

Shoji Muñoz, Michelle Stephany

Empatía en hermanos de personas con trastorno del espectro autista

**Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía
Facultad “Teresa de Ávila” - Paraná**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Shoji Muñoz, M. S. (2018). *Empatía en hermanos de personas con trastorno del espectro autista* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=empatia-hermanos-personas-trastorno>
[Fecha de consulta:]



Pontificia Universidad Católica Argentina

“Santa María De Los Buenos Aires”

Facultad “Teresa de Ávila”

Carrera: Licenciatura en Psicopedagogía.

Tesista: Shoji Muñoz, Michelle Stephany.

Directora: Mgter. Álvarez, Nidia.

Asesores metodológicos: Dra. Petric, Natalia.

Mgter. Sione, César.

Título del Trabajo Final: Empatía en hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista.

Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía

Año de presentación: 2018.





Agradecimientos

Sin duda Dios dispuso para que grandes personas fueran parte de este trabajo, personas de corazón inmenso a quienes es necesario agradecer y fueron luz en este camino, que en medio de momentos oscuros supieron iluminar brindando apoyo y contención.

A mis padres y hermanos, especialmente Huguito que día a día me enseña que con esfuerzo y dedicación no existen imposibles.

A Ingrid quien me acompañó a lo largo de la carrera y contribuyó en la elección de mi vocación.

A CIFET, APADEA, MIRARTEA y todas las familias que colaboraron con su disponibilidad y voluntad para formar parte de este desafío.

A Luján, por su amistad y ayuda desinteresada; Mariela por su dulzura puesta al servicio; Gonzalo por su guía y sugerencias en el momento justo; grandes personas de la Biblioteca que con su calidez humana llenaron mis tardes.

A Oscar, Martín y Olgui que a lo largo de la carrera me brindaron siempre palabras de aliento.

A mis amigos que supieron tenerme paciencia y contención en todo momento.

A docentes de la facultad, especialmente Mariana, Silvia, y Valeria que con su gran dedicación y acompañamiento forjaron las bases para seguir aprendiendo y creciendo en la profesión. Como así también Johanna y Susana quienes me permitieron conocer otros horizontes en la carrera.



A integrantes del departamento de investigación, Natalia y César que siempre respondieron mis inquietudes.

A una persona muy especial, Nidia, que con su guía, tiempo y enseñanzas animó a hacer realidad lo que comenzó como proyecto y hacer fácil lo difícil.

Porque las personas que me han rodeado a lo largo de la vida me hicieron dar cuenta que es mejor cuando otro te acompaña.

A estas personas les digo ¡GRACIAS!



Índice



Índice

Índice

Resumen.....	7
Capítulo I	10
Introducción.....	11
Planteamiento y formulación del problema.....	11
Objetivos.....	16
Hipótesis.....	17
Capítulos II	18
Marco teórico.....	19
Capítulo III	47
Marco metodológico.....	48
Tipo de investigación.....	48
Muestra.....	48
Técnica de recolección de datos.....	49
Procedimientos de recolección de datos.....	49
Procedimientos de análisis de datos.....	50
Capítulo IV	51
Resultados.....	52
Capítulo V	59
Discusión.....	60
Conclusión.....	63
Recomendaciones.....	64
Limitaciones.....	64
Referencias bibliográficas.....	66
Anexos	73
Anexo I Formulario de Consentimiento Informado	73
Anexos II Datos Sociodemográficos.....	74
Anexos III Escala de Empatía IRI Davis.....	75
Anexos IV Resultados estadísticos del análisis de los datos con el SPSS	79
Lista de Tablas	
Tabla N° 1 Estadísticos descriptivos por grupo del puntaje general de la empatía en los hermanos de personas con y sin TEA	52



Tabla N° 2 Estadísticos descriptivos por grupo en subescalas del IRI.....	54
Tabla N° 3 Estadísticos descriptivos por grupo de las categorías de la empatía de hermanos de personas con y sin TEA	55
Tabla N° 4 Indicadores de Empatía	57
Lista de Gráficos	
Gráfico N° 1 Diagrama de caja representando por grupo del puntaje general del Cuestionario de Empatía IRI	53
Gráfico N° 2 Dimensiones de la empatía según grupo	55
Gráfico N° 3 Categorías empáticas	56



Resumen

El punto de partida del presente trabajo fue el interés por profundizar en el conocimiento del desarrollo de la empatía de los hermanos que integran una familia, en la que uno de los hijos sostiene el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Respecto a este conocimiento, se han encontrado contradicciones en la producción teórica y en las investigaciones; en algunas se manifiesta que hermanos de personas con TEA presentan una menor empatía en relación con hermanos de personas con un desarrollo típico, algunas expresan que los hermanos presentan una buena capacidad de empatía y otras que refieren un mayor desarrollo de la empatía.

Por lo anterior, se planteó la hipótesis de que los hermanos de personas con TEA presentan una menor empatía en relación con los hermanos de personas sin TEA. Se tuvo por objetivo conocer las dimensiones de empatía en hermanos de ambos sexos de personas con Trastorno del Espectro Autista entre 13 y 20 años de la ciudad de Paraná, mediante un trabajo de campo descriptivo- comparativo, de corte transversal. La selección de la muestra fue no probabilística tipo bola de nieve.

Se utilizó como técnica de recolección de datos el cuestionario de empatía llamado Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI) que evalúa las dimensiones de la empatía tanto cognitiva como afectiva y su adaptación española fue realizada por Mestre, Frías y Samper en 2004. Dicha técnica se aplicó a una totalidad de 40 hermanos, conformando la muestra 20 hermanos de personas con TEA y 20 hermanos de personas con ningún tipo de discapacidad.

Los resultados del puntaje general de la medición cuantitativa de empatía muestran que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se puede observar que los hermanos de personas con TEA se ubican con un promedio levemente mayor que el promedio general (ME=92,00 DS=13,22 puntos) y el otro grupo de comparación se ubica por debajo del mencionado promedio estadístico (ME=87,00 DS=10,69 puntos). Respecto a los índices de Toma de Perspectiva, Fantasía, Malestar Personal y Preocupación Empática, se



destaca que la mayor diferencia a favor de los hermanos con personas con TEA fue en la dimensión cognitiva, específicamente en Fantasía siendo la menor diferencia en la afectiva, precisamente en Malestar Personal.

Se llegó a la conclusión de que no se puede corroborar totalmente la hipótesis planteada. Pero se reitera que, si bien las diferencias en los resultados cuantitativos arrojados no son estadísticamente significativos, se pueden comprobar que los puntajes obtenidos por los hermanos de personas con TEA, en forma general fue levemente más alto.

Se debe reconocer la dificultad para acceder en la población en la ciudad de Paraná a una muestra de sujetos que reúnan las características requeridas para este estudio, sin embargo, se estima que ampliando la muestra se obtendrían diferencias significativas dadas la tendencia.

Desde la perspectiva psicopedagógica este hallazgo es muy favorable para el desarrollo actual y futuro de estos hermanos, desarrollo que a su vez aporta al vínculo fraterno. Probablemente, una vez que logran comprender en gran medida el comportamiento de su hermano y logran interpretar lo que su hermano con TEA necesita, desarrollan sensibilidad hacia ellas y es de esperar que la transfieran hacia los demás. Así mismo brindarán el mayor apoyo para que su hermano despliegue sensibilidad, intereses y comunicación empática. Por lo que se plantea la conveniencia de que los padres y las instituciones valoren esta dimensión de la vida y fortalezcan el desarrollo de la empatía, para lo que se aportan, desde el campo disciplinar, algunos criterios psicoeducativos.



Capítulo 1



1. Introducción

1.1. Planteamiento y formulación del problema

La presente investigación tuvo por objetivo conocer durante los meses de diciembre de 2017 y abril del año 2018, las particularidades que tiene el desarrollo de la empatía, en hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista de la ciudad de Paraná. Debido a la escasez de información y a los resultados contradictorios encontrados respecto a este tema, se considera referir a Goleman (1996), quien la define como la capacidad, que nos permite saber lo que sienten los demás. Esta definición se profundiza con la que se encuentra en las investigaciones de Hoffman (1975,1983), y Davis (1983, citados por Garaigordobil y Maganto 2010) quienes refieren al constructo de empatía desde una mirada multidimensional, como aquella habilidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos.

La empatía también se la relaciona con la inteligencia emocional siendo uno de los ejes centrales de la teoría de Goleman (1996, citado por Navarro, 2003), que permite interactuar con el mundo teniendo en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades, una de ellas es la empatía. La inteligencia emocional configura rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.

Desde estas perspectivas se podría pensar que la empatía serviría de base para comprender los estados afectivos de los demás, y favorecer el comportamiento social.

Si se vincula la empatía, a un grupo de adolescentes que tiene la particularidad de ser hermano de un niño con Trastorno del Espectro Autista, el tema debe encuadrarse en su especificidad. Tomando a la ley 22431 sobre discapacidad, se considera una persona con discapacidad a aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o



mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Partiendo de dicho concepto, encontramos una multiplicidad de discapacidades con diversidad de implicancias. Una de ellas es el Trastorno Espectro Autista, también denominado TEA. Tomando a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), se describe en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM V, que el TEA se encuentra dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, caracterizado por déficit persistente en la comunicación social, patrones restringidos, repetitivos de conductas, intereses o actividades, etc.

Si bien aún no se han realizado estudios epidemiológicos acerca de la incidencia de Trastorno del Espectro en Argentina se estima que existe un caso de TEA cada 68 personas. (Christensen, Baio, Braun, et al., 2012)

Ruggieri (2013) da a conocer lo siguiente:

Desde sus primeras descripciones, Kanner y Asperger jerarquizaban las dificultades en la socialización como uno de los ejes centrales en las personas con trastorno del espectro autista, asociadas al retraso en el desarrollo o afectación del lenguaje e intereses restringidos. Esta deficiencia en la cognición social se ha relacionado con una afectación en áreas ligadas a la empatía. Ésta se ha considerado sinónimo del contagio emocional, mimetización, simpatía, compasión e interés empático. Si bien todos ellos son conceptos relacionados y necesarios para el desarrollo de una cognición social adecuada, no son lo mismo, aunque todos son imprescindibles para el desarrollo de la empatía o sus consecuencias. La empatía permite ‘sentir con’, mientras que la simpatía, la compasión y el interés empático se relacionan con el ‘sentir por’ o sentir lo adecuado. Estudios realizados en personas con TEA han demostrado bajo cociente de empatía. (p. 13)

Según Millá y Mulas (2009), el trastorno de espectro autista es una alteración del desarrollo con deficiencias cualitativas tanto en la interacción social como en la comunicación,



es un comportamiento caracterizado por patrones repetitivos y estereotipados, y un repertorio restrictivo de intereses y actividades.

Se piensa en este trabajo, en términos generales, la experiencia de comunicación intrafamiliar, especialmente la relación fraterna que permite anticipar las relaciones sociales, y puede favorecer un singular desarrollo de la empatía.

Sin embargo, la familia de la persona con TEA puede afrontar particularidades y hasta dificultades, ya sea respecto al grado de aceptación, de resiliencia frente a los problemas que se presentan, o de dificultades para establecer la comunicación entre los integrantes, etcétera. Muchas veces la familia desarrolla un estilo de vida cotidiano, el cual dificulta compartir actividades extrafamiliares, en otras situaciones muchas familias suelen buscar relacionarse con otras con las mismas características para compartir experiencias, realizar consultas entre padres y sentirse comprendidos, en su mayoría a través de organizaciones que se dedican al tipo de trastorno que sufren sus hijos o a través de redes sociales.

En estudios realizados por Basa (2010) los padres y madres de personas con autismo, presentan un nivel de estrés clínicamente significativo, debido a la crianza del hijo. En correspondencia a los hermanos, también la relación tiene sus vicisitudes; sin que esta consideración deje de apreciar el afecto profundo que los une.

Surge el interés entonces de acercarnos a comprender cuál es la característica de este desarrollo cuando se convive con un hermano con Trastorno de Espectro Autista, que presenta dificultades en la socialización, retraso en el desarrollo o afectación del lenguaje o los intereses, como va configurando tanto una particular relación vincular como una representación de esta. Según Salgado y Espinosa (2014) se presentarían algunas características entre hermanos de personas con TEA, son entre otras personas fuentes de apoyo, en especial en edad adulta, en caso de que los padres estén sujetos a tensiones y se encuentran menos disponibles para los hijos. Estos autores plantean que en períodos de ausencia emocional de los padres se afecta la



relación de los hermanos. Para acotar el tema, este aspecto no se investiga, pero se destaca la importancia que tiene la función paterna, en la relación que se establezca entre hermanos.

Además, se ha estudiado la fraternidad estableciéndose lo que Acosta (2015) resuelve como una relación social entre niños con TEA y sus hermanos, a pesar de que esta dimensión social se encuentre alterada. Aun así, sigue siendo una interacción, una relación interpersonal. Por medio de esta relación emergen sentimientos, emociones, acciones, pensamientos, comunicación e incluso lenguaje no solo desde la palabra.

En este aspecto se hallan controversias. Según Spencer y otros (2011) quienes plantean una perspectiva neurológica, los hermanos de personas con autismo presentarían una capacidad empática disminuida con relación a hermanos de personas sin discapacidad, debido a que muestran un patrón similar a sus hermanos en su actividad cerebral en zonas asociadas a la empatía.

Contradictoriamente investigaciones de Knox, Parmenter y Atkinson (2000), citados por Redín e Ibarrola García (2010), los hermanos en la convivencia con un hermano con discapacidad les ha aportado: mayor empatía, sentido de justicia social y defensa de quienes lo necesitan. También citan a Cuskelly (2003) y Gunn (2006), que hablan de desarrollo de la empatía en la medida en la que se participa más en el cuidado del hermano.

También Hastings (2003, en su investigación citada por Ruiz Aparicio y Tárraga Mínguez 2015), refiere que hermanos de niños con TEA muestran una buena capacidad de empatía.

Por lo expresado anteriormente, se observa la necesidad de este estudio, que se propone profundizar en la teoría existente y conocer de un modo directo, accediendo a entrevistas con la población de adolescentes relevados, las cualidades que tiene el desarrollo de la empatía. Esto enriquece el conocimiento del tema y la comprensión de la dinámica comunicativa en el marco de la diversidad, aunque el mismo se restrinja a la población estudiada. Además, favorece



el diseño de estrategias psicopedagógicas tendientes a promover la tolerancia de las diferencias y el desarrollo de la empatía.

Se adhiere a Temple Grandin (1997), quien plantea que la presencia de personas cercanas afectuosas es de importancia para el desarrollo personal, pudiendo ser en este caso los hermanos.

Como refiere Acosta (2015) los hermanos son de gran importancia para el desarrollo en la vida social de los niños con TEA. Una persona no podría sobrevivir aisladamente, por lo que se considera a la persona como un ser social, un ser con otros. También Acosta y Gonzales (1996), refieren que:

La capacidad de reconocer las emociones de los demás se refiere a lo que se da en llamar también empatía, a sentir o percibir lo que los demás sienten; se basa en la autoconciencia, permitiendo el análisis de las cosas desde el propio punto de vista. La capacidad de manejar las relaciones emocionales con otros posibilita a interpretar adecuadamente las situaciones y las redes sociales, interactuando sin dificultad; usando habilidades tales como: persuadir, negociar, resolver conflictos para la cooperación y el trabajo en equipo, esta es la esencia del arte de mantener las relaciones; primero debemos alcanzar parámetros de autodomínio, para luego adquirir habilidades de autogobierno y empatía que nos posibiliten la capacidad de relacionarnos de una manera más madura con los demás. (p. 7)

Se profundiza esta idea con Posadas, Gómez y Ramírez (2005, citados en Acosta, 2015) en que los hermanos colaboran en la identidad personal, social, cultural, potencia el desarrollo del ser, propician aprendizajes más significativos, más que nada a través del juego.

Por todo lo anterior se considera de relevancia considerar en sus similitudes y diferencias, el desarrollo de la empatía, en dos grupos de niños. Un grupo tiene la particularidad de tener hermanos sin diagnóstico de trastorno o discapacidad en el área de la sociabilización



y/o el lenguaje, y el otro grupo tiene una vivencia vincular fraterna condicionada por un rasgo especial en el espectro autista. Se intenta una aproximación a sus vivencias emocionales y al significado que les otorgan. Se considera que las mismas son relevantes para su propio desarrollo subjetivo actual y futuro.

Así mismo, según las significaciones que construya, podrán favorecer en mayor o menor medida el desarrollo de sus propios hermanos, y propiciar aprendizajes más o menos significativos. Estos aprendizajes son el objeto de estudio de la Psicopedagogía, por lo que es importante analizar, desde esta perspectiva disciplinar, las singularidades del tema.

Los Licenciados en Psicopedagogía deberían profundizar el conocimiento de este tema, abrir puentes que favorezcan entablar modos de abordaje con los hermanos, desde la psicoeducación beneficiando el desarrollo personal de cada integrante.

Debido a todo lo anterior surge la necesidad de investigar desde un punto de vista psicopedagógico el siguiente interrogante ¿Existen diferencias en la empatía de hermanos de personas con y sin trastorno de espectro autista?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general.

- Conocer la empatía en hermanos de personas con TEA, entre 13 y 20 años.

1.2.2. Objetivos específicos.

- Describir las dimensiones cognitiva y afectiva de empatía de hermanos de personas con TEA entre 13 y 20 años.

- Referir si existen particularidades en la fantasía, malestar personal, toma de perspectiva y preocupación empática de hermanos de niños con TEA y en hermanos de niños sin TEA entre 13 y 20 años.



1.3. Hipótesis

1. Los hermanos de personas con TEA que tienen entre 13 y 20 años presentan una empatía inferior, en relación con hermanos de personas sin TEA.

Es necesario destacar que la hipótesis se fundamenta en las conclusiones de la investigación realizada por Spencer (2015) quien utilizó como técnica de recolección de datos las neuroimágenes, por considerarla muy específica en sus resultados. Por lo anterior se considera la probabilidad de llegar a los mismos resultados aplicando una técnica diferente a la muestra conformada para el trabajo de campo en esta tesis.



Capítulo 11



2. Marco Teórico

La presente investigación si bien incorpora diversas teorías que son de gran implicancia a la temática, se posicionará desde la Psicología Cognitiva para el desarrollo de la misma.

2.1. Estado del arte y antecedentes.

A continuación, se exponen las investigaciones relacionadas con el tema a indagar, aportando información relevante; si bien a nivel local se han encontrado dos investigaciones que indagan temas similares, no incluyen las variables relacionadas en este trabajo final de Lic. en Psicopedagogía.

Acosta (2015) realizó una investigación en la ciudad de Paraná, Entre Ríos, sobre la relación de fratría de personas con TEA y sus hermanos a través de un estudio de casos. Se tomaron 5 casos, de 5 a 9 años diagnosticado con TEA. Dicha investigación tuvo como objetivo general, observar diferentes interacciones con él o los hermanos de niños de 5 y 9 años que presentan Trastornos del Espectro Autista. Los resultados afirmaron la hipótesis de que sí pueden establecer relaciones sociales entre hermanos, a pesar de que esta condición de interacción social en personas con autismo se encuentra alterada. Dicha investigación se utilizó para encausar el conocimiento de los hermanos.

Parece necesario destacar el aporte tomado de Knox, Parmenter y Atkinson (2000), quienes afirman que los hermanos de personas con discapacidad indican que la convivencia les ha aportado entre otras cosas mayor empatía, sentido de justicia social y defensa de quienes lo necesitan. Cuskelly (2003) y Gunn (2006), hablan de desarrollo de la empatía en la medida en la que se participa más en el cuidado del hermano.

Aquí, Ruíz Aparicio y Tágara Mínguez (2015) desde Valencia realizaron una revisión teórica relacionada al ajuste conductual, emocional y social de hermanos de personas con TEA. Los resultados que arrojó dicha revisión son mixtos, por una parte, se ha encontrado una mayor



presencia de problemas o dificultades de adaptación conductual, emocional y social en hermanos de niños con TEA en comparación con los hermanos de niños con un desarrollo neurotípico. También se ha encontrado que los hermanos de niños con TEA no son más susceptibles a desarrollar problemas de ajuste conductual, emocional y social que los niños con un desarrollo normativo. Contrariamente a los referidos anteriormente, parece importante destacar uno de los resultados arrojados pertinentes a esta investigación. Según Petalas (2009), Pilowsky (2004), Tarafer (2004) la presencia de niños con TEA en la familia podría generar conductas o comportamientos positivos en sus hermanos. Los hermanos de niños con TEA, según la investigación realizada en 8 hermanos comprendidos entre 9 y 12 años y 3 hermanos comprendidos entre 3 y 5 años, en general, mostrarían una mayor empatía, tolerancia al estrés y una mayor destreza en estrategias de autocontrol.

Rodríguez (2014) realizó una investigación en adolescentes entrerrianos para evaluar la relación existente entre dos medidas de empatía tal es el caso del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) de Davis (1980, 1983), que se adopta en la presente investigación, tiene el concepto desde un enfoque multidimensional tomando aspectos cognitivos como afectivos y su correlación con el Cuestionario de Evaluación de la Empatía de Garaigordobil (2000) que toma aspectos situacionales y disposicionales. Ha resuelto relaciones positivas elevadas entre toma de perspectiva y empatía disposicional y entre preocupación empática y empatía disposicional. En este sentido es importante destacar que la técnica de recolección de datos utilizada es la que se aplicará en el presente trabajo y en la misma provincia.

Según Spencer y otros (2011), se realizó una investigación en Cambrige. Los participantes fueron personas con autismo (35 varones y 5 mujeres) y sus hermanos (12 varones y 28 mujeres). Los participantes del grupo de control fueron 20 varones y 20 mujeres. En ella afirman que los hermanos de personas con autismo muestran un patrón similar en su actividad cerebral cuando observan expresiones faciales ligadas a emociones. La respuesta de resonancia



magnética funcional (fMRI) para aquellas expresiones emocionales en comparación con caras neutrales, se redujo significativamente en los hermanos no afectados en comparación con los controles dentro de una serie de áreas del cerebro implicadas en la empatía. La respuesta de los hermanos no afectados no difirió significativamente de la respuesta en el autismo. Sugirió que la investigación representa que el hermano estudiado en estos aspectos de empatía podría ser un biomarcador determinante en un riesgo de autismo familiar.

Estudios realizados por Basa (2010), refieren a padres de personas con autismo. El objetivo de esta investigación fue evaluar las diferencias existentes en el nivel de estrés que genera la crianza de los hijos en los padres de personas con autismo y el de los padres de personas sanas. La muestra estuvo conformada por un total de 72 padres, siendo, 36 (23 madres y 13 padres) cuyos hijos tienen autismo, y 36 (23 madres y 13 padres) cuyos hijos no tienen autismo. Según los resultados de la investigación, se obtuvieron diferencias significativas con respecto al nivel de estrés total entre ambos grupos, con diferencias globalmente significativas. En lo que respecta a los padres, estas diferencias estuvieron dadas por las subescalas Interacción disfuncional padres/hijos y Dificultad en la conducta del hijo, mientras que las diferencias entre las madres se dieron a partir de las tres subescalas tal el caso de Dificultad en la Conducta del Hijo, Dificultad en el rol de madre/padre e Interacción disfuncional padres-hijo. Por último, al analizar las diferencias existentes entre padres y madres de personas con autismo, no se obtuvieron diferencias significativas. Es interesante el aporte de dicha investigación ya que sirvió como conocimiento acerca de las familias, específicamente de los padres de niños con TEA.



2.2. Empatía

2.2.1. Raíces de la Empatía.

Empatía deviene del griego (*empathia*, ‘sinceridad’ o ‘sentimiento’). Lo utilizaron originalmente médicos alemanes, como Titchener (*Einführung*), quien la define como proyectar en uno mismo lo que se observa. Fue quien tradujo el término de “empatía” del alemán al inglés.

Desde el campo científico, no hay una única definición de empatía, por el contrario, ésta entraña un terreno conceptual que se encuentra en plena construcción y discusión (López et al. 2014).

Según Ickes (1997, citado en Tallis et al.2012), la empatía haría referencia a una inferencia psicológica donde la observación, memoria, el conocimiento y razonamiento son combinados para reconocer y apropiarse en los pensamientos y sentimientos de otras personas.

Según Goleman (2003), la empatía es la capacidad, habilidad de saber lo que siente el otro, donde involucra un sin número de situaciones de la vida. Se sabe que desde muy pequeño se ve esta capacidad como cuando Goleman observa que un niño con sólo nueve meses de edad vio que otro bebé se caía, se le llenaron los ojos de lágrimas y gateó hasta su madre, para que ella lo consolara como si fuese él quien se había herido.

La empatía sería como aquello que se construye sobre la conciencia de uno mismo. Siguiendo los aportes de Goleman (2003) una dificultad para registrar los sentimientos de otros es un déficit importante en la inteligencia emocional, un trágico fracaso en lo que significa ser humano. El interés hacia otra persona surge de la sintonía emocional, de esta capacidad empática.

Si bien el desarrollo del concepto de empatía ha sido tomado desde distintas perspectivas, algunos tomándolo desde aspectos puramente cognitivos y otros desde aspectos afectivos, se abordará la empatía desde una visión multidimensional. Quien se ha convertido en uno de los pioneros en esta visión es Davis (1983, citado en Minzi de Richaud 2007) quien la



define como un constructo multidimensional que involucra componentes cognitivos como la toma de perspectiva y fantasía; y componentes afectivos como la preocupación empática y el malestar personal.

Tomando la concepción de Davis (1983, citado en Rodríguez,2016) refiere que la toma de perspectiva indicaría aquella habilidad de la persona para ponerse en el lugar del otro, la fantasía refiere a la capacidad de la persona para identificarse con personajes ya sean novelas, películas entre otros. La preocupación empática se relacionaría a sentimientos de preocupación hacia los demás, finalmente el malestar personal refiere a la ansiedad y el disgusto frente a sucesos desfavorables de las demás personas.

Batson (2009) afirma que la empatía es un componente esencial para la experiencia emocional y la interacción social, afectando estados mentales directamente percibidos, imaginados o de sentimientos inferidos en otra persona. Ello ocurre cuando la observación o imaginación de estados afectivos y cognitivos en otras personas induce estados compartidos en el observador. A través de ella podemos comprender dimensiones afectivas y cognitivas, y nos permite no sólo comunicar e interactuar con otros, sino, también, predecir acciones, intenciones y sentimientos de otros, generando así una verdadera conducta prosocial.

Baron-Cohen (2011) desarrolla que la empatía se produce al detener nuestra atención focalizada exclusivamente en nuestra mente y desarrollar una atención doble que se centra a la vez en la mente del otro. La empatía se produce desde un doble enfoque de atención sobre nuestra mente y la del otro. Reuniendo dos fases necesarias como la de reconocimiento y respuesta adecuada.

La empatía es nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente y responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada. (Baron-Cohen, 2011, p.28).



Por otro lado, Tausch y Tausch (1981, citado en Segrera, 1997) desarrollan el concepto de comprensión empática desde una dimensión positiva de relevancia para la funcionalidad psíquica. Ella supone actitudes claras y gran esfuerzo por parte de la persona.

Es importante también poder definir hasta qué punto podemos comprender el pensar del otro.

2.1.2. Multidimensionalidad de la empatía.

Además de la descripción dada por Davis (1983) se cree conveniente referir a distintos autores que han referido a la empatía desde la multidimensionalidad.

Tomando a Litvack et al (1997, citados por Garaigodobil y García de Galdeano 2006) definen la empatía desde un “enfoque multidimensional, haciendo énfasis en la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, y destacando la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás. La empatía incluye tanto respuestas emocionales como experiencias vicarias o, lo que es lo mismo, capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás. Sobre las diferencias de género en la empatía, varios estudios han encontrado puntuaciones significativamente superiores en las mujeres” (p. 180).

Investigaciones realizadas desde una mirada multidimensional acuerdan en definir a la empatía como una reacción emocional elicitada y congruente con el estado emocional del otro y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir (Eisenberg, Zhou y Koller, 2001). Según Sánchez- Queija, Oliva y Parra (2006, citados por Jolliffe y Farrington, 2006) sostienen que esta definición se completa si se la incluyen aspectos como la adopción de perspectiva, tendencia a adoptar el punto de vista de otro, la simpatía, tendencia a preocuparse o sentir interés por el otro, y el malestar personal, tendencia



a sentirse intranquilo o incómodo en espacios interpersonales tensos que implican a otros y sus necesidades.

A su vez, suele establecer distinciones dentro del concepto de empatía. Pudiéndose hablar de una empatía cognitiva y otra afectiva. Mientras que la primera hace referencia a la capacidad para comprender al otro, la segunda iría más allá, ya que sitúa a un individuo en disposición de compartir un sentimiento adecuado al estado emocional de otra persona.

Aportes desde la Neuropsicología tomados por Jolliffe y Farrington (2006) relatan que hay evidencia de que hay procesos relacionados con la empatía, diferenciando un procesamiento de la información interna relativa a los propios pensamientos y el procesamiento de la información generado de forma externa. A su vez, la empatía cognitiva se ha relacionado a las llamadas neuronas espejo, que a nivel neurobiológico tomando a Rizzolatti y Sinigaglia (2006, citados por Jolliffe y Farrington, 2006) permite guiar la conducta de la persona en las relaciones interpersonales.

2.1.3. Desarrollo de la empatía.

Según Thompson (citada por Eisenberg y Strayer, 1987); formula que no resultaría sencillo describir cómo se desarrolla la empatía en el transcurso de la primera infancia ya que se están investigando modos de evaluarla. Pese a ello, los estudios que se han realizado sugieren lazos entre el desarrollo de la empatía y el desarrollo de la comprensión social y emocional del niño. Se ha observado siguiendo a Thompson (1987), que niños durante la primera semana de vida, manifiestan malestar y llanto en respuesta al sonido del llanto de otro bebé, debido a esto quisieron experimentar lo mismo en simulado mediante un ordenador, aunque fuese de igual intensidad, los bebés no respondieron del mismo modo. Hoffman (1997, citado en Eisenberg, 1987) lo ha propuesto que la orientación afectiva hacia otros niños, podría ser un precursor temprano de la empatía que llevaría que ser una de las bases constitucionales.



Durante la niñez, se brindan oportunidades para observar e interactuar con otras personas a través de palabras y acciones, se fomenta la sensibilidad y responsividad emocional ante los demás.

Siguiendo a investigaciones realizadas por Retuerto Pastor (2004), la edad sería una variable que influiría en empatía durante la adolescencia y la adultez temprana. En coherencia con esta hipótesis, se desarrolla que conforme avanza la edad de los adolescentes y jóvenes aumentan progresivamente su toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática. Los resultados que obtuvieron son consistentes con aportes de Hoffman (1991) en cuanto a que la empatía con otros/as, como proceso motivacional que motiva a ayudar en el problema del otro/a, se desarrolla de una manera similar a los estadios de desarrollo cognitivo social del individuo. De igual modo, coincide en que con la explicación del proceso empático que da Hoffman (1990), según la cual un aumento de la capacidad para ponerse en el lugar del otro/a gradualmente transforma el malestar personal en una reacción de simpatía y compasión más orientada hacia el otro/a.

Según Batson, Fultz y Schoenrade en su apartado Reacciones emocionales de los adultos al malestar de los otros (Eisenberg y Trayed 1987), da cuenta que las personas actúan muchas veces emocionalmente al contemplar el malestar ajeno. Tanto diferencias cualitativas como cuantitativas. Pero, además, en medida que adoptemos la perspectiva del otro, es probable que se experimente la empatía.

Thompson (1987), manifiesta que es necesario aclarar que no existe aún una forma de medir la empatía en edad temprana ya que aún no cuentan con capacidades intelectuales suficientes por lo que no se puede evaluar con relación a funciones cognitivas y/o informes verbales.

2.1.4. Bases Neurobiológicas de la Empatía.



Se expondrá a continuación desde una perspectiva de las neurociencias que, si bien no es la teoría de base del presente trabajo, se incluye ya que se considera de relevancia para el desarrollo del tema.

Se podría decir que existen grupos de células especiales en el cerebro que permite al individuo entender a los demás. La activación de dichas células a nivel cerebral va a permitir que dichos individuos puedan compartir emociones, experiencias, necesidades y metas, incidiendo así en la forma en que los seres humanos desarrollan todas sus interacciones sociales, este conjunto de células ha sido denominado neuronas espejo.

Las neuronas espejo son las que se ponen en funcionamiento en el momento de observar a un individuo llevando a cabo una acción o manifestando una emoción, como así también cuando se realiza la misma acción o se experimenta la misma emoción (Rizzolatti & Craighero, 2004 citado por López et al, 2014). Dicha denominación surge a partir de una serie de experimentos con los monos, donde se pudo estudiar cómo el sistema neuronal se activaba al momento en que estos animales realizaban una acción en dirección a una meta, como así también al observar actividades similares realizadas por otros (López et al, 2014).

El análisis de los circuitos neuronales involucrados en el desarrollo de la empatía, integra un análisis de diversas zonas del cerebro, desde las que incluyen aspectos emocionales como la percepción y comprensión de emociones hasta las zonas que se asocian a los procesos cognitivos superiores como la toma de perspectiva. Refiriendo a la toma de perspectiva, es tomada como una faceta esencial de la mentalización exitosa, y conlleva la habilidad de contemplar una determinada situación desde distintos puntos de vista o posicionamientos también llamados perspectivas (López et al., 2014). Al adoptar la perspectiva del otro se producen modificaciones en la corteza frontopolar, el surco temporal superior izquierdo, el polo temporal izquierdo, la corteza cingulada posterior y el lóbulo parietal inferior (Ruby y Decety, 2004, citados por López et al., 2012). Durante la percepción de situaciones dolorosas y no



dolorosas, la toma de perspectiva propia y del otro activa el opérculo parietal, la corteza cingulada anterior y la ínsula anterior (Jackson, Brunet, Meltzoff y Decety, 2006, citados por López et al., 2012). A partir de esta información, se resume que las diversas representaciones de la empatía resultan del sistema límbico como así también de las siguientes áreas cerebrales del córtex prefrontal: en la empatía cognitiva interviene la corteza prefrontal dorsolateral y en la empatía afectiva la corteza prefrontal ventromedial (López et al., 2012).

2.1.5. Empatía hacia el hermano con TEA

Según Peral Feliz (2013) plantea que gran parte los hermanos manifiestan haber desarrollado una increíble empatía hacia su hermano. Sin duda no es una habilidad que se presente solo en los hermanos que tienen un hermano con TEA.

Peral Feliz (2013), denota que el infinito tiempo que comparten los hermanos proporciona un vasto conocimiento que posibilita interpretar acertadamente cualquiera de los gestos del otro para determinar cuál es su estado anímico o sus deseos en ese momento. No obstante, la capacidad para empatizar del hermano con desarrollo típico puede cobrar una función todavía más relevante cuando el otro hijo tiene TEA, ya que los déficits comunicacionales exigen descifrar, en muchos casos sin contar con información verbal, el estado en el que se encuentra para poder satisfacer correctamente sus necesidades. (p. 144)

2.1.7. Relevancia de la Empatía en habilidades interpersonales

La empatía denota una característica de suma importancia en las relaciones humanas, haciendo que un individuo genere un vínculo con el mundo y las experiencias de los demás. Es decir, interviene en nuestra imaginación con el propósito de reconocer y poder indagar sobre lo que piensan las demás personas, prestando atención al tono de voz o a los gestos faciales, aun cuando sean personas que estén fuera del entorno significativo de uno. La empatía permite la escucha atenta y la intimidad emocional en un dialogo con la otra persona, manifestándose esto de manera recíproca, como así también, contribuye a evitar que llevemos a cabo acciones o



conductas que lastimen sentimentalmente a otras personas; así como también infligir daños físicos a personas o animales (Baron-Cohen, 2009).

Titchener citado en Bisquerra (2015) hace hincapié en que la empatía se construye sobre la toma de conciencia de uno mismo, cuanto más abiertos se está para recibir las emociones de uno, más habilidades tenemos para leer las emociones de otros. Inclusive, se ha observado que los niños aprenden la empatía desde la primera infancia, dicho aprendizaje se desarrolla en la medida en que se enseña al niño a prestar atención a la perturbación emocional que su comportamiento provoca en otra persona. Se dice también que la raíz del altruismo y moral es la empatía, como comprensión de lo que otras personas sienten en situaciones de perturbación lo que motiva a la gente a la ayuda.

2.2. Trastorno del Espectro Autista

2.2.1. Historia y evolución del Trastorno del Espectro Autista.

Etimológicamente, el término “autismo” tiene su origen en el griego. La raíz de la palabra griega autos, significa “propio, uno mismo”. La palabra autismo fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Bleuler (1857-1939) en un tomo del American Journal of Insanity, en 1912.

En 1943 fue Leo Kanner la primera persona en realizar una clasificación médica de autismo en su artículo titulado “*Autistic disturbances of affective contact*” (alteraciones autistas del contacto afectivo), donde se describió de manera incipiente el Trastorno del Espectro del Autismo. En el mismo artículo, desarrolló descripciones detalladas de la conducta de los niños, pero seleccionó ciertos rasgos como cruciales para el diagnóstico. Estos eran: una gran carencia de contacto afectivo hacia otras personas; una intensa insistencia en la similitud de elaboradas rutinas repetitivas, mutismo o una considerable anomalía en el habla (Kanner, 1943).



Kanner (1896- 1981) fue quien comenzó a hablar desde una clasificación médica en 1943 en su artículo llamado “Alteraciones autistas del contacto afectivo”, publicó también algunos elementos implicados en el comportamiento social, siendo que este autor aportó a la ciencia de manera implícita la importancia de la función social en la vida social, destacando que somos seres que nos vamos constituyendo en relación con otros.

Años más tarde, Wing y Gould (1979) en un estudio centraron el concepto de “trastorno de espectro”. Notaron que todos los niños que presentaban alguna deficiencia social severa también presentaban los síntomas principales de autismo.

La idea de presentar al autismo como un “continuo” más que como una categoría, que defina un modo de “ser”, nos ayuda a comprender que, a pesar de las importantes diferencias que existen entre las personas, todas ellas presentan alteraciones, en mayor o menor grado, en una serie de aspectos o dimensiones, cuya influencia siempre se produce en los casos de trastornos profundos del desarrollo.

En esta reseña histórica del autismo, no podemos dejar de considerar el valioso aporte realizado por Asperger en 1944, año en el que, a raíz de describir una serie de casos clínicos, publicó su primer artículo sobre el síndrome de Asperger.

En las primeras descripciones de los TEA se formularon hipótesis vinculadas a causas ambientales en el desarrollo del trastorno. Es decir, estas ideas implicaron una carga de culpabilidad para las familias de estas personas, ya que sus problemas se debían al aspecto educativo. Uno de los representantes de estas hipótesis fue Bettelheim (1967), quien sostenía que los niños con autismo vivían en una “burbuja de cristal” como consecuencia de una relación carente de afecto con sus padres (Chuan, 2014).

A partir de los años 60 empieza a cambiar esta visión gracias a corrientes que localizan la causa en el mismo nacimiento o en los primeros momentos de la vida, quitando carga a la causa ambiental y dándosela a la causa biológica. En estos años se comprueba que separar a los



padres de los niños no produce ninguna recuperación ni mejoría en los niños con autismo. Estos factores propician el inicio de estudios que buscan una causa biológica del trastorno (Rutter, Greenfield, & Lockyer, 1967). Estos autores refieren que tiene gran protagonismo este cambio de rumbo en las teorías sobre el autismo, que favorecen la eliminación de la culpabilidad de las familias y suponen el comienzo de la búsqueda activa de las bases genéticas de este trastorno por parte de la comunidad científica (Folstein & Rutter, 1977; Rutter & Schopler, 1978, citado por Chuan M., 2014).

Es de gran importancia destacar las asociaciones de padres y profesionales de este ámbito. Ya que gracias a las asociaciones de esta naturaleza se promovió y se sigue trabajando para potenciar la investigación y las políticas públicas a favor de este colectivo. La primera asociación que se dedica a promover el conocimiento de este trastorno es la inglesa National Autistic Society, que se creó en 1962 (Wing, 1998).

La historia del trastorno autista también queda visible en la manera en que se ha ido desplegado a lo largo de los años, por los manuales diagnósticos internacionales de la Organización Mundial de la Salud (CIE) y de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM). Recién en su última edición, en 1992, la Organización Mundial de la Salud introduce los Trastornos del Espectro Autista descartando el término de psicosis respecto al tema (CIE-10; World Health Organization, 1992). La Asociación Americana de Psiquiatría lo hace en 1980, en la tercera edición, llamándolo autismo infantil (DSM-III; APA, 1980). Después lo vuelve a hacer dándole más énfasis a los déficits en la comunicación, en la tercera versión revisada, de 1987 (DSM-III-TR; APA, 1987). Más tarde, en la cuarta edición de 1994 introducen el síndrome de Asperger como trastorno, dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (DSM-IV; APA, 1994). En el 2000 publican la cuarta versión revisada (DSM-IV-TR; APA, 2000) y, por último, a partir del 2013, se empieza a hablar de Trastornos del Espectro Autista (DSM-5; APA, 2013).



2.2.2. Definiciones del Trastorno Espectro Autista (TEA). Características Clínicas Principales.

Kanner, (citado en Rivière, 1997), menciona que el autismo surge con la presencia de tres trastornos relacionados entre sí. Son los trastornos cualitativos de la relación, alteraciones de la comunicación y lenguaje; asimismo, la falta de flexibilidad y el aspecto comportamental alterado, es decir patrones restringidos, estereotipados y repetitivos de intereses y comportamientos.

Asimismo, el Departamento de Salud y Servicio Humano de la Universidad de Metropolitana de Puerto Rico afirma, en sus investigaciones, que el autismo se desarrolla durante los tres primeros años de vida, y resulta de un trastorno neurológico que afecta el funcionamiento del cerebro, impactando en las áreas relacionadas con la interacción social y las habilidades comunicativas (Meléndez 2009).

Wing (1979) utilizó el término Trastorno de Espectro Autista, planteando lo que se conoce como “triada de Wing”: trastorno de la reciprocidad social, trastorno de la comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa; a estos síntomas añadió posteriormente los patrones repetitivos de actividad e intereses. De este modo, el concepto de TEA es utilizado para la noción dimensional de un 'continuo' no una categoría, que afecta un conjunto de capacidades (Wing, 1996).

En su libro *El autismo en niños y adultos*, Wing (1998) plantea que el diagnóstico de la conducta de un trastorno del espectro autista surge, antes o después, en los años preescolares. Las características principales que se manifiestan en la conducta de las personas con TEA son:

1. Deficiencia en la interacción social

Presentan problemas en el desarrollo de relaciones interpersonales, ausencia de la tendencia espontánea a mostrar y falta de reciprocidad social en las emociones. Se observan importantes



dificultades para empatizar y para el desarrollo y mantenimiento de relaciones con los demás. Los casos más graves presentan aislamiento social significativo y la ausencia aparente de interés por los demás. Otros pueden ser más pasivos socialmente, tener poco interés hacia los demás, dificultades para compartir afecto, experiencias e intereses. Los hay también que pueden ser muy activos socialmente, pero interactuar de forma inapropiada, extraña o unilateral (sin tener en cuenta las reacciones de los demás) o mostrar dificultad en adaptarse a las distintas situaciones sociales.

La falta de comprensión de los pensamientos y sentimientos de los demás es evidente en los diferentes subgrupos incluso aunque exista el deseo de ser amable y de ayudar (Wing, 1996).

1. Deficiencia en la comunicación.

Las personas con TEA manifiestan una dificultad en la función social del lenguaje, es decir, en la utilización del lenguaje para compartir ideas o experiencias, en el intercambio comunicativo recíproco y en la expresión de las emociones propias y la comprensión de las de los demás.

Respecto a la comunicación no verbal, la variabilidad en las alteraciones va desde la dificultad para coordinar el lenguaje con conductas no verbales, pasando por la dificultad para usar el contacto ocular, o conductas como la de señalar, hasta una ausencia total de gestos y expresiones faciales en los casos más graves.

En cuanto a la comunicación verbal, los déficits abarcan desde la ausencia total del lenguaje (denominado mutismo funcional) a la utilización de este, pero de una manera no recíproca (por ejemplo, pueden centrarse en hablar repetidamente sobre sus intereses preferidos). Los que disponen de lenguaje oral suelen exhibir conductas verbales peculiares como la ecolalia, la inversión pronominal o la invención de palabras.

2. Deficiencia en la imaginación



Los niños con trastornos autistas no desarrollan los juegos imitativos sociales y las actividades imaginativas del mismo modo que los demás niños.

Algunos niños representan una secuencia de acontecimientos que ellos han inventado, siguiendo a la misma una y otra vez sin ningún cambio. La mayoría no involucran a otros niños, pero si lo hacen, normalmente quieren que los otros participen en la misma actividad repetitiva. No entran en los juegos imaginativos de otros niños.

Poseen una comprensión limitada o nula de las emociones de los demás, por lo que les resulta agotador compartir las alegrías o las penas. Son deficientes en la capacidad de compartir ideas con los otros. Encuentran el placer en sus propios intereses particulares (Wing, 1998).

3. Actividades estereotipadas y repetitivas

La persona con trastorno espectro autista no puede disfrutar de las actividades que implican un pensamiento creativo y flexible, ni disfrutar del intercambio de ideas con otras personas, ni comprende a los demás, teniendo dificultad para poder integrar las experiencias pasadas y presentes para planificar el futuro. Ante esta situación tienden a realizar secuencias de forma repetitivas, que de alguna manera le proporcionan placer (Kanner, 1993) y también pueden observarse conductas motoras y verbales repetitivas y restringidas (como aletear con las manos o balancearse). Pueden manifestarse intereses desmesurados, restrictivos y obsesivos. Presentan una excesiva adherencia a rutinas y rituales, una preocupación desmedida por mantenerlas, así como una gran resistencia e incomodidad ante los cambios. También es frecuente la hipo o hipersensibilidad ante la estimulación sensorial o una fascinación inusual por determinados estímulos como las luces y sonidos (Wing, 1998).

Wing, en su libro “El autismo en niños y adultos” (1996), realiza una clasificación respecto a las actividades repetitivas que llevan a cabo las personas con TEA:

1. Actividades repetitivas simples: se dan principalmente en niños pequeños y se relacionan con sensaciones repetitivas como tocar, oler, sentir, golpear ligeramente o



arañar diversas superficies. La mayoría de las veces, una conducta de este tipo es una respuesta a un estado de malestar, rabia o frustración.

2. Rutinas repetitivas elaboradas: hay muchas variaciones en el modo en que se muestra el esquema. Algunos tienen rutinas que ellos mismos inventan, como por ejemplo dar golpecitos en la silla antes de sentarse. Este tipo de secuencia elaborada en niños como en adultos, puede tomar la forma de una ordenación rígida de sus cosas que nadie puede alterar. En otros casos las rutinas se derivan de una actividad iniciada normalmente por los padres.

Este tipo de conducta repetitiva compleja es frecuente que permanezca durante la vida adulta.

Se puede decir que, en el ámbito de las investigaciones psicopedagógicas, la teoría de la mente ha contribuido a hipotetizar aspectos del desarrollo cognitivo y social de las personas con autismo que impide desenvolverse adaptativamente en algunos contextos sociales (Salgado Gómez y Otros, 2014).

2.2.3.1. Diagnóstico Clínico desde la psiquiatría:

Actualmente para llevar a cabo un diagnóstico clínico se utiliza el DSM “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” contiene, una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar distintos trastornos mentales.

La edición vigente es la quinta, DSM-V (2014), pero, en la actualidad argentina, para dar un diagnóstico los psiquiatras a una persona con trastorno del espectro autista se basan aún en el DSM- IV.

Se destaca como limitación que en el DSM V el Trastorno del Espectro Autista incluye no sólo el Autismo, sino también el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del



Desarrollo no especificado. Frente a ello profesionales de la salud y asociaciones de padres se encuentran en desacuerdo con el posicionamiento que ha adoptado la Asociación Americana de Psiquiatría ya que reúne en un mismo diagnóstico trastornos con diferencias entre sí.

En relación a esta postura, Comín (2011) refiere que sería dañino que personas con sintomatología diferente se encuadren desde un mismo diagnóstico.

2.2.3.2. DSM IV y DSM V

El DSM-IV, publicado en 1994, definía el autismo y sus trastornos asociados como “trastornos generalizados del desarrollo” (TGD). En el DSM-5, esta definición ha sido sustituida por el término “trastornos del espectro autista” (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “trastornos del neurodesarrollo”.

2.2.3.3. Los subtipos del autismo

En el DSM-IV, la categoría de los trastornos generalizados del desarrollo comporta cinco subtipos de autismo: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD no especificado) y el síndrome de Rett.

El DSM-V ha sustituido cuatro de estos subtipos (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) por la categoría general “trastornos del espectro autista” (TEA). El síndrome de Rett ya no forma parte de este sistema de clasificación. En lugar de hacer distinción entre estos subtipos, la definición diagnóstica del DSM-5 especifica tres niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario.



2.2.3.5. Aparición del autismo

Otro cambio es la sustitución del criterio diagnóstico del DSM-IV que indica que los síntomas del autismo debían aparecer antes de los 36 meses de edad por la siguiente definición, más “abierta”: “Los síntomas deben estar presentes desde la infancia temprana, aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que la limitación de las capacidades impide la respuesta a las exigencias sociales”.

2.2.3.6. Teoría de la mente

A continuación, se desarrollará una conceptualización breve respecto a la teoría de la mente ya que como se ha expresado anteriormente se ha relacionado con la empatía cognitiva.

Valdez (2001) en su artículo, refiere al Mecanismo de Teoría de la Mente (ToMM), -cuyo nombre proviene de los trabajos de Alan Leslie (1987, 1994) “es un sistema para inferir el rango completo de estados mentales a partir de la conducta, es decir, para emplear una teoría de la mente” (Baron Cohen, 1995, p.51). Tal teoría de la mente incluye mucho más que la lectura de la conducta en términos de deseos e intenciones, la lectura ocular en términos de estados mentales perceptivos o el hecho de compartir estados mentales acerca de un objeto. ToMM es la vía para representar el conjunto de estados mentales epistémicos (tales como simular, pensar, creer, conocer, soñar, imaginar, engañar, adivinar) y relacionar todos los estados mentales -perceptivos, volitivos y epistémicos- con las acciones, para construir una teoría consistente y útil.

Esta herramienta que nos capacita para predecir relaciones entre los estados externos de las cosas y los estados mentales internos, llamaremos esa capacidad, “mentalización”.

En personas con un trastorno del espectro autista no están automáticamente programadas para reflexionar con esta capacidad de “mentalización”. Muchas personas con Autismo y Síndrome de Asperger pueden presentar déficits en los aspectos relativos a la



Teoría de la Mente y estas carencias pueden significar complicaciones en las relaciones sociales y en el desarrollo de estas.

2.2.8. Autismo, una manera diferente de ser.

Cadaveira y Waisburg (2014) sostienen que tener autismo no significa que una persona no pueda sentir, sino que, justamente, lo hace de otro modo. Es decir, otra manera experimentar los estímulos, diversas sensaciones y emociones, otra manera de vivir. Entonces el desafío pasa a ser doble, por un lado, las personas con condiciones del espectro autista deben adaptarse a un mundo que no revisa sus principios de tolerancia a la diversidad y, por otro lado, nosotros debemos empezar a replantearnos nuestra concepción acerca de la diferencia. Más que intentar homogeneizar, hay que aceptar.

El Trastorno del Espectro Autista no es una enfermedad, no es algo que una persona en sí tenga que padecer. Los individuos con alguna condición del espectro autista no padecen “su” autismo, sino la falta de aceptación de una sociedad que carece de información al respecto (Acosta, 2014).

1. Empatía y TEA

-Ruggieri (2013) refiere en su investigación respecto al tema que:

Desde sus primeras descripciones, Kanner y Asperger jerarquizaban las dificultades en la socialización como uno de los ejes centrales en las personas con trastorno del espectro autista (TEA), asociadas a retraso en el desarrollo o afectación del lenguaje e intereses restringidos. Esta deficiencia en la cognición social se ha relacionado con un déficit en la empatía. La teoría del déficit en la empatía e hipersistematización permite una explicación comprensible y coherente para entender, en parte, la génesis de estos trastornos. La empatía es un componente esencial para la experiencia emocional y la interacción social, y denota una respuesta afectiva



a estados mentales directamente percibidos, imaginados o de sentimientos inferidos por otra persona. Nos permite entender, sentir y responder adecuadamente a estímulos sociales, generando una adecuada socialización. La empatía se ha considerado sinónimo del contagio emocional, mimetización, simpatía, compasión e interés empático. Si bien todos ellos son conceptos relacionados y necesarios para el desarrollo de una cognición social adecuada, no son lo mismo, aunque todos son imprescindibles para el desarrollo de la empatía o sus consecuencias. La empatía permite ‘sentir con’, mientras que la simpatía, la compasión y el interés empático se relacionan con el ‘sentir por’ o sentir lo adecuado. Estudios realizados en personas con TEA han demostrado bajo cociente de empatía.” (p. 13)

2.4. Familia y relación fraterna en el autismo.

2.4.1. La familia cuando un niño tiene Trastorno Espectro Autista.

Sarto (2001) plantea en su libro “Familia y Discapacidad” que el nacimiento de un niño con necesidades especiales genera, como es natural, una crisis en la familia que conlleva a una reorganización estructural y funcional de dicho sistema. La comunicación del diagnóstico de la discapacidad supone un impacto para toda la familia y la reacción a la noticia produce sentimientos diferentes, aceptación, rechazo y culpabilidad se mezclan con frecuencia.

El tiempo de aceptación depende en gran parte de las cualidades personales y emocionales de los progenitores como de la dinámica familiar, así como también de la ayuda externa que reciban y del nivel sociocultural y económico.

Ante las necesidades especiales que un niño con TEA requiere, son varios los aspectos que se ven involucrados en la familia. Uno de ellos tiene que ver con el tiempo del que dispone la familia, en el tienen que estructurar el ambiente familiar cumpliendo ciertas rutinas para brindarle al niño seguridad y esforzarse diariamente en su hogar para estimular su desarrollo global.



Paralelamente, los recursos económicos de la familia pueden verse comprometidos. Por un lado, tienen que hacer frente al coste derivado de las nuevas necesidades del niño, y por otro, el menor tiempo disponible que comentábamos en el párrafo anterior puede obligar a uno de los padres a reducir su jornada laboral o a abandonar su puesto de trabajo (Feliz, 2013).

Dentro de la dinámica familiar, una de las grandes preocupaciones de los padres no está dirigida solamente hacia el niño con TEA, sino también a los hermanos y la relación que se establece entre ellos, donde se pueden generar sentimientos contradictorios como consecuencia de la mayor dedicación que demanda el niño con dificultades.

Por todo esto, la convivencia diaria con niños con TEA presenta desafíos importantes para todos los miembros de la familia, tanto para los padres como para los hermanos.

2.4.3. Fratría.

El nacimiento de un hermano va a involucrar a todos los miembros de la familia ya que su presencia generará un cambio en el equilibrio establecido en la estructura familiar.

Siguiendo a Nuñez (2007), el vínculo fraterno es una denominación que se utiliza para aludir a las modalidades y vicisitudes propias de la relación que se genera entre los hermanos. Mientras que con el nacimiento del primer hijo se establece el vínculo paterno-filial con su conflicto intergeneracional, cuando nace el segundo hijo surge el vínculo fraterno, con su conflictiva intrageneracional. Este vínculo es uno de los lazos más ricos y duraderos que puede tener una persona, extendiéndose desde la infancia y se puede prolongar a lo largo de toda la vida. El conocimiento de la intimidad del otro-hermano se constituye en un legado, y también en un punto de referencia para la identidad propia de cada uno de los involucrados en este vínculo.

Dentro del sistema familiar, la relación fraterna suele tener un importante significado en el desarrollo del individuo en tanto implica el aceptar a otro dentro del mismo territorio. Esto



lleva a desarrollar la capacidad de compartir y ser solidario, y por otro lado, crea un espacio en donde se va formando día a día el carácter. Es decir que en toda relación fraterna se manifiestan emociones tanto de amor como de odio, envidia y celos (Pezo, 2009). Al llegar a la adolescencia, la relación fraterna tiende a volverse más íntima, significando un soporte emocional mutuo muy importante y la base para el desarrollo de habilidades sociales (Rice, 2000).

Respecto a este punto, Kancyper (2004, citado por Nuñez 2007), manifiesta que el vínculo de la hermandad permite encontrarnos con la diversidad entre hermanos, las características peculiares de la circulación de afecto entre pares. A través de la impronta dejada en cada sujeto por el complejo fraterno, este organizará sus relaciones intersubjetivas, por ejemplo, la relación con sus propios hijos, con su pareja o con los miembros de los grupos a los que pertenece.

2.4.4. Cuando un hermano tiene Trastorno Espectro Autista.

Todas las referencias que hemos hecho anteriormente con relación al vínculo fraterno son extensivas a este vínculo específico formado por una persona con discapacidad y su hermano.

Durante las diferentes etapas de la vida, los hermanos suelen presentar sentimientos positivos y negativos hacia su hermano/a con autismo. McHale, Sloan y Simeonsson (1986) señalan que los hermanos y hermanas de niños con discapacidad daban respuestas diversas frente a las preguntas sobre la relación con su hermano/a. Algunos hermanos decían cosas muy positivas con respecto a sus experiencias con un hermano o hermana con autismo, y otras negativas. A menudo, los niños y niñas del grupo negativo decían que les preocupaba el futuro del hermano o hermana con discapacidad y creían que sus padres se ocupaban más de él. En cambio, los que consideraban que sus padres y los compañeros respondían positivamente ante



la discapacidad y que la comprendía bastante bien solían tener una relación más positiva con su hermano o hermana.

Otras características del contexto que influyen en la experiencia del hermano sin discapacidad son el número de hermanos que se tenga además del hermano con TEA, así como el nivel socioeconómico y, una de las principales variables de estudio, la etapa de desarrollo por la que se esté atravesando (Lizasoáin y Onieva, citados en Harris 2009).

Por otro lado, las exigencias a las que deben hacer frente los padres que tienen algún hijo con discapacidad podrían conducir al resto de los hermanos a desenvolverse más autónomamente. Algunos autores han señalado, a partir de sus investigaciones empíricas, que los hermanos de niños con TEA interiorizan mejores valores humanos como la paciencia, la escucha, la tolerancia y muestran un desarrollo empático mayor, y de manera más temprana que los hermanos de niños sin ninguna discapacidad (Rumeu, 2009).

Wing (1985), desarrolla en relación a los hermanos y advierte que pueden verse afectados perjudicialmente, mientras otros no, inclusive puede que a largo plazo encuentren un beneficio en aquella experiencia. Además, se puede decir que una familia unida con padres que reciben de buena forma y comprenden el diagnóstico conlleva a una mejor oportunidad para demostrar el amor a sus hijos.

Asimismo, un niño en edad escolar con un hermano menor con autismo no sufre tanto por la falta de atención, pero si puede involucrar otras problemáticas. En el caso de la adolescencia, los hermanos pueden temer o encontrarse en incertidumbre por tener un hijo con autismo o con alguna discapacidad. Según Núñez (2012) la problemática del futuro, en especial adolescentes y adultos provoca diversas reacciones emocionales.

Algunos hermanos les resultan gratificante enseñar a un niño con autismo y en momentos hacerlos participar de sus actividades. Es común encontrar que quienes tengan un hermano con discapacidad muestren una madurez mayor respecto a su edad.



En una encuesta sociológica citada por Brauner, A. y Brauner F. (1995) resuelve que mayor a un 50 % de hermanos de personas con autismo presentan dificultades de orden educativo, referido a lo escolar, sin que se trate de niños no inteligentes.

Se comparte lo desarrollado por Acosta (2015) que los hermanos de personas con Trastornos del Espectro Autista van creciendo al lado de su hermano, desarrollándose en cada etapa, cada duelo y cada alegría junto a toda la familia; y son testigos casi omniscientes de lo que pasa a su alrededor. Cada hermano es único, y cada modo particular de afrontar esta situación se verá influida por diversos factores, como la edad, la cantidad de hermanos y personas que conviven en la casa, el orden de nacimiento, la capacidad de resiliencia individual y/o familiar, el tipo de diversidad y el estilo previo de afrontamiento de las crisis de cada familia, entre varios otros.

2.4.5. El fenotipo ampliado del autismo

Se ha planteado que los hermanos de niños con autismo podrían compartir cierta carga genética ligada al trastorno que se expresa como una variante más leve del mismo. Esto se conoce como el “Fenotipo amplio del autismo” (Peral Feliz, 2013). Una de las investigaciones sobre este punto fue realizada por Constantino (2006, citado en Orsmond y Seltzer, 2007), en la cual se detectó sutiles alteraciones sociales en los hermanos varones de entre 4 a 18 años de niños con autismo. Además, los hermanos de niños con TEA de familias en las que había más de un caso de autismo mostraban un grado de deterioro social más amplio que los hermanos con sólo un hermano con TEA.

Según Folstein y Rutter (citado en Harris, 2001), los niños que tienen un hermano con TEA tienen riesgo de presentar problemas de lectura, lenguaje e inteligencia general.



McHale, Sloan y Simeonsson (1986) señalan que los hermanos y hermanas de niños con problemas de discapacidad daban respuestas diversas. Unos decían cosas muy positivas con respecto a experiencias con un hermano o hermana con autismo, y otras negativas.

Así también, Knox, Parmenter y Atkinson (citado por Redín e Ibarrola García 2010), los hermanos indican que la convivencia con un hermano con discapacidad les ha aportado: mayor empatía, sentido de justicia social y defensa de quienes lo necesitan. También citan a Cuskelly (2003) y Gunn (2006), que hablan de desarrollo de la empatía en la medida en la que se participa más en el cuidado del hermano. Este trastorno, tiene consecuencias en la familia de la persona con TEA ya sea según el grado de aceptación, de resiliencia frente a los problemas que se presentan, entre otras. Muchas veces la familia se siente diferente, por lo cual se le dificulta compartir actividades con los demás, es por ello que muchas familias suelen buscar relacionarse con otras con las mismas características para compartir experiencias, realizar consultas entre padres y sentirse comprendidos en su mayoría a través de redes sociales.

Según Salgado Gómez y Espinosa Trán (2014) se presentarían algunas características entre hermanos de estas personas, entre ellas pueden ser que funcionen como fuente de apoyo, en especial en edad adulta. Debido a las nuevas constelaciones familiares sirven también de sostén emocional. Los padres están sujetos a tensiones y se encuentran menos disponibles para los hijos, por lo que en períodos de ausencia emocional de los padres afecta la relación de los hermanos. Es por ello que el papel de los padres con cada hijo en la relación que se establezca entre hermanos es de gran importancia tanto la enseñanza que reciben respecto de lo que le sucede al hermano con TEA, como de las expectativas que se tengan.

Según Spencer y otros (2011), los hermanos de personas con autismo presentarían una capacidad empática disminuida, debido a que muestran un patrón similar a sus hermanos en su actividad cerebral en zonas asociadas a la empatía.



También Hastings (2003, en su investigación citada por Ruiz Aparicio y Tárrega Mínguez 2015), refiere que hermanos de niños con TEA muestran una buena capacidad de empatía.

1. Aportes a la Psicopedagogía

La psicopedagogía, conociendo en profundidad el problema, podría colaborar en el autoconocimiento familiar en su forma de comunicación y los obstáculos que afronta, para favorecer asumir y significar los mismos con aceptación y no con rechazo.

La empatía en hermanos de niños con TEA no sólo contribuye a negociar, resolver conflictos para la cooperación y el trabajo en equipo; sino también a comprender lo que la otra persona quiere expresar atendiendo a contenidos verbales y no verbales.

A su vez, la enseñanza que reciben de los padres respecto al cuidado del hermano ha sido un punto importante para denotar rasgos de madurez mayores en relación a otras personas (Nuñez, 2012).

En relación con el trabajo psicopedagógico que se aborda desde disciplina, muchas veces queda en el olvido la importancia e influencia que tiene el hermano una vez que logra comprender en gran medida sus comportamientos, incluso los problemáticos y desconcertantes del niño con TEA. Esta manera de ver las cosas lleva a los padres y hermanos a enfocar mejor y de una manera más respetuosa el tratamiento y a obtener un mejor resultado en el futuro. Tener una familia o un educador que comprenda qué le sucede a un niño o un adulto con TEA es de gran importancia para el abordaje terapéutico porque al comprender se establece una empatía con él y ella lleva a desarrollar una relación especial, en ausencia de la cual cualquier programa de intervención está destinado a fracasar (Martínez y Bilbao, 2008).

Culminando este marco teórico, se destaca luego de todo lo antes expuesto que la empatía desde este punto de vista también construye y contribuye a una mirada integral de la persona, el respeto de esta y en relación de las diferencias. Por lo que se destaca la relevancia



que tiene el desarrollo de cada uno de los hermanos, como cada uno aporta su particularidad a la familia; cómo cada hermano aprende, se relaciona, y muchas veces favorece el desarrollo del aprendizaje de sus hermanos con TEA, y muchas veces se los acompaña con talleres proporcionado por psicopedagogos favoreciendo el desarrollo de diversas habilidades.



Capítulo III

La presencia directa significa asumir cara a cara el rol del otro, y así se gana un sentido de comprensión del otro en el trabajo de campo. Y para ello se parte de la empatía. (Guber, 2009)

La efectividad de una traducción depende de que lo traducido sea reconocido por sus autores originales. (Guber, 2008 p.49)



3. Marco metodológico

3.1. Tipo de estudio

El trabajo de investigación se propuso según el tipo de diseño descriptivo- comparativo, teniendo en cuenta que este nivel propone sistematizar información de manera que dé cuenta de un estado de situación, cuyo caso es cómo se manifiesta la empatía en hermanos de personas con autismo.

Se propone realizar una investigación según el alcance temporal de corte transversal, estudiando las variables en un tiempo y espacio determinados: el período de diciembre 2017- marzo 2018, en la ciudad de Paraná.

De acuerdo a las fuentes de datos, realiza según el tipo de fuente de campo.

3.2. Descripción de la muestra: Sujetos y tipo de muestreo

La muestra fue conformada por un total de 40 personas entre 13 y 20 años, de los cuales 20 son hermanos de niños que tienen diagnóstico de TEA y 20 hermanos de niños que no tienen diagnóstico alguno de discapacidad. Fue intencional y el criterio de inclusión establecido respondió a los objetivos del trabajo y a la metodología descriptiva y correlacional.

La edad fue 13 a 20 años, la amplitud de la franja de edad se considera en concordancia con la fratría relevada y responde a las exigencias del instrumento utilizado para recolectar la información en ambos sexos, nivel de educación cursando el secundario o en los primeros años de universidad, en relación al nivel socioeconómico podríamos constatar que el criterio de inclusión fue que la familia cuente con casa propia.

Dada la característica de la población, los hermanos nacieron antes del niño con TEA.

La táctica para conformarla es tipo bola de nieve, muestreo no probabilístico en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos. Se usa con frecuencia para acceder a poblaciones de baja incidencia y a individuos de difícil acceso por parte del investigador. En estudios en los que se quiere estudiar un



colectivo muy específico, como el caso de hermanos, tanto hombres y mujeres, de personas con trastorno del espectro autista en edades entre 13 y 20 años.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se indagó en profundidad respecto a los instrumentos a utilizar y se optó como técnica de recolección de datos, administrar la prueba Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI) que evalúa las dimensiones de la empatía y es la más utilizada en Argentina.

El nombre original del instrumento es Interpersonal Reactivity Index (IRI), fue realizado en 1980 por Davis.

Su adaptación española fue realizada por Mestre, Frías y Samper en 2004. Es un instrumento que permite medir las diferencias individuales en las tendencias empáticas desde un punto de vista multidimensional. Consta de 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones separadas. Dos abordan aspectos cognitivos como Toma de Perspectiva y Fantasía, dos dimensiones desde un punto de vista afectivo como es la Preocupación Empática y Malestar Personal. Cada una de ellas posee siete ítems.

Según Rodríguez (2014) las dimensiones de la empatía se las podría definir de la siguiente manera:

1. Toma de perspectiva: mide la capacidad del sujeto de ponerse en el lugar del otro, en la perspectiva del otro.
2. Fantasía: evalúa la tendencia del sujeto a identificarse o ponerse en el lugar de personajes de ficción tanto en literatura como en cine, así como la capacidad imaginativa.
3. Preocupación empática: evalúa la tendencia de los sujetos a experimentar sentimientos de preocupación y de compasión hacia los otros.



4. Malestar personal: evalúa sentimientos de malestar y ansiedad al observar experiencias negativas de los demás. (p. 79)

Presenta un formato de tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1= no me describe bien; 5= me describe muy bien) puntuables de 0 a 4.

La versión española del IRI posee características psicométricas similares a la versión original con unos coeficientes alfa que varían de 0,69 a 0,80.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Para la aplicación de la técnica se tendrán en cuenta consideraciones éticas para establecer la relación entre los participantes y garantizar el resguardo. Es por ello que los datos que se utilizan y se expondrán en la investigación, solo serán edad, resguardándose la identidad.

Además, para asegurar los derechos de los adolescentes, se solicitó la autorización escrita y el consentimiento firmado por el tutor responsable de cada participante. También se explicó a los participantes los objetivos de la investigación y las instrucciones de las pruebas a administrar. Se explicitó el anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos y se animó a su participación responsable, dada la importancia del tema y como su palabra favorecerá el conocimiento de este.

Se acordaron días y horarios para concurrir a los hogares para administrar los cuestionarios.

3.5. Plan de tratamiento y análisis de datos

Para analizar los datos obtenidos a través de los instrumentos, se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 23 en Español. Se realizaron estadísticos descriptivos estableciendo una media. Por último, se utilizó la técnica de análisis t student de comparación de muestras independientes entre el grupo de sujetos con hermanos con TEA y sujetos con hermanos sin TEA.



Capítulo IV



4.Resultados

4.1. Descripción de la Empatía.

La empatía de los hermanos de personas con y sin Trastorno del Espectro Autista presentan según la Tabla N.º 1 una media (ME=89,50 DS=12,13 puntos). Discriminando la muestra por grupos de los que tienen y no tienen hermanos con TEA surge que los hermanos de personas con TEA se ubican con un promedio levemente mayor que el promedio general media (ME=92,00 DS=13,22 puntos) y el otro grupo de hermanos de personas sin TEA de comparación se ubica por debajo del mencionado estadístico media (ME=87,00 DS=10,69 puntos).

Tabla N.º 1

Estadísticos descriptivos por grupo del puntaje general de la empatía en los hermanos de personas con y sin TEA.

Grupo	N	Mínimo	Máximo	ME	DS
Hermanos de personas	20	66	124	92,00	13,22
<i>Empatía</i> con TEA					
(<i>puntaje</i> Hermanos de personas	20	61	102	87,00	10,69
<i>general)</i> sin TEA					
Todos los sujetos	40	61	124	89,50	12,13

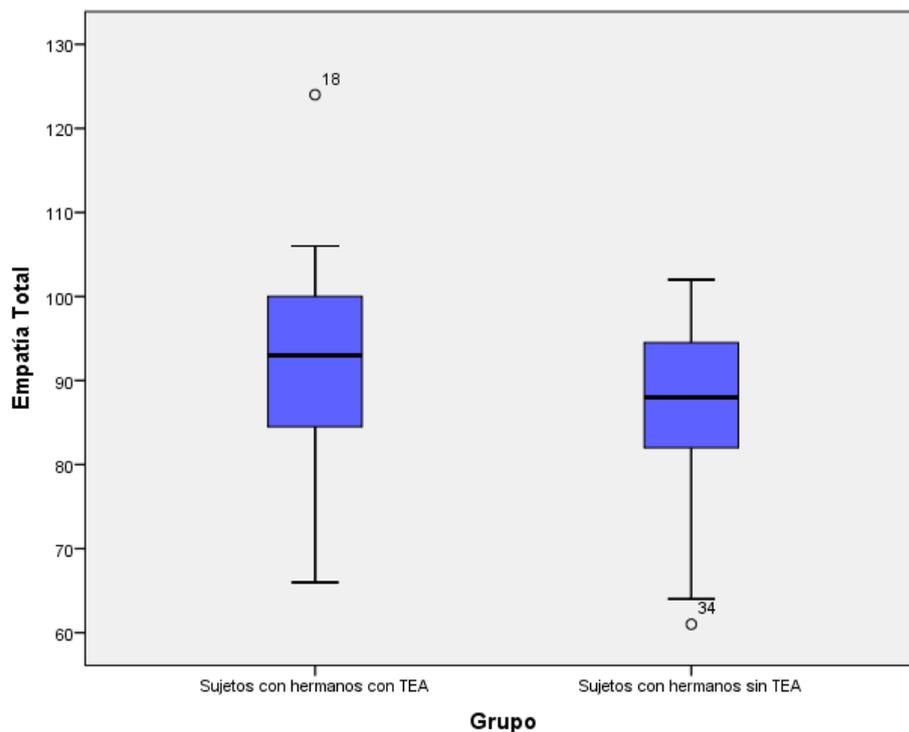
Esta diferencia por grupos se representa gráficamente a través del diagrama de cajas del Gráfico N.º 1, donde además puede apreciarse un puntaje atípico alto entre los hermanos de



personas con TEA (caso 18, marcado con un círculo pequeño) y otro puntaje atípico bajo (caso 34, ídem) en el grupo de hermanos de personas sin TEA.

Gráfico N° 1

Diagrama de caja representando por grupo del puntaje general del Cuestionario de Empatía (IRI)



Desglosando el constructo de empatía en las subescalas propuestas por el autor del IRI (Davis, 1983), se presentan en la Tabla N° 2 y Gráfico N° 2 los resultados comparando los grupos de hermanos de la muestra en relación a las dimensiones empáticas Toma de Perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación Empática (EC), Malestar Personal (PD).

Tabla N° 2



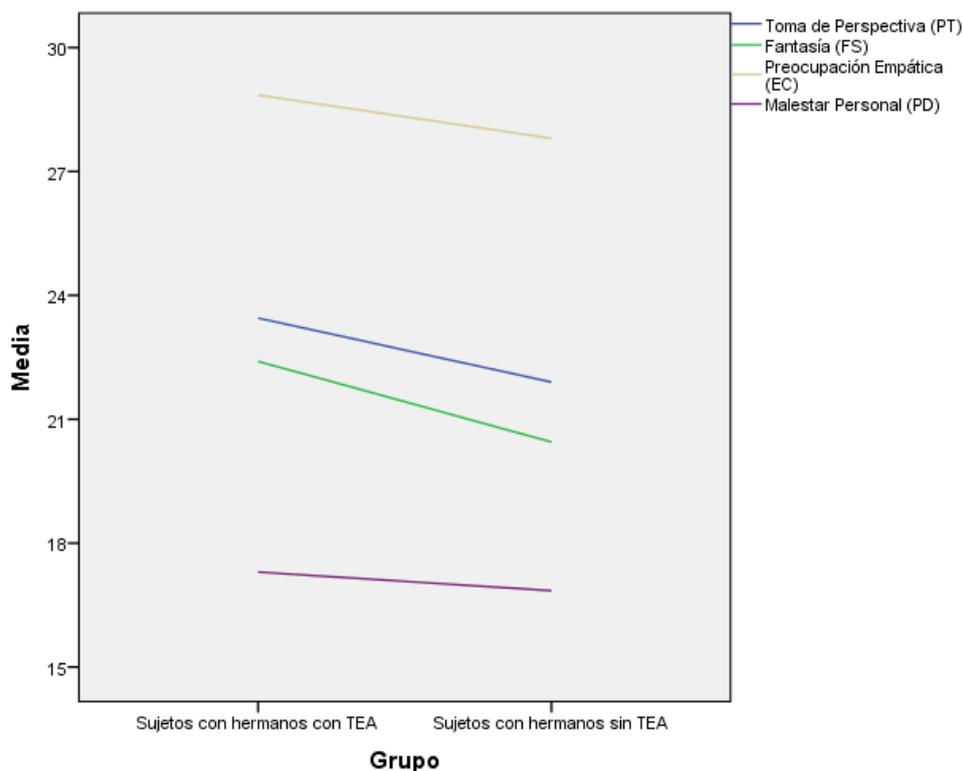
Estadísticos descriptivos por grupo del puntaje en subescalas del Cuestionario de Empatía (IRI)

Subdimensiones	Grupo	N	ME	DS
Toma de Perspectiva (PT)	Hermanos de personas con TEA	20	23,45	4,31
	Hermanos de personas sin TEA	20	21,90	4,00
	Total	40	22,68	4,15
	<hr/>			
Fantasía (FS)	Hermanos de personas con TEA	20	22,40	5,07
	Hermanos de personas sin TEA	20	20,45	3,82
	Total	40	21,43	4,45
	<hr/>			
Preocupación Empática (EC)	Hermanos de personas con TEA	20	28,85	4,32
	Hermanos de personas sin TEA	20	27,80	4,20
	Total	40	28,33	4,26
	<hr/>			
Malestar Personal (PD)	Hermanos de personas con TEA	20	17,30	4,77
	Hermanos de personas sin TEA	20	16,85	4,68
	Total	40	17,08	4,73
	<hr/>			

Gráfico N° 2.



Dimensiones de la empatía según grupo.



Agrupando las primeras dos subescalas de Toma de Perspectiva (PT) y Fantasía (FS) que corresponden a la dimensión de Empatía Cognitiva; y las subescalas de Preocupación Empática (EC) y Malestar Personal (PD) que se corresponden con la dimensión Empatía Afectiva, se presentan en la tabla que continúa los estadísticos descriptivos comparando cada grupo de hermanos de la muestra.

Tabla N° 3

Estadísticos descriptivos por grupo de las categorías de la empatía de hermanos de personas con y sin TEA

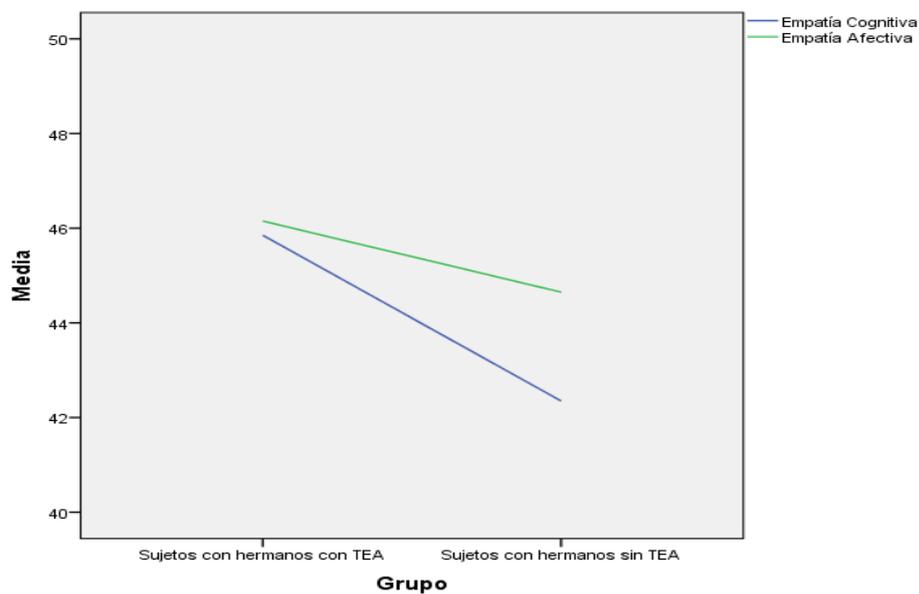
Categoría	Grupo	N	ME	DS
Empatía Cognitiva	Hermanos de personas			
	con TEA	20	45,85	7,71



	Hermanos de personas			
	sin TEA	20	42,35	6,00
	Total	40	44,10	6,85
Empatía Afectiva	Hermanos de personas			
	con TEA	20	46,15	6,93
	Hermanos de personas			
	sin TEA	20	44,65	6,75
	Total	40	45,40	6,84

Gráfico N° 3

Categorías empáticas del Cuestionario IRI, según grupo.



4.2. Pruebas de Significación estadística de las diferencias de empatía entre los grupos.



A continuación, se presentan los resultados de la prueba de *t* de Student de comparación de muestras independientes entre el grupo de hermanos de personas con TEA y hermanos de personas sin TEA.

Tabla N° 4

Indicadores de Empatía: prueba de significación estadística de las diferencias entre las medias de los puntajes obtenidos en el cuestionario IRI según grupo.

Indicador	Grupo	Media	Diferencia	Estadístico <i>t</i>	Significación n (bilateral) (*)
Empatía Total	Hermanos de personas con TEA	92,00	5	1,315	0,196
	Hermanos de personas sin TEA	87,00			
Toma de Perspectiva (PT)	Hermanos de personas con TEA	23,45	1,55	1,179	0,246
	Hermanos de personas sin TEA	21,90			
Fantasía (FS)	Hermanos de personas con TEA	22,40	1,95	1,374	0,178
	Hermanos de personas sin TEA	20,45			
Preocupación Empática (EC)	Hermanos de personas con TEA	28,85	1,05	0,779	0,441
	Hermanos de personas sin TEA				



Malestar Personal (PD)	Hermanos de personas sin TEA	27,80	0,45	0,301	0,765
	Sujetos con hermanos con TEA	17,30			
Empatía Cognitiva	Hermanos de personas con TEA	45,85	3,50	1,602	0,117
	Hermanos de personas sin TEA	42,35			
Empatía Afectiva	Hermanos de personas con TEA	46,15	1,50	0,683	0,492
	Hermanos de personas sin TEA	44,65			

Nota: (*) No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos, al valor probabilístico $p = 0,05$.

En consonancia con lo mensurado en la medición general de empatía de los hermanos, en las cuatro dimensiones, y en la agregación de componentes cognitivos y afectivos de la empatía, en todos los indicadores medidos con el cuestionario IRI se registraron puntajes levemente superiores para el grupo de sujetos con hermanos con TEA. Estas diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas analizada con un intervalo de confianza del 95% en las pruebas estadísticas.

Así, en la puntuación media general de la empatía, el grupo de sujetos con hermanos con TEA (N=20) adquiere una puntuación ME=92,00; DS=13,22, superando en 5 puntos al grupo de sujetos con hermanos sin TEA. El estadístico $t(39) = 1,315$ $p > 0,05$ marca que esta



diferencia no es significativa estadísticamente como para rechazar la hipótesis nula H_0 que postula que no hay diferencias significativas entre los grupos.



Capítulo V



5.1. Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo general conocer la empatía en hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista.

En respuesta a los objetivos específicos planteados, respecto a la descripción y particularidades de las variables observadas y como se comprueba en los resultados, se percibe una leve diferencia a favor del desarrollo de la empatía en los hermanos de personas con TEA, siendo la diferencia más alta en la empatía cognitiva, particularmente en Fantasía. De las dos dimensiones de empatía cognitiva la más elevada es la Toma de Perspectiva. La menor diferencia en relación con el grupo control, se haya en la empatía afectiva, específicamente en Malestar Personal. Ello indicaría que la capacidad del hermano de ponerse en la perspectiva del otro o en personajes de ficción para cada situación y en su capacidad imaginativa sería más elevada en los hermanos de personas con TEA, pero no diferiría en ambos grupos, la capacidad de experimentar sentimientos de malestar y ansiedad al observar experiencias negativas de los demás.

Al contrastar los resultados con la hipótesis planteada en base a la investigación de Spencer y otros (2015) la cual manifiesta que los hermanos de personas con TEA tienen una menor empatía se podría decir que no se arribaron a los mismos resultados, sino que, en la población estudiada, los resultados cuantitativos no arrojan una diferencia significativa entre ambos grupos, sin embargo como se refirió en el párrafo anterior, se encontró una leve diferencia a favor de los hermanos con TEA.

Estos resultados coinciden con otro estudio realizado a hermanos de personas con discapacidad, donde se manifiesta en ellos un desarrollo mayor de empatía. También, en otra muestra realizada por Hastings (2003, en su investigación citada por Ruiz Aparicio y Tárraga Mínguez 2015), refiere que hermanos de niños con TEA muestran una buena capacidad de empatía y ello estaría relacionado a la enseñanza recibida de los padres respecto al cuidado del



hermano. Además, Peral Feliz (2015) da cuenta en su investigación, que los hermanos han manifestado tener una mayor empatía con relación a su hermano, y esa capacidad para empatizar del hermano cobra un rol importante ya que permite descifrar las necesidades que manifiesta el niño con TEA debido a sus dificultades comunicacionales.

Además, se realiza una comparación con una investigación producida por Rodríguez (2014) realizada a adolescentes entrerrianos y se arriba a que, de los cuatro índices de empatía, el más elevado es la Preocupación Empática correspondiente a la Empatía Afectiva; lo mismo se deduce en la presente investigación.

Con relación a la Empatía Cognitiva el índice de Toma de Perspectiva fue el más elevado, lo mismo ocurrió con los datos recogidos por Rodríguez (2014).

Lo datos obtenidos en la presente investigación permiten pensar en la probabilidad de un nuevo factor que podría influir, tal es el caso de la enseñanza recibida de los padres respecto al cuidado del hermano. Y en este caso, brinda información respecto a las particularidades de los hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista; esto refiere a la capacidad de observar necesidades del hermano, ponerse en su lugar, adoptar la perspectiva del otro.

Los hermanos que integraron la muestra presentan en cada situación particular una sensibilidad hacia el otro, la cual es necesaria para desenvolverse en la sociedad, ya sea con la familia, compañeros, amigos. Esta capacidad de empatía según Acosta y González (1996) da lugar al análisis de las situaciones desde el propio punto de vista y manejar las relaciones emocionales con otros. Esta capacidad posibilita el poder interpretar adecuadamente las situaciones, interactuando sin dificultad; utilizando habilidades como persuadir, negociar, resolver conflictos para la cooperación y el trabajo en equipo.

A su vez Batson (2009) afirma que la empatía nos permite no sólo comunicar e interactuar con otros, sino, también, predecir acciones, intenciones y sentimientos de otros, generando así una verdadera conducta prosocial.



Rice (2000) agrega que en el caso de los hermanos son los que ayudan a la identidad personal, social, cultural, potencia el desarrollo del ser, propician aprendizajes significativos, más que nada a través del juego por lo que la comprensión de lo que el hermano quiere transmitir favorecería dichos aprendizajes. Al llegar a la adolescencia, la relación fraterna tiende a volverse más íntima, significando un soporte emocional mutuo muy importante y la base para el desarrollo de habilidades sociales.

Finalizando la presente discusión entre los resultados obtenidos y la teoría existente, la respuesta dada a la comprensión de las necesidades del otro, por los hermanos de niños con TEA, favorecería lo que Bilbao y Martínez (2008) formulan como beneficio terapéutico, los mismos dan cuenta que tener desarrollada la empatía lleva a los padres y hermanos y terapeutas a enfocar mejor y de una manera más respetuosa el tratamiento psicopedagógico involucrando la familia en él y a obtener un mejor resultado en el futuro.



5.2. Conclusión

En relación a los objetivos e hipótesis planteada se puede arribar a que los hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista no presentan diferencias significativas en la empatía en relación a hermanos de personas sin TEA.

Si bien las diferencias en los resultados cuantitativos arrojados no son estadísticamente significativos, se pueden comprobar que los puntajes obtenidos por los hermanos de personas con TEA, en forma general fue levemente más alto. Referido a lo específico, esta diferencia resultó ser mayor en la Empatía Cognitiva precisamente en Fantasía. La menor discrepancia entre ambos grupos se refiere a la Empatía Afectiva, exactamente en Malestar Personal.

Si se piensan los resultados referidos al párrafo anterior, se comprueba un hallazgo a favor del desarrollo de la empatía en hermanos de niños con TEA que interroga la hipótesis planteada y que debería ser profundizada en próximas investigaciones ampliando la muestra a la provincia de Entre Ríos.



5.3.Recomendaciones

Para futuras investigaciones se sugieren las siguientes recomendaciones:

1. Con respecto a la muestra, se considera que sería valioso extender la misma a un mayor número de casos, en distintos departamentos de la provincia, para evaluar el comportamiento de las variables estudiadas.
2. En relación a los instrumentos se podría enriquecer el conocimiento del tema estudiado, mediante la utilización de otras herramientas cualitativas como la observación y la entrevista que amplíen y/o profundicen los datos cuantitativos obtenidos.
3. Se considera importante realizar un estudio que compare la empatía entre hermanos que hayan nacido antes o después de la persona con TEA, diferencias en relación al sexo, la influencia de los estilos de crianza por parte de los padres.
4. Por último, se recomienda indagar la influencia del hermano/s en la vida diaria de la persona con TEA. A su vez también beneficios de abordar a la familia con estrategias psicoeducativas como la manera de afrontar lo cotidiano, y alternativas terapéuticas.

También se sugieren algunas recomendaciones para el trabajo desde la psicoeducación con los hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista como: comprender que su hermana/o es diferente y que ello no es algo negativo, ofrecer una visión positiva de las cosas, enseñar a los hermanos llegado el momento oportuno, qué es el autismo será especialmente útil, así, dispondrá de las estrategias de enseñanza y aprendizaje que utilizan los padres y los profesionales; también hacerles partícipes de terapias y pautas que se ofrezca a la familia al completo. Además, se les recompensará a los dos por igual en todo lo que hagan juntos. El juego entre hermanos es importantísimo y pueden aprender y enriquecerse ambos, satisfacer las necesidades del hermano mayor o menor del niño con autismo; preparar a los niños para cuando se les presentan situaciones de burla o incomprensión, acerca de sus hermanos.



5.4.Limitaciones

Para la realización de la presente investigación nos encontramos con las siguientes limitaciones:

1. La investigación es de corte transversal y comparativa de grupos por lo que se estudia en un momento determinado y no se buscan relaciones causales explicativas.
2. Se debe reconocer como limitación el no poder afirmar o rechazar la hipótesis ya que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos, al valor probabilístico $p = 0,05$.
3. La técnica utilizada es autoadministrable, si bien se tuvieron en cuenta todas las precauciones para evitar distorsiones en la lectura de las consignas, los adolescentes que conforman la muestra pueden presentar alguna interpretación errónea con respecto a las afirmaciones presentes en los diferentes instrumentos.
4. No se pueden generalizar los resultados debido a la cantidad de integrantes de la muestra y a la restricción de la conformación de la misma a la ciudad de Paraná.
5. El estudio podría verse sesgado debido a que no se incluyeron otras variables que podrían influir como el instrumento ya que el que se utilizó en la investigación tomada de guía para la hipótesis aplicó técnicas de neuroimágenes y el utilizado en este trabajo es un cuestionario que requiere de la comunicación oral, comprensión de consignas. Otras variables pueden ser la edad, el sexo, orden en el nacimiento, acceso educativo entre otras, pudiendo ser incorporadas en otros estudios posibles.
6. Se debe reconocer la dificultad para acceder en la población en la ciudad de Paraná a una muestra de sujetos que reúnan las características requeridas para este estudio, sin embargo, se estima que ampliando la muestra se obtendrían diferencias significativas dadas la tendencia.



5.5.Referencias bibliográficas

- Acosta, A. (2015) *Trastorno del Espectro Autista: Relaciones sociales entre hermanos*. (Tesis de Licenciatura) Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”, Argentina.
- Acosta, L., Barrera, M. L., Donolo, D. S., González, M. (2007) *Inteligencia emocional y ambientes escolares. Una propuesta psicopedagógica*. (Tesis de la Licenciatura, Universidad Nacional de Río Cuarto, Facultad de Ciencias Humanas). Recuperado de: <http://www.cneip.org/documentos/5.pdf>
- Aparicio Rodríguez, E., Cerda Macías, A., y Fernández Rivas, D. (2015). Inteligencia emocional y empatía en estudiantes de medicina de nuevo ingreso y pregrado. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 3(7), 105-114. Recuperado de: <http://integracion-academica.org/attachments/article/89/09%20Inteligencia%20Emocional%20-%20EAparicio%20ACerda%20DFernandez.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Barcelona: Masson.
- Arán Filippetti, V., López, M. B., & Richaud, M.C. (2012). Aproximación Neuropsicológica al Constructo de Empatía: Aspectos Cognitivos y Neuroanatómicos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, vol. 6(1), 63-83.
- Basa, J. A. (2010). *Estrés parental con hijos autistas. Un estudio comparativo*. (Tesis de la Licenciatura) Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”, Argentina.
- Baron-Cohen, S; Leslie, A. M. & Frith U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46. Doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8. PMID 2934210



- Baron-cohen, S; Leslie, A. M. &Frith U. (1986). Mechanical, Behavioural and Intentional understanding of picture stories in autistic children. *British journal of Developmental Psychology*, 4, 113-125.
- Baron-Cohen, S. (2011). *Empatía Cero. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baron-Cohen, S. (2009). *La Gran Diferencia. Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres* (1a ed.). México: Alfaomega Grupo Editor.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bisquerra Alzina, R. (2008). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Bisquerra Alzina, R. (2006). Orientación Psicopedagógica y educación emocional. *Estudios sobre Educación*, 11, 9-25. Recuperado de <http://www.ub.edu/grop/catala/wpcontent/uploads/2014/03/Orientaci%C3%B3n-psicopedag%C3%B3gica-y-educaci%C3%B3n-emocional.pdf>
- Carrasco Ortiz, M., Delgado Egido, B., Barbero García, M., Holgado Tello, F., y Del Barrio Gandara, M. (2011). Propiedades psicométricas del Interpersonal Reactivity Index (IRI) en población infantil y adolescente española. *Psicothema*, 23 (4), 824-831. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3962.pdf>
- Chuan Marina, J., (2014). *Cognición temporal en personas adultas con autismo: un análisis experimental*.(Universidad de Madrid)
- Christensen DL, Baio J, Braun KV, et al. Prevalencia y características del trastorno del espectro autista en niños de 8 años de edad - Red de monitoreo del autismo y las discapacidades del desarrollo, 11 sitios, Estados Unidos, 2012. *MMWR Surveill Summ* 2016; 65 (n.º SS-3) (n.º SS-3): 1 -23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6503a1>
- Comín, D. (2011) Consideraciones al DSM – 5: ¿Un avance o un paso atrás?. España. *Autismo Diario*. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2011/07/30/consideraciones-al-dsm-5-%C2%BFun-avance-o-un-paso-atras/>



- Eisenberg, N, Strayer, J. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Editorial Desclée de Brouwer: España.
- Fernández Pinto, I., López Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/12-24_2.pdf
- Garaigordobil, M. y García de Galdeano, P. (2006) Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, vol. 18(2), 180-186. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3195.pdf>
- Garaigordobil, M., Maganto, C. (2011) Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 43(2), 255-266. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80521287004>
- García, E. (2008). Neuropsicología y educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente. *Revista de psicología y educación*, 1(3), 69-90.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional. Porque es más importante que el cociente intelectual*. Buenos Aires: Vergara
- InfoLEG (2005) LEY N° 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados. *CID*. Recuperado de: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>
- Harris, Sandra (2001) “Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares”. Narcea, S.A. Ediciones.
- López, M.B., Filippetti, V.A. & Richaud, M.C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 32(1), pp. 37-51.



- Mestre Escrivá, V., Frías Navarro, M., y Samper García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psicothema*, 16(2), 255-260. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1191>
- Millá, M. G. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, vol. 48(2) 47-52. Recuperado de:
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S047.pdf>
- Navarro, R. E. (2003) El rendimiento académico: Concepto, investigación y desarrollo. *REICE*, vol. 1(2), 1-15. Recuperado de:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660693/REICE_1_2_7.pdf?sequence=1
- Redín, C. I. e Ibarrola García, S. (2010). Bases para la intervención emocional con hermanos de niños con discapacidad intelectual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 8(20), 373-410. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121995018>
- Retuerto Pastor (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Revista Apuntes de Psicología*, vol. 22, número 3, págs. 323-339. Recuperado de:
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/59/61>.
- Richaud de Minzi, M. (2008). Evaluación de la empatía en población infantil Argentina. *IIPSI*, 11(1), 101-115. Recuperado de:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3880>
- Rizzolati, G. Fogassi, Gallese V. (2001). Neurophysiological mechanism underlying the understanding and imitation of action. *Nature Neuroscience Reviews*
- Rodriguez, Lucas Marcelo (2014). EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA. UN ESTUDIO EN ADOLESCENTES ENTRERRIANOS. VI Congreso Internacional de Investigación y



Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Ruiz Aparicio, R., Tárraga Mínguez, R. (2015) El ajuste conductual, emocional y social en hermanos de niños con un trastorno de espectro autista. Una revisión teórica. *Papeles del Psicólogo*, vol. 36 (3), 189-197. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=2612>

Ruggieri, V. L. (2013) Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología. Volumen 56* (1), 13-21. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/56S01/bjS01S013.pdf>

Rumeu, O. L. (2009). Discapacidad y familia: el papel de los hermanos. In *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009* (pp. 653-660). Universidad Pública de Navarra

Peral Feliz, S. (2013). Hermanos de personas con trastornos del espectro autista. Universidad de Salamanca.

Pérez Albéniz, A., De Paúl, J., Etcheverría, J., Paz Montes, M., y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1056.pdf>

Segrera, A. S. (1997). *Archivos internacionales del enfoque centrado en la persona*. México, México: Universidad Iberoamericana.

Spencer, M. D., Holt, R. J, Chura, L. R, Suckilng, J, Calder, A. J. y otros (2011). A novel functional brain imaging endophenotype of autism: Neutral response to facial expression of emotion. *Transl Psychiatry* 1, e19 doi: 10.1038/tp2



- Tallis, J. (2004). *Los trastornos del espectro autista. Aportes convergentes*. Buenos Aires. Argentina: Miño y Dávila.
- Wing lorna (1996) “El autismo en niños y adultos”. En Una guía para la familia. Madrid. Ediciones paidos. Ibérica. S.A.
- Wing, Lorna (1998). “*La educación del niño Autista*”. *Guia para padres y maestros*. Editorial Paidós, Ecuador.
- Martínez M. A. y Bilbao M. C. (2008). “Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17. (2) pág. 215-230.
- Maseda, M. (2013). El autismo y las emociones. La teoría de la mente en los niños/as autistas. Su afectación del ámbito emocional. Universidad de Barcelona.
- Meléndez, E. (2009) Desarrollo de la sociabilización a través de la adquisición de destrezas deportivas para los estudiantes con autismo del nivel elemental. Tesis presentada para la obtención del grado de maestría. Universidad Metropolitana. Lima.
- Núñez, Blanca (2007). Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Bs. As. Lugar: Editorial.
- Riviere, Angel, (1997) Desarrollo normal y Autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. (Universidad de Madrid)
- Rizzolati, G. Fogassi, Gallese V. (2001. Neurophysiological mechanism underlying the understanding and imitatio of action. *Nature Neuroscience Reviews*
- Sarto, M. P., (2001). Familia y Discapacidad. Universidad de Salamanca.
- Serrano, J (2012) Desarrollo de la teoría de la mente, lenguaje y funciones ejecutivas en niños de 10 a 12 años. (Tesis doctoral, universidad de Girona, Girona).
- Tirapu- Ustanoz, J., Perez-Sayes, G. Erekatxo Bilbao, M. &Pellegrin-Valegro, C (2007) ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de neurología* 44, (8), 479-489.



Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 7(1), 6-27.



Anexos

Anexo I

A continuación, se expondrá modelos de cuestionarios sociodemográfico, de empatía utilizado y el consentimiento informado que se brindaron para el trabajo de campo.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente autorizo a _____, alumna de la Carrera Licenciatura en Psicopedagogía, Departamento de Humanidades, Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”, a administrar un cuestionario sobre empatía a mi hijo/a _____.

La administración del cuestionario tiene como objetivo realizar el trabajo final para acceder a la Licenciatura en psicopedagogía sobre “Empatía en hermanos de personas con Trastorno del Espectro Autista”. La realización del mismo contribuye a profundizar el conocimiento respecto a la temática, y cómo el hermano cumple un rol específico en cada familia y éste a su vez favorece el vínculo y el desarrollo de cada uno de los integrantes.

Los padres o adultos a cargo de los niños, que otorgan el consentimiento para su participación, lo hacen en forma totalmente voluntaria, tomando conocimiento de que la información recabada será resguardada bajo la forma de anonimato.

Padre o tutor _____

DNI _____

Firma _____

Fecha _____



Hermano _____

DNI _____

Firma _____

Fecha _____

Anexo II

Datos Sociodemográficos

Nombre:

Edad: Fecha de Nacimiento:

Sexo: Escolaridad:



Anexo III

Escala de Empatía

Las siguientes frases se refieren a tus pensamientos y sentimientos en diversas situaciones. Para cada ítem marca con una cruz el casillero correspondiente indicando como te describe. Del 1 al 5 marca una opción por frase.

	No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe muy bien
1. Sueño y fantaseo, bastante seguido, acerca de las cosas que me podrían suceder.					
2. Me preocupa y conmueve la gente con menos suerte que yo.					
3. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.					
4. No me preocupan los problemas de los demás.					
5. Me identifico con los personajes de una novela.					
6. En situaciones de riesgo, tengo miedo.					



7.	No me involucro con los personajes de películas u obras de teatro.					
8.	Cuando tengo que decidir algo escucho diferentes opiniones.					
9.	Cuando veo que le toman el pelo a alguien tiendo a protegerlo.					
10.	Me siento vulnerable (no sé qué hacer) frente a una situación muy emotiva.					
11.	Intento comprender mejor a mis amigos/as imaginándome cómo ven ellos/as las cosas (poniéndome en su lugar).					
12.	Me es difícil entusiasarme con un buen libro o película.					
13.	Cuando veo a alguien lastimado, tiendo a estar calmado.					
14.	Las desgracias (dolor) de otros no me molestan mucho.					
15.	Si estoy seguro/a que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás.					



16.	Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes.					
17.	Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto.					
18.	Cuando veo que alguien está siendo tratado injustamente, no siento ninguna compasión por él/ella.					
19.	Normalmente soy bastante eficaz (sé que hacer) en situaciones difíciles.					
20.	Estoy bastante afectado emocionalmente por las cosas que veo que ocurren alrededor.					
21.	Pienso que hay dos partes (diferentes puntos de vista) para cada situación, e intento tenerlas en cuenta.					
22.	Me describiría como una persona bastante sensible.					
		No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe muy bien



<p>23. Cuando veo una buena película puedo ponerme en el lugar del/de la protagonista muy fácilmente.</p>					
<p>24. Tiendo a perder el control frente a situaciones difíciles.</p>					
<p>25. Cuando estoy disgustado con alguien, intento ponerme en su lugar por un momento.</p>					
<p>26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí.</p>					
<p>27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia no sé qué hacer.</p>					
<p>28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar.</p>					



Anexo IV

Salidas spss

```
COMPUTE EEPerspectiva=EEi3 + EEi8 + EEi11 + EEi15 + EEi21 + EEi25 + EEi28.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE EEFantasía=EEi1 + EEi5 + EEi7 + EEi12 + EEi16 + EEi23 + EEi26.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE EEPreocupación=EEi2 + EEi4 + EEi9 + EEi13 + EEi14 + EEi18 + EEi20 + EEi22.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE EEMalestar=EEi6 + EEi10 + EEi17 + EEi19 + EEi24 + EEi27.
```

```
EXECUTE.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=EEFantasía EEPreocupación EEMalestar EECategoría
```

```
  /STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM MODE
```

```
  /FORMAT=LIMIT(50)
```

```
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
COMPUTE Empatía_Total=EEPerspectiva+EEFantasía+EEPreocupación+EEMalestar.
```

```
EXECUTE.
```

```
EXAMINE VARIABLES=Empatía_Total BY GRUPO
```

```
  /PLOT BOXPLOT HISTOGRAM
```

```
  /COMPARE GROUPS
```

```
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
```

```
  /CINTERVAL 95
```

```
  /MISSING LISTWISE
```

```
  /NOTOTAL.
```



Explorar

Grupo

Resumen de procesamiento de casos

	Grupo	Casos					
		Válido		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Empatía	Hermanos de personas con TEA	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%
Total	Hermanos de personas sin TEA	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%



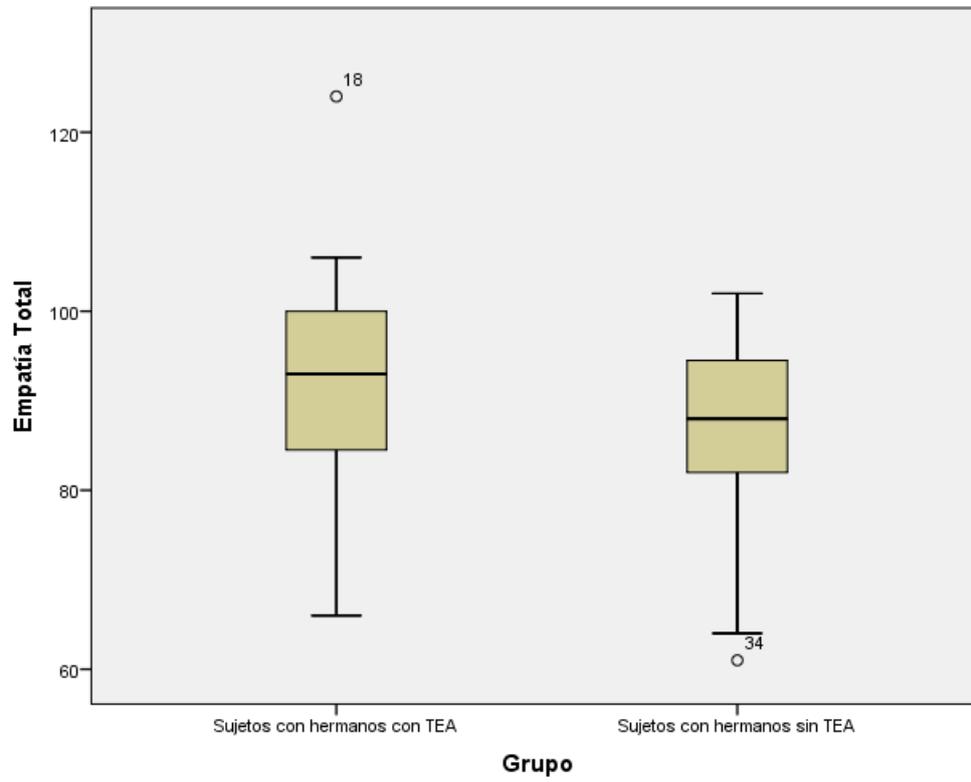
Descriptivos

	Grupo	Estadístico	Error			
Empatía Total	Hermanos de personas con TEA	Media	92,00	2,957		
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite Límite	85,81 98,19		
		Media recortada al 5%		91,67		
		Mediana		93,00		
		Varianza		174,842		
		Desviación estándar		13,223		
		Mínimo		66		
		Máximo		124		
		Rango		58		
		Rango intercuartil		16		
		Asimetría		,219	,512	
		Curtosis		,820	,992	
			Hermanos de personas sin TEA	Media	87,00	2,390
				95% de intervalo de confianza para la media	Límite Límite	82,00 92,00
Media recortada al 5%				87,61		
Mediana				88,00		
Varianza				114,211		
Desviación estándar				10,687		
Mínimo				61		
Máximo				102		
Rango				41		
Rango intercuartil				14		
Asimetría				-1,017	,512	
Curtosis				1,241	,992	



Empatía Total

Histograma





T-TEST GROUPS=GRUPO(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Empatía_Total

/CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Empatía Total	Hermanos de personas con TEA	20	92,00	13,223	2,957
	Hermanos de personas sin TEA	20	87,00	10,687	2,390

Prueba de muestras independientes

Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia



								Inferior	Superior
Empatía Total			1,315	38	,196	5,000	3,802	-2,696	12,696
Se asumen varianzas iguales	,899	,349							
No se asumen varianzas iguales			1,315	36,398	,197	5,000	3,802	-2,707	12,707



```
T-TEST GROUPS=GRUPO(1 2)
```

```
/MISSING=ANALYSIS
```

```
/VARIABLES=EEPerspectiva EEFantasía EEPreocupación EEMalestar
```

```
/CRITERIA=CI(.95).
```



Prueba T

Estadísticas de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Toma de Perspectiva (PT)	Hermanos de personas con TEA	20	23,45	4,310	,964
	Hermanos de personas sin TEA	20	21,90	3,999	,894
Fantasía (FS)	Hermanos de personas con TEA	20	22,40	5,072	1,134
	Hermanos de personas sin TEA	20	20,45	3,818	,854
Preocupación Empática (EC)	Hermanos de personas con TEA	20	28,85	4,320	,966
	Hermanos de personas sin TEA	20	27,80	4,200	,939
Malestar Personal (PD)	Hermanos de personas con TEA	20	17,30	4,769	1,066
	Hermanos de personas sin TEA	20	16,85	4,682	1,047



Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		
								Inferior	Superior	
Toma de Perspectiva (PT)	Se asumen varianzas iguales	,171	,681	1,179	38	,246	1,550	1,315	-1,111	4,211
	No se asumen varianzas iguales			1,179	37,788	,246	1,550	1,315	-1,112	4,212
Fantasia (FS)	Se asumen varianzas iguales	,889	,352	1,374	38	,178	1,950	1,420	-,924	4,824



	No se asumen varianzas iguales			1,374	35,298	,178	1,950	1,420	-,931	4,831
Preocupación Empática (EC)	Se asumen varianzas iguales	,018	,893	,779	38	,441	1,050	1,347	-1,677	3,777
	No se asumen varianzas iguales			,779	37,970	,441	1,050	1,347	-1,677	3,777
Malestar Personal (PD)	Se asumen varianzas iguales	,051	,822	,301	38	,765	,450	1,495	-2,575	3,475
	No se asumen varianzas iguales			,301	37,987	,765	,450	1,495	-2,576	3,476



T-TEST GROUPS=GRUPO(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=EEPerspectiva_mas_EEFantasía EEPreocupación_más_EEMalestar

/CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Empatía Cognitiva	Sujetos con hermanos con TEA	20	45,85	7,707	1,723
	Sujetos con hermanos sin TEA	20	42,35	6,002	1,342
Empatía Afectiva	Sujetos con hermanos con TEA	20	46,15	6,930	1,550
	Sujetos con hermanos sin TEA	20	44,65	6,753	1,510

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias
--	--	-------------------------------------



	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilate ral)	Difer encia de media s	Difere ncia de error estánd ar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Empatía Se asumen varianzas iguales	,71 6	,403	1,60 2	38	,117	3,500	2,184	-,922	7,922
Cogniti No se asumen va varianzas iguales			1,60 2	35,8 50	,118	3,500	2,184	-,931	7,931
Empatía Se asumen a varianzas iguales	,00 3	,955	,693	38	,492	1,500	2,164	-2,880	5,880
Afectiv No se asumen a varianzas iguales			,693	37,9 75	,492	1,500	2,164	-2,880	5,880

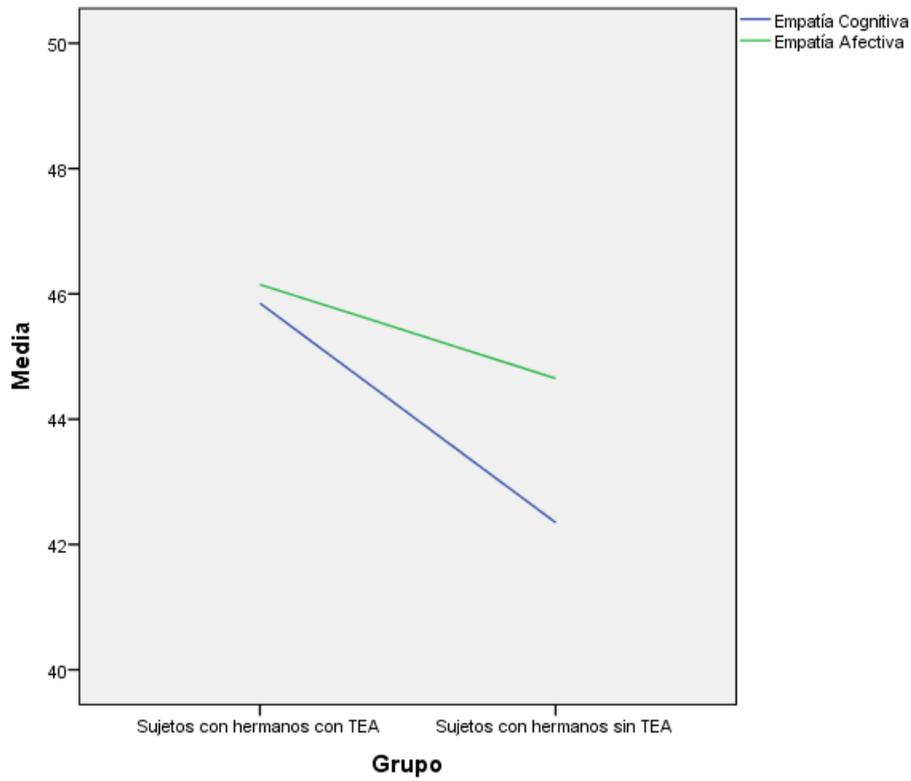
GRAPH

/LINE(MULTIPLE)=MEAN(EEPerspectiva_mas_EEFantasía)

MEAN(EEPreocupación_más_EEMalestar) BY GRUPO

/MISSING=LISTWISE.

Gráfico



GRAPH

```
/LINE(MULTIPLE)=MEAN(EEPerspectiva) MEAN(EEFantasía) MEAN(EEPreocupación)
```

```
MEAN(EEMalestar) BY GRUPO
```

```
/MISSING=LISTWISE.
```

Gráfico

