), 27-29

Dapretto, M. et al. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9, 28-30.

Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.

Hervas, A., Maristany, M., Salgado, M., & Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría integral*, 780-794.

Hobson, R. P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.

Kanner, L. (1943). *El síndrome autista*. s.l. : s.n.

Liga Colombiana de Autismo. (2018). *LICA*. Recuperado el 2019, de Liga Colombiana de Autismo: <https://www.ligautismo.org/que-es-autismo.html>

Mandal, A. (2018). *News Medical*. Recuperado el 2019, de Lifes sciences: [https://www.news-medical.net/health/Autism-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Autism-History-(Spanish).aspx)

Martos Pérez, P. P. (2011). *Centro en clave*. Recuperado el 2019, de Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista: <http://www.centroenclave.es/documentos/autismo%20y%20FE.pdf>

Ministerio de salud y la protección social. (2012). *Minsalud*. Recuperado el 2018, de Plan decenal de salud pública 2012 - 2021: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivencia-social-ysalud-mental.pdf>

Ministerio de salud y la protección social. (2015). *minsalud*. Recuperado el 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Pro-tocolo-TEA-final.pdf>

Navarro. (1995). *El afán de jugar*. Obtenido de

<http://prepa7.unam.mx/portales/colegios/EFISICA/wp-content/uploads/2018/01/El-afan-de-jugar.pdf>

Navarro, V. (2002). *El afán de jugar: teoría y práctica de los juegos motores*. S.l. : INDE.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud*.

Recuperado el 2018, de Organización Mundial de la Salud:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Ozonoff, S. (2000). Componentes de la función ejecutiva en el autismo y otros trastornos. En J. Russell (ed.), *El autismo como un trastorno de la función ejecutiva*. Madrid: Panamericana

Pallares, J. A., & Pérez, I. P. (12 de 11 de 2011). *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. Barcelona: España.

Ramachandran, V.S. y Oberman, L.M. (2006). Broken mirrors: a theory of autism. *Scientific American*, 295, 39-45.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 87-90.

Riascos, Y. D. S. V. (2014). Lectura y escritura con sentido y significado, como estrategia de pedagógica en la formación de maestros. *Fedumar Pedagogía y Educación*, 1.

Rizzolatti, G. (2006). *Las neuronas en espejo: los mecanismos de la empatía emocional*.

Barcelona: Paidós

Ruggieri, V. (2013). *Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista*.

Madrid : Panamericana.

Russell, J. (2000). *Cómo los trastornos autistas pueden dar lugar a una inadecuada Teoría de la Mente*. En J. Russell (Ed.), *El autismo como un trastorno de la función ejecutiva* (pp. 139- 175) Madrid: Médica Panamericana

Ryberg, O. (2010). *SCRIBD*. Recuperado el 2019, de

<https://es.scribd.com/document/319094129/La-Empatia>

## **Anexos**

Anexo 1: Coeficiente de empatía y sistematización para niños (EQ-SQ-N) para un rango de edad de 4 a 11 años.

Anexo 2: Consentimiento informado. Relación Existente entre empatía y sistematización.

### **Coeficiente de Empatía y Sistematización**

#### **para niños (EQ-SQ-N)**

#### **Para un rango de edad de 4 a 11 años**

MUESTRA PARA USO EN INVESTIGACIÓN

Referencia:

B. Auyeung, S. Wheelwright, C. Allison, M. Atkinson, N. Samarawickrema,

- Baron-Cohen, (2009) [The Children's Empathy Quotient and Systemizing Quotient: Sex Differences in Typical Development and in Autism Spectrum Conditions](#). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. **39** (11). pp. 1509 - 1521.

Por favor complete los siguientes datos:

Nombre de quien completa el cuestionario:.....

Parentesco:.....  
...

Nombre del niño/a:.....  
Sexo:.....

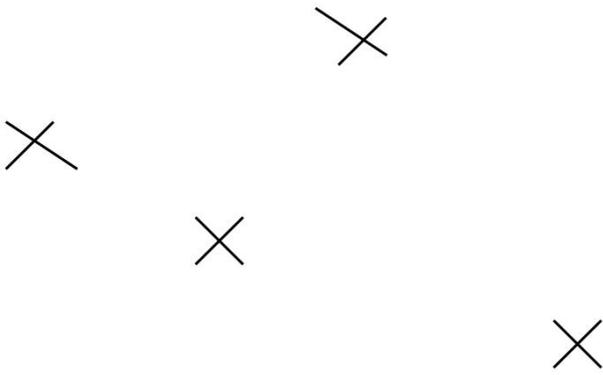
Fecha de nacimiento: ...../...../..... Fecha de hoy:...../...../.....

### **Cómo completar el cuestionario**

*A continuación hay una lista de afirmaciones acerca de su hijo/a.  
Por favor lea cada afirmación muy detalladamente y marque  
cuan en acuerdo o en desacuerdo está con dicha afirmación  
seleccionando la opción más apropiada para cada ítem.*

**No olvide completar TODAS las afirmaciones**

Ejemplos:



E1. Desea correr riesgos	Totalmente	Un poco	Un poco en	Totalmente
	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo
E2. Le gustan los juegos de mesa	Totalmente	Un poco	Un poco en	Totalmente
	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo
E3. Le resulta fácil aprender a tocar instrumentos musicales	Totalmente	Un poco	Un poco en	Totalmente
	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo
E4. Le fascinan otras culturas	Totalmente	Un poco	Un poco en	Totalmente
	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo

1. A mi hijo/a le agrada		Un poco		Totalmente
cuidar (atender) a otras	Totalmente		Un poco en	
personas.	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo
2. Mi hijo/a				
frecuentemente no		Un poco		Totalmente
entiende por que algunas	Totalmente		Un poco en	
cosas molestan tanto a las	de acuerdo	de	desacuerdo	en
personas.		acuerdo		desacuerdo
3. A mi hijo/ no le				
preocupa demasiado que				
en nuestra casa las cosas	Totalmente	Un poco		Totalmente
(objetos, muebles, adornos) estén siempre	de acuerdo	de	Un poco en	en
En el mismo lugar.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
4. Mi hijo/a no llora, no		Un poco		Totalmente
grita cuando un personaje	Totalmente		Un poco en	
Se muere en una película.	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo

5. A mi hijo/a le gusta				
ordenar cosas con				
Precisión. (por ejemplo:	Totalmente	Un poco		Totalmente
libros, CD o DVD, Autos de	de acuerdo	de	Un poco en	en
juguetes, muñequitos de		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
plástico)				
6. Mi hijo/a se da cuenta				
rápidamente cuando	Totalmente	Un poco		Totalmente
alguien cuenta un chiste o	de acuerdo	de	Un poco en	en
Hace una broma.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
7. A mi hijo/a le gusta				
cortar insectos (gusanos,		Un poco		Totalmente
grillos, cascarudos) con	Totalmente		Un poco en	
una trinchera o cúter, o	de acuerdo	de	desacuerdo	en
Quitarle sus extremidades.		acuerdo		desacuerdo
8. A mi hijo/a le interesan				
los miembros de una		Un poco		Totalmente

categoría específica de	Totalmente		Un poco en	
		de		en
animales (insectos,	de acuerdo		desacuerdo	
dinosaurios, cetáceos,		acuerdo		desacuerdo
etc.)				
9. Mi hijo/a alguna vez le				
ha robado algo que le	Totalmente	Un poco		Totalmente
		de	Un poco en	en
gustaba mucho a un	de acuerdo		desacuerdo	
hermano/a o amigo/a.		acuerdo		desacuerdo
10. A mi hijo le interesan				
diferentes tipos de		Un poco		Totalmente
	Totalmente		Un poco en	
transportes (por ejemplo,		de		en
autos, trenes, colectivos,	de acuerdo		desacuerdo	
aviones, subtes)		acuerdo		desacuerdo

11. Mi hijo/a no pasa				
mucho tiempo alineando		Un poco		Totalmente

diferentes juguetes (por	Totalmente		Un poco en	
ejemplo, autitos,	de	de		en
soldaditos, bloques,	acuerdo		desacuerdo	
cubiertos de juguete)		acuerdo		desacuerdo
12. Si mi hijo/a debe armar				
un modelo con bloques				
(Lego, mecano, etc.)		Un poco		Totalmente
él/ella prefiere seguir las	Totalmente		Un poco en	
instrucciones del folleto	de	de		en
que intentar hacerlo por	acuerdo		desacuerdo	
Sus propios medios.		acuerdo		desacuerdo
13. Mi hijo/a tiene		Un poco		Totalmente
dificultades para hacer	Totalmente		Un poco en	
Amigos.	de	de		en
	acuerdo		desacuerdo	
		acuerdo		desacuerdo
14. Cuando mi hijo/a				
juega con otros niños		Un poco		Totalmente
puede respetar su turno y	Totalmente		Un poco en	
	de	de		en
	acuerdo	acuerdo	desacuerdo	desacuerdo

compartir juguetes.				
15. A mi hijo/a le gusta				
más leer (o que le lean)				
libros de ficción (cuentos)	Totalmente	Un poco		Totalmente
que otro tipo de libros	de acuerdo	de	Un poco en	en
(diccionarios, libros de recetas, etc.)		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
16. El cuarto de mi hijo/a				
está por lo general más				
desordenado que	Totalmente	Un poco		Totalmente
ordenado (si lo comparte	de acuerdo	de	Un poco en	en
con un hermano piense		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
en sus cosas)				
17. Mi hijo/a siempre dice				
lo que piensa (u opina) o				
pregunta aquello que		Un poco		Totalmente
	Totalmente	de	Un poco en	en

quiere saber, aún cuando				
esto pueda molestar o	de acuerdo		desacuerdo	
incomodar a otra persona.		acuerdo		desacuerdo
18. Mi hijo/a le gusta		Un poco		Totalmente
cuidar animales	Totalmente		Un poco en	
domésticos.	de acuerdo	de	desacuerdo	en
19. A mi hijo/a le gusta				
coleccionar cosas (stikers,	Totalmente	Un poco		Totalmente
etiquetas, tarjetas de	de acuerdo	de	Un poco en	en
subte, boletos).		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
20. Mi hijo/a suele ser	Totalmente	Un poco	Un poco en	Totalmente
grosero o descortés sin darse cuenta.	de acuerdo	de	desacuerdo	en
21. Mi hijo/a sabe mezclar				
colores (por ejemplo con	Totalmente	Un poco		Totalmente
tempera) para formar	de acuerdo	de	Un poco en	en
		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo

otros colores.				
22. Mi hijo/a no se da		Un poco		Totalmente
cuenta si en casa se	Totalmente		Un poco en	
corre	de	de		en
o cambia algo de	acuerdo		desacuerdo	
lugar.		acuerdo		desacuerdo
23. Mi hijo/a ha tenido				
problemas con otros		Un poco		Totalmente
niños	Totalmente		Un poco en	
(se ha peleado, le	de	de		en
han	acuerdo		desacuerdo	
pegado)		acuerdo		desacuerdo
24. A mi hijo/a le				
gusta				
realizar actividades		Un poco		Totalmente
físicas	Totalmente		Un poco en	
con reglas (Por	de	de		en
ejemplo:	acuerdo		desacuerdo	
futbol, karate, danzas		acuerdo		desacuerdo
clásicas, etc.)				
25. Mi hijo/a sabe		Un poco		Totalmente
como	Totalmente		Un poco en	
funciona (puede	de	de	desacuerdo	en
manejar)	acuerdo			
cualquier control		acuerdo		desacuerdo
remoto				

26. Mi hijo/a puede				
contarme fácilmente	Totalmente	Un poco		Totalmente
sobre algún tema que ha	de acuerdo	de	Un poco en	en
aprendido en la escuela.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
27. A mi hijo/a le sería				
difícil hacer (o decir) un		Un poco		Totalmente
lista con sus cinco	Totalmente	de	Un poco en	en
canciones o películas	de acuerdo	de	desacuerdo	desacuerdo
favoritas.		acuerdo		desacuerdo
28. Mi hijo/a tiene uno o		Un poco		Totalmente
dos mejores amigos, y	Totalmente	de	Un poco en	en
varios compañeros.	de acuerdo	de	desacuerdo	desacuerdo
		acuerdo		desacuerdo
29. Mi hijo/a comprende		Un poco		Totalmente
rápidamente patrones	Totalmente	de	Un poco en	en
matemáticos de números.	de acuerdo	de	desacuerdo	desacuerdo
		acuerdo		desacuerdo
30. Mi hijo/a escucha las		Un poco		Totalmente

opiniones de otros, incluso	Totalmente		Un poco en	
cuando son diferentes a	de acuerdo	de		en
las suyas.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
31. Mi Hijo/a se preocupa				
(o se pone mal) cuando	Totalmente	Un poco		Totalmente
otros niños se alteran o les	de acuerdo	de	Un poco en	en
sucede algo.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
32. A mi hijo/a no le		Un poco		Totalmente
interesa cómo funcionan	Totalmente		Un poco en	
los aparatos (por ejemplo,	de acuerdo	de	desacuerdo	en
cámaras de fotos, semáforos, teléfonos, etc.)		acuerdo		desacuerdo
33. Mi hijo/a parece tan				
preocupado por sus		Un poco		Totalmente
propios intereses que no	Totalmente		Un poco en	
se da cuenta que aburre	de acuerdo	de	desacuerdo	en
		acuerdo		desacuerdo

a los demás.				
34. A mi hijo le gusta jugar				
a juegos con reglas		Un poco		Totalmente
escritas (por ejemplo	Totalmente		Un poco en	
ajedrez, dominós,	de	de		en
damas,	de acuerdo		desacuerdo	
etc.).		acuerdo		desacuerdo
35. Mi hijo/a se molesta				
mucho (se enoja) cuando	Totalmente	Un poco		Totalmente
las cosas no se hacen a	de	de	Un poco en	en
tiempo	de acuerdo		desacuerdo	
		acuerdo		desacuerdo
36. A veces, mi hijo/a le				
hecha la culpa a otro	Totalmente	Un poco		Totalmente
niños por las cosas que él	de	de	Un poco en	en
/ella hizo mal.	de acuerdo		desacuerdo	
		acuerdo		desacuerdo
37. MI hijo/a se pone triste,		Un poco		Totalmente
se preocupa cuando ve	Totalmente		Un poco en	
		de	desacuerdo	en

	de acuerdo			
sufrir a un animal.		acuerdo		desacuerdo
38. Mi hijo/a conoce las diferencias de los últimos modelos de consolas de videojuegos (por ejemplo PlayStation 1, 2 y 3, X-Box, Wii, etc.)				
		Un poco		Totalmente
	Totalmente		Un poco en	
	de acuerdo	de		en
		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
39. Mi hijo/a sabe de memoria muchas cosas sobre aquello que más le interesa (por ejemplo, banderas, modelos de autos, nombres de dinosaurios, grupos de música)				
		Un poco		Totalmente
	Totalmente		Un poco en	
	de acuerdo	de		en
		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
40. A veces mi hijo/a empuja		Un poco		Totalmente
	Totalmente	de	Un poco en	en

o pellizca a otro niño/a				
que lo haya molestado.	de acuerdo		desacuerdo	
		acuerdo		desacuerdo
41. A mi Hijo/a le interesa		Un poco		Totalmente
seguir el recorrido de un	Totalmente		Un poco en	
	de acuerdo	de		en
viaje con un mapa.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
42. Mi hijo/a se da cuenta				
cuando otra persona	Totalmente	Un poco		Totalmente
			Un poco en	
quiere iniciar una	de acuerdo	de		en
conversación.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
43. Mi hijo/a es bueno/a		Un poco		Totalmente
para negociar y conseguir	Totalmente		Un poco en	
	de acuerdo	de		en
aquello que quieren.		acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
44. A mi hijo/a le gusta				
hacer lista de cosas (por		Un poco		Totalmente
	Totalmente		Un poco en	
ejemplo: juguetes,		de	desacuerdo	en

programas de televisión, etc.)	de acuerdo			
		acuerdo		desacuerdo
45. Mi hijo/a se preocupa por cómo se siente o sentirá un compañero/a que no ha sido invitado a una fiesta.	Totalmente de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
46. A mi hijo/a le gusta pasar tiempo desarrollando actividades que domina (por ejemplo andar en patineta, hacer juguetito con la pelota, practicar un paso de ballet)	Totalmente de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
47. a mi hijo/a le resulta difícil usar la computadora	Totalmente de acuerdo	Un poco de	Un poco en desacuerdo	Totalmente en

		acuerdo		desacuerdo
48. Mi hijo se entristece		Un poco		Totalmente
cuando ve a otros niños	Totalmente	de	Un poco en	en
	de acuerdo		desacuerdo	
sufrir o llorar.		acuerdo		desacuerdo
49. Si mi hijo tuviera un				
álbum de figuritas o stickers	Totalmente	Un poco		Totalmente
no estaría satisfecho hasta	de acuerdo	de	Un poco en	en
		acuerdo	desacuerdo	
completarlo.				
50. A mi hijo/a le gusta				
participar de situaciones		Un poco		Totalmente
sociales organizadas	Totalmente	de	Un poco en	en
	de acuerdo		desacuerdo	
(Scouts, Colonia de Vacaciones, etc.)		acuerdo		desacuerdo
51. A mi hijo/a no le				
preocupa conocer la	Totalmente	Un poco		Totalmente
	de acuerdo	de	Un poco en	en
		acuerdo	desacuerdo	
rutina diaria.				
52. A mi hijo/a le gusta		Un poco		Totalmente

ayudar a los nuevos	Totalmente		Un poco en	
alumnos incorporarse	de	de		en
a su	acuerdo		desacuerdo	
clase.		acuerdo		desacuerdo
53. Mi hijo/a tuvo por				
problemas por haber	Totalmente	Un poco		Totalmente
insultado o burlado a	de	de	Un poco en	en
otros	acuerdo		desacuerdo	
niños.		acuerdo		desacuerdo

54. Mi hijo/a no				
disfrutaba de				
dedicar mucho		Un poco		Totalmente
tiempo	Totalmente		Un poco en	
para terminar un	de	de		en
rompecabezas o	acuerdo		desacuerdo	
crucigrama.		acuerdo		desacuerdo

55. Mi hijo/a suele golpear,				
pellizcar, empujar, etc.	Totalmente	Un poco	Un poco en	Totalmente
para conseguir lo que	de acuerdo	de	desacuerdo	en
quiere.		acuerdo		desacuerdo