



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

**Máster de Investigación Aplicado a la Educación
TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS
HABILIDADES SOCIALES DE NIÑOS CON
TRASTORNO DE ASPERGER CON NIÑOS Y
NIÑAS DE DESARROLLO NORMOTÍPICO EN
EDADES DE 6 A 8 AÑOS INTEGRADOS EN
EDUCACION PRIMARIA**

Alumna: María del Carmen Aguilera Pérez

Tutor: José Sixto Olivar Parra

Valladolid, julio de 2013

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento es para todas las personas que me han ayudado a que este Trabajo Fin de Master pudiera llevarse a cabo.

Agradecer a Claudio mi esposo que con su incondicional y paciente apoyo ha facilitado que tenga los tiempos para trabajar.

A Inés Monjas, por facilitarme su cuestionario de habilidades sociales, así como todo su estudio en el tema que motivó a tener un referente y que ha permitido poder realizar mi trabajo de TFM.

Al Profesor José Sixto Olivar Parra que ha guiado este trabajo de investigación.

Al profesor Benito Arias por sus apoyos estadísticos, que facilitaron poder clarificar los datos.

A mi compañera de Master Lorena Valdivieso, por todo su inestimable apoyo incondicional.

A todas y cada una de las familias y a los veinte niños que participaron en la muestra, respondiendo y aportando para concretar y poder dar forma a este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	3
Índice de contenidos	4
Resumen	6
Abreviaturas, Figuras y Tablas	7
Introducción	8
MARCO TEÓRICO	10
Capítulo 1: Desarrollo social y habilidades sociales	11
1.1. Desarrollo social.....	11
1.2. Habilidades sociales.....	14
Capítulo 2: Trastornos del Espectro Autista/ Trastorno de Asperger	20
2.1. Trastorno del Espectro Autista.....	20
2.2. Trastorno de Asperger.....	23
2.3. Criterios diagnósticos.....	24
Capítulo 3: Las habilidades sociales en niños con Trastorno de Asperger	27
3.1. Características de las habilidades sociales en niños con trastorno de TA..	27
3.2. Descripción de cada subárea de las habilidades sociales desde las características que presentan niños y niñas con TA.....	29
3.3. Estudios de investigación sobre las habilidades sociales de niños con TA	36
MARCO EMPÍRICO	38
Capítulo 4: Objetivos e hipótesis	39
4.1. Preguntas de investigación.....	39
4.2. Objetivos.....	39
4.3. Hipótesis.....	39
Capítulo 5: Metodología de investigación	41
5.1. Participantes.....	41
5.2. Diseño.....	42
5.3. Instrumentos.....	42
5.4. Variables.....	45

5.5. Procedimiento.....	45
5.6. Análisis de datos.....	46
Capítulo 6: Resultados.....	47
Capítulo 7: Discusión y conclusiones.....	50
Referencias bibliográficas.....	53
Anexos.....	58
Anexo 1	
1.1 Invitación proyecto.....	60
1.2 Consentimiento informado	61
Anexo 2	
2. Antecedentes de la muestra.....	63
Anexo 3	
3. Características de la muestra.....	65
Anexo 4	
4. Resultados Test de Coeficiente Intelectual WISC III.....	67
Anexo 5	
5. Resultados Test de Vocabulario en Imágenes, TEVI-R.....	69
Anexo 6	
6. Cuestionario CHIS (Monjas, 2009).....	71
Anexo 7	
7. Resultados Cuestionario CHIS.....	77

RESUMEN

En el marco de las competencias sociales, pretendemos analizar y comparar las habilidades sociales que presentan un grupo con Trastorno de asperger y otro normotípico de niñas y niños en edades y nivel de escolaridad equivalente. Los participantes fueron 20, 10 con trastorno Asperger y 10 normotípicos, de edades entre 6 y 8 años, cursando entre el primero a tercero básico (primaria). Ambos grupos fueron equiparados en Edad Cronológica y Cociente Intelectual. Se evaluaron los dos grupos con el CHIS (Monjas, 2009a). Utilizamos un diseño no experimental, ex-post-facto. Para comparar la muestra y comprobar las hipótesis aplicamos la t de student. Concluimos que el grupo con Trastorno de Asperger presenta menores habilidades sociales en las seis subescalas que el grupo normotípico.

Palabras claves: Habilidades sociales, Trastorno de Asperger, Trastorno Espectro Autista.

ABSTRACT

Within the framework of social skills we expect analyze and compare social skills showed in one group with Asperger's syndrome and other typically developing group with age and similarly school level. Participants were 20, 10 with Asperger's syndrome and 10 typically developing group in ages between 6 and 8 years old, schooling between first and third level of Primary School. Both groups were chronological age and IQ-matched. Both groups were assessed with CHIS, (Monjas 2000). We develop a non-experimental design, ex-post-facto. We apply student's t-test, to compare the hypotheses and sample. We concluded that Asperger's syndrome group showed less social skills in the six dimensions test sub scales than typically developing group.

Keywords: Social skills, Asperger Disorder, Autistic Spectrum Disorder

ABREVIATURAS, FIGURAS Y TABLAS.

Abreviaturas

AAF	Autismo de Alto Funcionamiento
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
TA	Trastorno de Asperger
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TEA-AF	Trastorno del Espectro Autista de Alto Funcionamiento
TGD	Trastorno Generalizado del Desarrollo

Tablas

Tabla 1. Comparación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el Trastorno Autista y para el Trastorno de Asperger

Tabla 2. Comparativa de Habilidades Sociales en niños y niñas con trastorno asperger y normotípicos.

Tabla 3. Características de la muestra.

Tabla 4. Resultados de la comparación de las dos muestras G1 (Asperger), G2 (Estándar).

Graficas

Gráfica 1. Comparación de las puntuaciones medias de los dos grupos en las subpruebas del CHIS.

INTRODUCCIÓN

Las razones que nos han llevado a realizar este estudio son las evidentes dificultades que presentan las personas con trastorno asperger (TA, en adelante) en las habilidades sociales. En los estudios revisados sobre este colectivo, la alteración cualitativa de la interacción social constituye el déficit nuclear que define la naturaleza del TA. Tal y como se establece en el DSM-IV-TR (APA, 2002), la primera dimensión conductual del diagnóstico de TA, se refiere al trastorno cualitativo de la relación social. Así pues, todos los niños con el diagnóstico de TA presentan un conjunto de déficits significativos en las áreas de la comprensión social, la adquisición de las habilidades sociales, la comunicación no verbal y la reciprocidad emocional. Este déficit que afecta a la interacción con pares esencialmente en el ámbito escolar y social, se manifiesta de manera más evidente al comienzo de la educación primaria

Por otra parte, como razón muy personal, está mi experiencia de trabajo con este colectivo. En la actualidad, doy apoyos psicopedagógicos a las dificultades sociales que presentan niños con TA en el ámbito escolar y social en que se desenvuelven y la necesidad de sistematizar el trabajo, me han llevado a investigar y comprobar cuáles son las dimensiones en habilidades sociales específicas en las que presentan mayores dificultades las personas con TA, siguiendo las orientaciones del modelo de trabajo de Monjas (2009a), el cual por sus estudios en el ámbito de las habilidades sociales y su importancia ha sido considerado como marco de referencia, permitiendo conceptualizar y delimitar este trabajo.

El objetivo del estudio es analizar comparativamente las habilidades sociales que se presentan en niños con Trastorno de Asperger y niños normotípicos en edades y nivel de escolaridad similar. De este objetivo general emergen los siguientes objetivos específicos: 1) Analizar teóricamente los conceptos de desarrollo social, habilidades sociales y sus dimensiones; 2) Analizar los niveles de CI y comprensión verbal en niños con TA y normotípicos; y 3) Comparar las habilidades sociales de ambos grupos de niños.

Para operativizar estos objetivos se utilizó como instrumento el Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS), que se incluye en el Programa de Habilidades de Interacción Social (PEHIS, Monjas, 2009a). Está diseñado para su utilización con

niños en la escuela infantil y primaria. Utilizamos su versión Heteroinforme, que se compone de seis subescalas de habilidades:

- 1) Habilidades sociales básicas
- 2) Habilidades para hacer amigos y amigas
- 3) Habilidades conversacionales
- 4) Habilidades emociones, sentimientos, derechos y opiniones
- 5) Habilidades solución de problemas interpersonales
- 6) Habilidades relación con los adultos

Desarrollamos el marco teórico en los tres primeros capítulos. En el primero, abordamos la conceptualización de desarrollo social y habilidades sociales. En el segundo capítulo, hemos incluido una descripción del Trastorno de Espectro Autista (TEA, en adelante) desde la perspectiva de diferentes autores, haciendo mayor hincapié en el TA, así como en sus principales características y criterios diagnósticos.

El capítulo tercero corresponde a una descripción de las características de las habilidades sociales en niños con TA y realizamos una descripción de las dificultades en las subáreas de habilidades que se evaluaron durante la investigación y que se compararon con niños normotípicos. Agregamos algunos estudios de investigación en el área de habilidades sociales en personas con TA.

La parte empírica se inicia en el capítulo cuarto con la descripción del objetivo general y objetivos específicos, además señalamos las hipótesis de la investigación.

El capítulo quinto corresponde a la metodología de la investigación, describimos los participantes, el diseño aplicado, la variable de medida, el procedimiento seguido que permite la replicación de este trabajo a otros investigadores y el análisis de datos.

En el sexto capítulo presentamos los análisis de los resultados obtenidos de la comparación de los dos grupos (G1=TA; G2: Estándar) en las variables de habilidades sociales del CHIS.

En el séptimo y último capítulo se describe la discusión y conclusiones de la investigación realizada.

Finalmente incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1

DESARROLLO SOCIAL Y HABILIDADES SOCIALES

En este primer capítulo hacemos una breve exposición referente de los conceptos desarrollo social, habilidades sociales y sus distintos elementos que los conforman.

1.1 Desarrollo social

El desarrollo social se relaciona con el aprender a interactuar con otros, y éste se inicia en la infancia temprana, en que el concepto de *apego* cobra relevancia y es el primer vínculo afectivo del bebé con las personas que lo cuidan fundamentalmente como sus padres.

Como describen Morris y Maisto (2001), el recién nacido no muestra impronta con el primer objeto que ven, sino que paulatinamente forman un apego, o vínculo emotivo con quienes lo cuidan. Este apego se basa en largas horas de interacción durante las cuales el pequeño y el progenitor llegan a establecer una relación estrecha. Las señales de apego se manifiestan entre los 6 y 7 meses. Schaeffer y Emerson (1964), dentro de las fases para el desarrollo de vínculos, describen en la fase de los apegos indiscriminados que los niños entre 6 semanas y los 6 y 7 meses, disfrutaban claramente de la compañía humana, prefieren la estimulación social y tienden a protestar cuando un adulto deja de tenerlos en brazos o los dejan solos. El niño va aprendiendo que su madre y cuidadores están cuando él los necesite, lo que denomina Erikson (1963) el desarrollo de la *confianza básica*, que comprende el primer año de vida. Esta confianza lleva al niño a explorar y aparece el primer indicio de *autonomía*, como el sentido de independencia, definido como deseo de no ser controlado por otros. Morris y Maisto (2001), indicaron que el niño que ha formado un *apego seguro* con un cuidador explorará el ambiente sin temor. Sabe que el cuidador estará a su lado cuando en verdad lo necesite, de manera que esa persona es una “base firme” para aventurarse en el mundo (Ainsworth, 1989).

Cuando el niño tiene dos años, los padres comienzan a disciplinarlo puesto que ya ha afirmado su independencia, es el momento en que aparece el ¡No!, que es considerado como el primer paso esencial de *socialización*, proceso en que los niños aprenden conductas y actitudes apropiadas para su familia y cultura (Morris y Maisto, 2001)

En el transcurso del desarrollo social del niño van incluyendo en sus relaciones a sus hermanos que son sus primeros compañeros de juego.

La adquisición del aprendizaje social en el niño, se va generando en procesos de interacción a través de su relación con pares, este proceso se define al ingreso escolar, y que se va afianzando en el desarrollo del niño a medida que va teniendo experiencias, oportunidades de socialización y de identificación con pares, así como poder imitar a los pares con quienes se identifica.

Consideramos importante señalar teorías que refieren al desarrollo social de los niños que comprenden nuestro trabajo que son de enseñanza primaria entre 6 y 8 años, teorías que nos proporcionan perspectivas de desarrollo importantes a tener en cuenta como la "Teoría de adopción de perspectivas sociales" de Selman (1989). En ella, en su estadio 1 denominado "Adopción de perspectivas socio-informativas en las edades comprendidas entre 6 y 8 años", los infantes se ven a sí mismos como actores con interpretaciones muy distintas de la misma situación social, determinadas por la información que posee cada uno. Consideran que las personas no sienten ni piensan de la misma forma, porque se encuentran en situaciones diferentes o tienen otra información. Sin embargo los niños y las niñas no pueden mantener su propia opinión, y al mismo tiempo, colocarse en el lugar del otro, tampoco pueden juzgar sus propias acciones desde la perspectiva de los demás (Selman, 1989).

De la misma forma que Erickson (1963) plantea en su teoría psicosocial ocho crisis que se relacionan directamente con la maduración biológica y las demandas sociales que las personas experimentan en momentos concretos de la vida. Shaffer (2002), manifestó que los niños en edades aproximadas entre 6 y 12 años, etapa de laboriosidad frente a inferioridad, referido a los acontecimientos significativos e influencias sociales, en que los niños tienden a dominar importantes habilidades sociales y académicas. En este periodo, el niño o la niña se comparan con sus iguales, si son bastante aplicados, los niños adquirirán las habilidades académicas que les hagan confiar en sí mismos. Si no logran estos importantes atributos, aparecen los sentimientos de inferioridad. Los agentes sociales son tanto los profesores como los iguales.

La escuela es el segundo agente de socialización después de la familia, este agente es el que permite al niño en edad escolar desarrollar con sus pares relaciones interpersonales, que son los comportamientos positivos o negativos que configuran patrones de comportamiento.

Un factor que interviene en el desarrollo social de un niño/a es la observación, a través de la cual el niño aprende de modelos, lo que llamaría Bandura (1965) "aprendizaje observacional", quien declaró que los niños pueden aprender simplemente observando la conducta de un modelo social, incluso sin que antes hubieran realizado esas mismas respuestas y sin recibir ningún reforzamiento por llevarlas a cabo (Shaffer, 2002).

La imitación y el aprendizaje observacional, requieren de un factor importante que es la motivación a relacionarse, por esta razón la motivación depende en gran parte, de la cantidad de satisfacción que obtengan los niños a partir de sus actividades sociales. Si gozan de sus contactos con otras personas, desearán repetirlos. Por otra parte, si los contactos sociales le dan poca alegría, los evitará siempre que sea posible Hurlock, (1988).

Otro de los factores importante es el juego, en que los niños aprenden de otros niños y que genera el desarrollo social.

Vigotsky (1979), define el juego como un factor básico del desarrollo, en un contexto específico de interacción, en el que las formas de comunicación y de acción entre iguales se convierten en estructuras flexibles e integradoras, que dan lugar a procesos naturales de adquisición de habilidades específicas y conocimientos concretos, referidos a los ámbitos de los temas que se representan en el juego, y a los recursos psicológicos que se despliegan en el mismo. Considera que es el núcleo de esta naturaleza social de los papeles o roles representados por los niños en la interacción social mientras juegan.

Piaget (1962), mostró interés en el juego del niño y señaló que hay tres clases fundamentales de juego. El primero incluye *Juegos de prácticas* como arrojar pelotas, lanzar piedritas, enhebrar cuentas o construir con bloques. Estos se originan en las actividades repetitivas del periodo sensoriomotor y su función es afianzar las habilidades motrices. A partir de ellos se pueden desarrollar los *juegos simbólicos*, en los que los bloques pueden representar un castillo habitado por un monstruo imaginario.

El último en desarrollarse es el *juego de reglas*, que se basa en la aceptación de un consenso social de opinión. Estos juegos pueden explicarnos lo que sucede con el juego infantil en la vida posterior, el cual desaparece para dar lugar a juegos socializados como el fútbol, por lo que persisten en la adultez.

Como se intenta enmarcar la investigación en las edades entre 6 y 8 años, Carmona (2006) describe niveles de juego, en que los niños entre las edades señaladas presentan un juego cooperativo incipiente, que se caracteriza por el hecho de que cada jugador trata de ganar. Ahora bien, para que aparezca la competición, los niños deben cooperar para coordinar las reglas, más que el hecho propio de ganar cuantitativamente, al intentar ganar el niño trata sobre todo de rivalizar con sus compañeros oponentes, siguiendo unas reglas comunes, así la esencia de la cooperación, entendido en obrar conjuntamente para negociar reglas que son aceptables para todos los interesados, se apoyan en la elaboración de normas que gobiernen la competición.

Consideramos que el juego es una de las áreas que abarca todas las actividades del niño y es una actividad social absolutamente genuina.

1.2 Habilidades sociales.

Las habilidades sociales, que se apoyan en el desarrollo social para que se generen y que van a depender en cada cultura de lo que es o no aceptable, se adquieren y desarrollan durante la infancia y en su adquisición entran en juego procesos de desarrollo y de aprendizaje.

Las habilidades sociales, son un numeroso y variado conjunto de conductas que se ponen en juego en situaciones de interacción social, es decir, en situaciones en las que hay que relacionarse con una o varias personas. Cuando hablamos de habilidades sociales nos referimos a “un conjunto de cogniciones, emociones y conductas que permitan relacionarse y convivir con otras personas de forma satisfactoria y eficaz” (Monjas, 2009a, p.39).

Continuando con la descripción de Monjas (2009a), plantea una serie de características que consideramos relevantes en la conceptualización de las habilidades sociales:

a) Las habilidades sociales son conductas y repertorios de conductas adquiridas principalmente a través del aprendizaje, siendo una variable crucial en el proceso de aprendizaje el entorno interpersonal en el que se desarrolla y aprende el niño. Ningún

niño nace sabiendo relacionarse adecuadamente con sus iguales. A lo largo del proceso de socialización “natural” en la familia, la escuela y la comunidad, se van aprendiendo las habilidades y conductas que permiten al niño y la niña interactuar efectiva y satisfactoriamente con los demás.

b) Las habilidades sociales contienen componentes motores y manifiestos (por ejemplo conducta verbal), emocionales y afectivos (por ejemplo ansiedad o alegría) y cognitivos (por ejemplo percepción social, atribuciones, autolenguaje). Las habilidades de interacción social son un conjunto de conductas que los niños hacen, sienten, dicen y piensan.

c) Las habilidades sociales son respuestas específicas a razones específicas. Esto nos lleva al tema de la especificidad situacional. La efectividad de la conducta social depende del contexto concreto de interacción y de los parámetros de la situación específica.

d) Las habilidades sociales se ponen en juego siempre en contextos interpersonales. Son conductas que se dan siempre en relación a otra persona (iguales o adultos), lo que significa que están implicadas más de una persona, Monjas agrega que la interacción social es bidireccional, interdependiente y recíproca por naturaleza y requiere del comportamiento interrelacionado de dos o más individuos. Para que se produzca una interacción es necesario: a) iniciación por una persona, b) la respuesta de la otra persona.

Consideramos pertinente, describir las áreas y habilidades, que considera Monjas (2009a) en su programa PEHIS, que corresponden a:

1.- *Habilidades básicas de interacción social*, incluye habilidades y comportamientos básicos y esenciales para relacionarse con cualquier persona ya sea niños o adulto. Incluye habilidades como la sonrisa y la risa, conductas de protocolo social como son los saludos, las presentaciones y los favores, y habilidades de cortesía y amabilidad.

2.- *Habilidades para hacer amigos y amigas*, que comprende habilidades según la autora, como reforzar a otros, iniciaciones sociales, unirse al juego con otros, ayuda (pedir y prestar ayuda) cooperar y compartir.

La amistad entendida como relaciones marcadas por afecto positivo recíproco y compartido, implica satisfacción mutua, placer y contexto de apoyo altamente estimulante entre los implicados. La amistad es una experiencia personal muy satisfactoria que construye el adecuado desarrollo social y afectivo. Los niños que tienen amigos y

mantienen relaciones positivas con ellos, presentan una mayor adaptación personal y social.

La amistad puede ser considerada significativa de acuerdo a que están implicados los afectos y sentimientos que se desarrollan a través de acciones mutuas como ejercicio de experiencias de relación social y conductas prosociales (Bauminger y Shulman, 2003).

A través de la amistad el niño o niña desarrolla competencia social, les aporta oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales y ricas experiencias sociales que proporcionan apoyo emocional de sus pares, compañerismo y posibilidad para aprender a resolver conflictos.

Saber hacer amigos es una de las funciones que Erickson (1963) considera esenciales para el niño cuya edad fluctúa entre 6 y 12 años, es decir, que se encuentra en la etapa de laboriosidad frente a inferioridad. A esa edad deben dominar habilidades de creciente dificultad, siendo una de estas la interacción social con sus compañeros Morris y Maisto (2001).

3.- *Habilidades conversacionales*, habilidades que permiten al niño iniciar, mantener y finalizar conversaciones con otras personas (iguales y/o adultos).

La importancia de estas habilidades se pone de manifiesto al comprobar que se ponen en juego en cualquier situación interpersonal y, en cierto modo, son el soporte fundamental de las interacciones con otras personas. Para que las interacciones con los iguales sean efectivas, es imprescindible que el niño se comunique adecuadamente con los otros y que converse con los demás. Por medio de la expresión verbal alabamos a los otros, expresamos nuestros sentimientos, negociamos en un conflicto o saludamos. Además, en la infancia la conversación no es solo un medio esencial de participación sino también de aprendizaje (Monjas, 2009a).

Las conversaciones son intercambios de mensajes verbales y no verbales llevados a cabo entre dos o más personas y constituye la principal forma de comunicarnos con los demás, compartiendo pensamientos, opiniones y sentimientos, señala Roca (2007).

4.- *Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones*, podría llamarse también la autoexpresión, autoafirmación o asertividad. Monjas en esta área refiere, las siguientes habilidades: Autoafirmaciones positivas, expresar emociones, recibir emociones, defender los propios derechos, defender las propias opiniones.

Plantea que las conductas emocionales y afectivas, se enmarcan dentro de la defensa de los derechos y autoafirmación y defensa de las propias opiniones. En que resalta el concepto de asertividad, conceptúa la asertividad como la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros (Monjas y González, 2000, citado en Monjas, 2009b, p. 50).

La defensa de un derecho va a depender de qué forma actúe la persona, ya sea de forma pasiva, agresiva o asertiva. El objetivo que señala Monjas es que los niños aprendan modos socialmente aceptables de expresar sus emociones y de recibir las emociones de otros y que aprendan a defender sus derechos de forma asertiva.

5.- *Habilidades de solución de problemas interpersonales*, se refiere a sensibilidad ante los problemas (identificación y definición de sentimientos y problemas), pensamiento alternativo, pensamiento medio-fin, pensamiento consecuencial y pensamiento causal. Solucionar problemas interpersonales supone un proceso por el que uno mismo llega a resolver situaciones conflictivas con otras personas, este proceso comprende identificar problemas interpersonales, buscar soluciones, anticipar consecuencias, elegir una solución y probar la solución (Monjas, 2009a).

Los problemas interpersonales son conflictos entre los niños/as y sus iguales (amigos, compañeros, hermanos...) y los adultos (padres, profesores,...). Al hablar de problemas nos referimos a los incidentes surgidos entre las personas en sus relaciones cotidianas.

Trianes (2007), señala para un afrontamiento hábil del conflicto interpersonal el procesamiento hábil de la información como un componente esencial de la competencia social. El procesamiento competente, contribuye a la realización de la conducta adecuada y a la adquisición de habilidades y competencias sociales. Dentro de este pensamiento hábil, el pensamiento de solución de problemas interpersonales puede definirse como un conjunto de habilidades y estrategias que pone la persona en acción para resolver constructivamente un conflicto interpersonal.

Es importante señalar que los niños o niñas que obtienen éxito o fracaso en las estrategias que eligen para resolver un conflicto repercute sobre el autoconcepto del niño/a.

Trianes (2007) entiende el autoconcepto:

“Como un conjunto de conceptos, creencias o teorías con las que podemos describir a nosotros mismos. Se construye desde la temprana infancia, a partir de las observaciones y experiencias y de los resultados de las interacciones, es decir, lo que otros muestran y dicen, siendo esta información que nos devuelven la que da contenidos a las creencias sobre nosotros mismos. Este tipo de información se denomina retroinformación o feedback informativo” (p.55).

6.- *Habilidades para relacionarse con los adultos*. Las relaciones del niño con los adultos son distintas de las interacciones que se establecen con los iguales.

Los niños en su vida diaria tienen que relacionarse con adultos en muchas ocasiones y generalmente con adultos que poseen autoridad y poder sobre ellos (por ejemplo profesorado). Por esto la relación con los adultos implica relación con personas de status superior en el sentido que esas personas poseen mayor edad, poder y autoridad por lo que son variables a tener en cuenta en este tipo de relación el respeto, la tolerancia, el protocolo social, la apariencia física, los modales y gestos y la expresión verbal entre otras (Monjas,2009a).

El objetivo es conseguir que el niño logre una interacción social positiva con los adultos de su entorno; una relación que sea natural y espontánea y también cálida y afectuosa con los adultos significativos, principalmente padres, educadores y familiares, para que se desarrolle este objetivo. La autora propone las siguientes habilidades: cortesía con el adulto, refuerzo al adulto, conversar con el adulto, peticiones al adulto y solucionar problemas con adultos.

Es fundamental señalar que una habilidad social específica no opera de forma aislada. Cada habilidad social está compuesta de componentes o subhabilidades relacionadas que son requeridas para un exitoso desempeño de la habilidad. Por ejemplo, el desempeño exitoso de la habilidad social de “unirse a una conversación”, requiere de ciertas habilidades de prerrequisito, como son la habilidad de leer señales no verbales y contextuales, conocimiento de reglas sociales, cuando unirse a una conversación con dos personas sin interrumpir, regulación de la emoción, coordinación de movimientos motores, momento adecuado, uso de contacto ocular y otra expresión no verbal, y planificación efectiva de conversación. Equivalentemente requiere la

habilidad para leer señales no verbales, como expresiones faciales y lenguaje corporal, y la habilidad para integrar esta información con el contexto relevante o las señales medioambientales. Además, cada desempeño social requiere el uso de numerosas habilidades sociales, a veces realizadas consecutivamente, a veces simultáneamente, pero siempre coordinadas entre sí (Bellini, 2006).

CAPÍTULO 2

Trastornos del Espectro Autista/Trastorno de Asperger.

En este segundo capítulo seguimos aportando fundamentación teórica a nuestro trabajo de investigación. Haremos una descripción del Trastorno del Espectro del Autismo desde la perspectiva de diferentes autores, y del TA, características que lo identifican, y criterios diagnósticos según DSM-IV-TR (APA, 2002).

2.1. Trastorno del Espectro Autista.

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA, en adelante) o Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD, en adelante), según las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales DSM-IV-TR (APA, 2002) y CIE-10 (OMS, 1992), son trastornos del neurodesarrollo, que, presentando una amplia variedad de expresiones clínicas, son el resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central Shattock, Barthélemy, Fuentes, Van der Gaag, y Visconti (2000).

El concepto de TEA hace referencia a los trastornos del desarrollo social, en los que existe una marcada heterogeneidad en la presentación de sus manifestaciones, que van desde el cuadro clínico completo a expresiones parciales o rasgos individuales que están relacionados con TEA, pero no merecen diagnóstico clínico (Autismo Europa, 2008). Todos ellos reflejan una alteración cualitativa en tres áreas fundamentales del desarrollo:

- Alteración cualitativa de la interacción social.
- Alteración cualitativa de la comunicación verbal y no verbal y de la actividad imaginativa.
- Repertorio limitado de intereses y actividades.

Estas alteraciones se manifiestan de forma variada dependiendo del nivel intelectual, el nivel del lenguaje, la edad, el nivel de severidad o las alteraciones asociadas a los mismos (García, 2008; NICHD, 2002).

El sistema de clasificación el DSM-IV-TR (APA 2002) incluye dentro de los TGD las siguientes categorías:

- Trastorno Autista.
- Trastorno de RETT.
- Trastorno Desintegrativo Infantil.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

El autismo puede aparecer aislado o en comorbilidad con otros trastornos que afectan a la función cerebral, tales como infecciones virales, perturbaciones metabólicas o epilepsia, entre otros.

Comparación de los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR (APA, 2002), para el Trastorno autista y para el Trastorno de Asperger, se presenta en la Tabla 1 (De la Iglesia y Olivar, 2007).

TABLA 1. Comparación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el Trastorno Autista y para el Trastorno de Asperger

Trastorno Autista	Trastorno de Asperger
<ul style="list-style-type: none">• Alteración en la interacción social.• Alteración en la comunicación.• Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos, estereotipados.• Retraso o funcionamiento anormal en 1) interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social o 3) juego simbólico o imaginativo.	<ul style="list-style-type: none">• Alteración en la interacción social.• No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo.• Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos, estereotipados.• Deterioro clínicamente significativo de la actividad social y laboral.• No hay retraso clínicamente significativo de desarrollo cognoscitivo.

En el DSM-IV (APA, 2002) los TGD se agrupan dentro de los “Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia”. En el DSM-V Equipo Iridia (2013), el TEA se englobará en una nueva categoría denominada “Trastornos del Neurodesarrollo”.

El Trastorno autista se convierte en el único diagnóstico posible de la actual categoría diagnóstica TGD, que pasa a llamarse Trastorno del Espectro de Autismo (en

singular). Por tanto, la propuesta supone eliminar el resto de categorías diagnósticas (Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo-No Especificado, entre otras) como entidades independientes, además de sacar explícitamente el Trastorno de Rett de los actuales TGD. El cambio de nombre trata de enfatizar la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos.

Los criterios diagnósticos del futuro TEA cambian respecto a los actuales criterios del Trastorno autista actual. En el DSM-V, se fusionarán las alteraciones sociales y comunicativas, manteniéndose el criterio referido a la rigidez mental y comportamental. Los criterios propuestos son (Equipo Iridia, 2013):

A. Déficits persistentes en comunicación e interacción social a lo largo de diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general, y se manifiesta en todos los síntomas siguientes:

1. Dificultades en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones, pasando por un reducido interés por compartir intereses, emociones y afecto y responder a ellos, hasta una falta total de iniciativa en la interacción social.
2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que van desde mostrar una marcada dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, pasando por anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal, y déficits en comprender y usar la comunicación no verbal, hasta una falta total de expresividad emocional o gestual.
3. Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

B. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Conductas verbales, motoras o uso de objetos estereotipados o repetitivos (Ejemplos, movimientos motores estereotipados, ecolalia, uso repetitivo de objetos, frases idiosincrásicas).
2. Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios (Ejemplos, rituales motores, insistencia en comer siempre lo mismo o seguir siempre el mismo camino, preguntas repetitivas o malestar extremo ante pequeños cambios).
3. Intereses restringidos, intereses obsesivos que son anormales por su intensidad o el tipo de contenido (Ejemplos, apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Híper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno (Ejemplos, indiferencia aparente al dolor, /calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño).

D. El conjunto de los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario.

Deben cumplirse los criterios A, B, C y D.

El diagnóstico se completará especificando algunas características de la presentación clínica (severidad, competencias verbales, curso evolutivo.)

2.2. Trastorno de Asperger.

Las personas con TA, presentan dificultades en su desarrollo emocional, social y comunicativo, aunque, según el sistema de clasificación oficial DSM-IV-TR (APA, 2002), en un contexto de desarrollo lingüístico y cognitivo conservado. Se trata de un grupo de personas con puntos fuertes y débiles en sus habilidades y capacidades. Entre las primeras destacan las habilidades manipulativas, memorísticas, y viso espaciales. Entre las segundas las habilidades emocionales, comunicativas y sociales, es decir, aquellas que requieren dar un “sentido social” y funcional a sus acciones (Aguilera, 2006; De la Iglesia y Olivar, 2007).

Respecto de sus dificultades, si bien los criterios diagnósticos del TA de la Asociación Americana de Psiquiatría indican que no hay retrasos clínicamente significativos ni alteraciones en la adquisición del lenguaje, reconocen que son algunos de los aspectos más sutiles de la comunicación los que suelen estar afectados (APA, 2002).

Presentan, a su vez, dificultades en el desarrollo de la interacción social y en los aspectos de cognición social. De hecho, se están realizando investigaciones de evaluación de las habilidades sociales y la conducta social (Winner, 2002), del desarrollo de la competencia social Gutstein y (Whitney, 2002), de evaluación conductual, social, y emocional (Barnhill, 2002).

Por otra parte, el TA puede coexistir con otros trastornos (Gillberg y Billstedt, 2000), de entre los que destacaremos los estudios acerca de la comorbilidad con trastornos de ansiedad (Gillott, Furniss y Walter, 2001), y con la depresión en adolescentes (Barnhill, 2001). Este grupo, fundamentalmente en la adolescencia, suele presentar un alto grado de ansiedad, estrés y depresión, por lo que se hace necesaria una atención especializada ante la posible aparición de los mismos y una intervención centrada en ellos en los casos en que ya haya hecho su aparición. Estos problemas pueden estar generados por sus dificultades comunicativas y socioemocionales, por eso, a través de programas de inclusión social se puede lograr una importante mejora en sus problemas de ansiedad y depresión.

Se constató un aumento en el número de personas diagnosticadas con TA (Wing y Potter, 2002), y es previsible que su número continúe siendo mayor, bien por la mejora en los procesos de evaluación diagnóstica, bien por el mayor conocimiento por parte de los clínicos, o bien por el aumento del número de nacimientos de niños con TA dado que su etiología aún permanece sin conocer.

2.3. Criterios diagnósticos.

En relación a los criterios diagnósticos del TA, el DSM-IV -TR (APA, 2002) propone:

A. Alteración cualitativa de la interacción social. Manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (Por ejemplo, no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
 4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:
1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas y rituales específicos, no funcionales.
 3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (Por ejemplo, sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 4. Preocupación persistente por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (Por ejemplo, a los dos años de edad utiliza palabras sencillas, a los tres años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo del desarrollo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado ni de esquizofrenia.

Como mencionamos anteriormente el TA en el DSM-V se elimina como categoría independiente, subsumiéndose en la categoría TEA. El comité de expertos entiende que los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2002), no son ni exactos ni fiables y valora que la etiqueta se ha utilizado de forma inexacta y poco rigurosa. Aunque se concibe el TA como parte del Espectro de Autismo, el comité afirma que la investigación no avala que el TA sea algo distinto del Autismo de alto nivel de funcionamiento, así como tampoco la existencia del TA como categoría independiente, tal y como ya habían señalado Belinchón y Olivar (2003). Dada la importancia del lenguaje y la competencia intelectual en la manifestación de los síntomas, el comité propone considerar la dimensión de severidad de los síntomas contemplando el funcionamiento verbal actual y la competencia intelectual.

CAPÍTULO 3.

HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO ASPERGER

En este capítulo, hacemos una descripción de las características de las habilidades sociales en niños y niñas con TA, y realizamos una descripción de las dificultades en las diferentes áreas de las habilidades que se evaluaron durante la investigación y que se compararon con niños normotípicos. Agregamos algunos estudios de investigación en el área de habilidades sociales en personas con TA.

3.1 Las habilidades sociales en niños y niñas con Trastorno de Asperger

En las interacciones sociales son definidas como “símbolos abstractos en permanente movimiento”. Peeters (2008) señala que en ese sentido el lenguaje es más estático, las palabras, al menos, siguen siendo las mismas. No obstante ninguna situación social se repite nunca de forma exacta. El significado de las interacciones sociales casi nunca es explícito, sino que existe la constante necesidad de analizar lo que uno observa, para entender su verdadero significado.

Los investigadores Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) en sus trabajos descubren un déficit específico a la hora de realizar inferencias sociales en los TEA y es que carecen de la capacidad meta-representacional básica que permite atribuir a otras personas estados mentales diferentes de los propios, inferir sus intenciones, creencias y conocimientos, y anticipar su conducta en función de tales inferencias. Esta capacidad meta-representacional está definida desde Premack y Woodruff (1978), como *teoría de la mente*.

De las palabras de Baron-Cohen (1993):

“Una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. Podríamos predecir que si a una persona le faltara teoría de la mente, es decir, si una persona estuviera ciega ante la existencia de los estados mentales, el mundo social le parecería caótico, confuso y, por lo tanto, puede ser que incluso le infundiera miedo. En el peor de los casos, esto podría llevarle apartarse del mundo social completamente, y lo

menos que podría suceder es que le llevara a realizar escasos intentos de interacción con las personas tratándolas como si no tuvieran “mentes”, y por lo tanto comportándose con ellas de forma similar a como lo hacen con los objetos inanimados” (p. 22).

Las personas con TEA, presentan un déficit específico en la habilidad de representarse los estados mentales en sí mismos y de los otros, y entender y predecir conductas en función de dichos estados. Son incapaces de atribuir estados mentales a los demás. Sus estados mentales se circunscriben a lo observable en el contexto concreto, físico. En particular, las dificultades sociales, (por no poder atribuir creencias u otro tipo de estados mentales a las personas), dificultades en el desarrollo simbólico y en los problemas comunicativos de origen pragmático, (usar el lenguaje en el contexto social) serían consecuencia de un desarrollo meta representacional inadecuado (De la Iglesia y Olivari, 2007).

Desde la explicación teórica del déficit mentalista, se da cuenta de las evidentes dificultades que enfrentan las personas con TA, que son aquellas derivadas de sus inhabilidades en interacciones sociales, manifiestas en dificultades para tomar la iniciativa en interacciones con iguales por no reconocer las sutilezas y las demandas implícitas en las situaciones sociales (Aguilera, 2006).

Los niños manifiestan dificultades para entender las reglas no escritas del juego social, porque no manejan las reglas tácitas del juego Aguilera (2006), esto responde a que el comportamiento social está lleno de reglas invisibles y abstractas que seguimos de manera instintiva Wing (1996) y el niño con TA, no logra decodificarlo. Prefiere jugar con los adultos, para ellos personas más interesantes, más sabias y, sobre todo, más tolerantes con respecto a sus dificultades sociales (Attwood, 2002).

Por otra parte Rivière (2001) señala, dentro de las características del TA:

“El trastorno cualitativo de la relación, incapacidad para relacionarse con iguales. Falta de sensibilidad a las señales sociales. Alteraciones de las pautas expresivas no verbales. Falta de reciprocidad emocional. Limitación importante en la capacidad para adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente dobles intenciones” (p. 29).

Cabe señalar que las dificultades descritas en la etapa escolar de primaria afectan en la integración con pares en que se hacen más evidentes. Las personas con TA, presentan dificultades en el entorno escolar debido a su dificultad para adaptarse a las reglas sociales y de comunicación con los profesores y con sus pares. Los problemas sociales, se suelen acentuar con la edad a medida que el niño se debe relacionar con niños y adultos ajenos a su entorno familiar. Belinchon (2008) destacó que, en el entorno escolar especialmente en que al tener que iniciar interacciones sociales les genera a los niños y niñas, gran estrés por no tener los recursos para lograr interaccionar con éxito con sus pares.

Según De la Iglesia y Olivari (2005, citado en la De la Iglesia y Olivari 2007) las personas con TEA de Alto Funcionamiento (TEA-AF, en adelante), presentan una serie de puntos fuertes en el área de las relaciones sociales, tales como:

- Ingenuidad. Honestidad. Nobleza. Carencia de maldad, intereses ocultos o dobles sentidos.
- Lealtad y fidelidad incondicional.
- Importante memoria facial y de los nombres de las personas que conocen, incluso aunque haga mucho tiempo que no se reúnen.
- Seriedad. Sentido del humor sencillo.
- Sinceridad. Por Ejemplo, en los juegos ni mienten ni hacen trampas.
- Objetividad en sus calificaciones e impresiones sobre el resto de las personas.
- Voluntariedad: perseverancia en el punto de vista que consideran correcto.
- Economizadores de tiempo. Puntualidad, no pierden el tiempo en convenciones sociales.
- Conversaciones funcionales.

3.2 Descripción de cada área de las habilidades sociales desde las características que presentan niños y niñas con TA.

En las *habilidades básicas de interacción*, los niños con TA, presentan dificultades ya que las convenciones sociales básicas como saludar, si no es alguien conocido no lo realiza, así como dar las gracias o pedir permiso, no las decodifican por no ser explícitas, muchas veces no saludan por la cantidad y formas de saludos que se presentan, que no logran captar la clave y al ser tan cambiantes genera en los niños y niñas confusión y finalmente no la integran en su repertorio.

En las *habilidades de hacer amigos*, los niños con TA, por sus dificultades en las interacciones sociales presentan dificultades para establecer relaciones de amistad, porque sus intereses no son compartidos por sus iguales. Manifiestan dificultades para tomar la iniciativa en las interacciones con pares, desean querer hacer amigos o amigas, pero no tienen las claves para hacerlo, porque no reconocen las sutilezas y las demandas implícitas en las situaciones sociales con pares. Se agrega la dificultad para entender las reglas escritas del juego social, no le permite establecer relaciones con sus iguales por no conocer como jugar, quedando aislado o aislada del grupo (Aguilera, 2006).

Martin Borreguero (2004) hace una descripción de comportamientos del TA (utilizando los criterios del DSM-IV) en que indica la incapacidad para desarrollar relaciones de amistad con iguales al nivel evolutivo:

“Criterio Diagnostico A (2). Síndrome de Asperger (299.80) planteando comportamientos específicos:

- Ausencia de interés para observar y participar en los juegos de otros niños.
- Interés en la observación del juego de otros niños desde la distancia sin participación activa en el juego. El niño no exhibe conductas de aproximación al grupo social de referencia.
- Aceptación pasiva de las ideas propuestas por otros sin contribuir activamente en el juego.
- El niño desea tener amigos pero no comprende el concepto de amistad y las implicaciones asociadas a la relación de amistad.
- Incapacidad de mostrar conductas dirigidas a compartir, cooperar y ayudar a otros.
- El niño establece una relación con otro niño basada exclusivamente en un interés compartido.
- El niño establece una relación con otro niño de naturaleza obsesiva e inapropiada. (Por ejemplo solo juega con este niño, siempre realizan la misma actividad).

- Impone sobre los demás sus ideas o reglas del juego.
- Prefiere las interacciones con adultos o niños más pequeños.
- Ausencia de identidad con su grupo social” (p. 62)

Attwood (2011), plantea un perfil de habilidades sociales y amistad en niños con TA, en que el niño puede tener una capacidad intelectual general normal, pero su concepción de la amistad se asemeja a la de un niño mucho más pequeño. De hecho, la elección natural de un compañero o amigo estará orientada a alguien que encaje con su nivel de madurez conceptual sobre la amistad y escoger por tanto, compañeros o amigos considerablemente más jóvenes que la edad real del niño. También refiere que existirían cuatro etapas características de las relaciones de amistad:

La primera en que el niño disfruta de estar solo, se interesa más en interactuar con adultos.

La segunda etapa, el niño tiene motivación, quiere unirse a grupos, pero carece de las habilidades sociales necesarias.

La tercera etapa, el niño presenta un comportamiento socialmente tranquilo con sus pares de clase pero ser muy intolerante en la relación familiar, e incluso negar de forma vehemente que tenga ningún problema.

La cuarta etapa, que se inicia en la adolescencia y continúa a lo largo de su edad adulta. Las dificultades se presentan por no encontrar pares con sus mismos intereses y forma de pensar, lo que genera sentimientos de soledad y el deseo permanente de tener a lo menos un amigo.

Los niños que evaluamos en nuestra investigación que corresponden a las edades entre 6 y 8 años, que describe Attwood (2002) suelen permanecer como observadores periféricos del juego social, rara vez logran crear relaciones profundas de amistad y llegan a establecer relaciones superficiales basadas en intereses comunes muy específicos como jugar videojuegos o en computador.

Se observa que gran parte de los problemas sociales de los niños con TA, conduce hacia una gran desmotivación para incluirse en tareas que tengan un valor social, desafío importante a generar apoyos motivadores y significativos que desarrollen competencias

sociales en niños con TA.

Las habilidades conversacionales. Las personas con TA, presentan dificultades en el desarrollo de habilidades pragmáticas y en el uso social del lenguaje, no logrando utilizar de manera social el lenguaje, para compartir experiencias y vivencias Aguilera, (2006). El perfil de habilidades comunicativas muestra por un lado un desarrollo adecuado de los aspectos estructurales del lenguaje, en general el niño adquiere una sintaxis adecuada, unas estructuras gramaticales complejas y un vocabulario extenso, variado y repleto de palabras rebuscadas (Martin Borreguero, 2004)

Las dificultades de comunicación en niños con TA, están manifestadas en la interpretación literal del lenguaje, manifestando dificultades en la comprensión de bromas, dobles sentidos, comentarios irónicos o modismos.

A nivel de la conversación aparecen dificultades en iniciar, mantener o finalizar una conversación con su interlocutor, además, su pronunciada dificultad para interpretar las conductas no verbales de los otros, le impide modular su comportamiento social y en una situación de intercambio comunicativo en función de los estados emocionales de los otros participantes (Martin Borreguero, 2004)

Manifiesta dificultad en la toma de turnos y la mantención de un tópico conversacional, llevando la conversación de manera inflexible a sus intereses específicos. Aparece un estilo de comunicación pedante, en ocasiones realiza comentarios ofensivos sin darse cuenta del efecto de sus palabras en su interlocutor.

Olivar (2000, citado en De la Iglesia y Olivar, 2007) sistematizó puntos débiles en el área de comunicación y lenguaje de las personas con TEA, destacando que en las conversaciones es donde se presentan las mayores dificultades en el trastorno del espectro, describiendo las siguientes características:

- Tiene conversaciones, pero tienden a ser lacónicas, breves, literales.
- Son consientes de la dificultad para encontrar temas de conversación.
- Tienen dificultades para iniciar las conversaciones, para introducir un tema nuevo, para diferenciar la información nueva de la ya dada.
- Presenta dificultades en los cambios de roles conversacionales.
- Se adapta con dificultad a las necesidades comunicativas de sus interlocutores.

- Lenguaje pedante. Lenguaje muy superior, gramaticalmente al de sus iguales.
- Tienen dificultades en la comprensión y uso del lenguaje figurativo (metáforas, ironías o chistes).
- Muestran dificultades en la comunicación referencial.

Hay que tener en cuenta las habilidades emocionales, en las personas con TA, y las dificultades para interpretar adecuadamente las emociones expresadas, que dificultan la comprensión del contenido emocional de los mensajes, puede provocar que el comportamiento del niño puede llegar a ser incongruente con el estado emocional de las personas que lo rodean (Martin Borreguero, 2004). Entre las razones de estas dificultades Attwood (2002), plantea que los niños o niñas, no solo presentan problemas en la comprensión de la expresión emocional de los demás, sino que, además en las propias expresiones del niño son inusuales y tienden a faltarles sutilidad y precisión. Al respecto Howlin (1986) señala, que la ausencia de la capacidad de empatía puede conducir al niño no solo a exhibir un comportamiento social inapropiado, sino que, también a expresar emociones incongruentes con respecto al contexto social.

Baron-Cohen (2003), describe que la empatía asegura que se perciba a una persona como una persona con sentimientos, y no como un agente que pueda ser usado para satisfacer las necesidades y deseos propios. La empatía instiga a interesarse en como se siente otra persona y lo que la otra persona piensa.

La empatía es el vehículo de las relaciones sociales. La empatía se compone de dos elementos principales: La atribución de estados mentales a sí mismo y a otros, como una forma natural de dar sentido a las acciones de los agentes y que las reacciones emocionales son apropiados para otros estados mentales (Baron-Cohen 2003).

Lo anterior expuesto, lleva a señalar que la no conceptualización clara de las emociones, en el niño con TA, lleva a tener dificultades como reacciones desproporcionadas a situaciones sociales, altos niveles de frustración por su inadecuada expresión de emociones, fluctuaciones de cambio de humor, mayor conciencia de diferencia, generando sentimientos de incomprensión y soledad, consecuentemente apareciendo una mayor dificultad para adaptarse a los cambios (Aguilera, 2006)

La solución de problemas interpersonales. Dentro de la competencia social uno de los aspectos importantes es la habilidad para resolver problemas interpersonales. Esta

competencia en los niños con TA, está claramente débil, por el déficit de las capacidades mentalistas, que se traduce en una gran dificultad para comprender e interpretar el mundo interno y que genera inseguridad en la persona con TA, inhabilitándolo para tener un pensamiento hábil de estrategias para resolver problemas con pares, que podríamos señalar como causa central de sus dificultades sociales. Sin embargo, el niño con TA, tiene capacidad intelectual adecuada para aprender estrategias de solución de problemas específicos y concretos que a través del aprendizaje de la secuencia de pasos, logra realizar Martín Borreguero (2004). De esta forma explícita y estructurada de las estrategias, puede lograr un acercamiento hacia el pensamiento de solución de problemas Aguilera (2006) poniendo al servicio de lo social competencias cognitivas.

En la relación con adultos, los niños con TA, generalmente es con quienes establece relaciones de interacción, ya que el adulto se adapta a sus necesidades, especialmente si sienten que es un referente positivo que lo acompaña, ya sea este un profesor o familiar, aunque inicialmente le es más difícil el acercamiento. Cuando logra establecer un vínculo este puede ser permanente. Incluso logra establecer interacciones a través del juego como señala Attwood (2002). Prefiere jugar con los adultos, para ellos personas más interesantes, más sabias y, sobre todo, más tolerantes con respecto a sus dificultades sociales.

Para observar más gráficamente las áreas de las habilidades sociales más evidentes de los niños normotípicos y niños con TA, es que se describen comparativamente en la siguiente tabla.

Tabla Comparativa de Habilidades Sociales en niños y niños con TA y normotípicos

DIMENSIONES	NORMOTÍPICO	TRASTORNO DE ASPERGER
Habilidades sociales básicas.	Manejo de interacciones básicas de interacción y protocolo social con pares y adultos.	No identifica, roles y protocolos sociales, dificultades para saludar, solicitar permiso, dar las gracias a pares y adultos.
Habilidades para hacer Amigos y amigas.	Se presenta una interacción prosocial, la amistad se comienza a integrar y el juego tiene un papel relevante, la estructura de reglas cobra importancia en el grupo.	Dificultad para establecer relaciones de amistad, presentan motivación, sin embargo no tiene las claves porque además los intereses de sus pares no son compartidos y no maneja las reglas del juego, permaneciendo como espectador o espectadora aislada del grupo.
Habilidades conversacionales.	Se desarrolla la conversación, como elemento de la comunicación relevante en la interacción entre pares en que se expresan protocolos básicos, necesidades, sentimientos y conflictos hacia sus pares y adultos.	A nivel de la conversación aparecen dificultades en iniciar o mantener o finalizar una conversación con su interlocutor, se agrega su dificultad para interpretar las conductas no verbales de los otros. Dificultad para realizar comentarios. Dificultad para comprender lenguaje figurado.
Habilidades emociones, sentimientos, derechos y opiniones.	Se inicia la expresión de sus emociones en términos de demanda, derechos y opiniones propias. Se manifiestan las personalidades de los niños y niñas en términos de mayor o menor asertividad en la relación con pares. La empatía cobra un papel importante en la interacción con otros.	Dificultades en la comprensión y expresión propia de la emoción. Incapacidad para identificarse con las emociones de los demás. Dificultad en el manejo de emociones en contexto.
Habilidades de solución de problemas interpersonales.	La solución de problemas interpersonales se hace evidente en esta etapa, ya que a través del juego se desarrollan estrategias de manejo de conflictos, necesitando la mediación del adulto, los niños y niñas comienzan a competir.	Dificultades en la solución de problemas por no tener estrategias para resolver problemas interpersonales. Requiere mediación total o parcial del adulto.
Habilidades de relación con los adultos.	El adulto en esta etapa que corresponde a sus padres y profesores, para el niño responde a una autoridad, y a normas que debe obedecer.	Considera al adulto un referente de protección permanente sean estos su padres o profesores. Excesivas conductas de imitación de referentes.

3.3 Estudios de investigación sobre las habilidades sociales de niños con TA

En este apartado señalaremos algunos trabajos de investigación que han estudiado las habilidades sociales en el TA.

Martin Borreguero (2005), realizó una revisión selectiva de los trabajos dirigidos al estudio del perfil de habilidades lingüísticas y de comunicación del individuo afectado por TA. Todos los trabajos revisados aportan datos consistentes con la existencia de un perfil lingüístico particular asociado al TA, que se caracteriza por presentar áreas de competencias significativas con respecto a la adquisición de los elementos formales y estructurales del lenguaje, así como áreas de déficit acentuadas en el desarrollo de las habilidades pragmáticas y adquisición de componentes semánticos específicos.

La conclusión de su estudio, es que la alteración de las habilidades pragmáticas o de la comunicación social se observa en todos los individuos afectados por el TA, y en consecuencia, constituye un rasgo nuclear del cuadro sintomático del trastorno. Los estudios revisados señalan la relevancia de la identificación del perfil lingüístico en tanto que puede facilitar el establecimiento del diagnóstico del TA, y contribuir a precisar los límites de diferenciación no sólo con otros trastornos generalizados del desarrollo, sino con otros trastornos psiquiátricos que presentan un solapamiento sintomático.

Otra Investigación Siboldi, (2011), se llevó a cabo con el objetivo de conocer cuáles son los beneficios que brindan los grupos de entrenamiento en la calidad de vida de las personas con TA. La muestra estuvo compuesta por cinco adolescentes de 12 a 20 años con TA, de la ciudad de Buenos Aires. Utilizaron como técnica de recogida de datos, observaciones de las sesiones de entrenamiento, entrevistas dirigidas a los adolescentes, y encuestas para los padres. Los datos se analizaron desde un enfoque cualitativo, guiados por categorías elaboradas previamente dirigidas a hacia la calidad de vida y las habilidades sociales. Concluyó en su investigación, que el grupo de entrenamiento en habilidades sociales se constituye en un espacio de aprendizaje y ensayo ecológico para las personas con TA, y se observaron avances estables y funcionales en relación al tiempo de tratamiento y acompañamiento familiar. La falta de generalización de habilidades complejas son las que afectan la calidad de vida de las personas con TA.

Flamarique (2013), realizó una tesis con una propuesta de actividades para la mejora de habilidades sociales en alumnos de 3º de Educación Primaria con TA. El objetivo fundamental de este estudio fue la propuesta de una serie de actividades encaminadas a la mejora de las habilidades sociales en alumnos de 3º de Educación Primaria con TA. Para su diseño se ha entrevistado a expertos y se ha utilizado la observación no participante. Resultado de esto ha sido una propuesta de intervención que a través de una serie de actividades, fundamentalmente de carácter cooperativo, lleva a los alumnos con TA, a mejorar su integración y rendimiento en el entorno escolar.

Martínez, García y Bravo (2010) estudiaron el efecto del desarrollo de una intervención educativa en alumnado con TEA sobre la comprensión de emociones y creencias como medio para la mejora de sus habilidades sociales. Para ello, doce alumnos con TEA de Educación Primaria y Secundaria participaron en un diseño de investigación colaborativa con evaluación inicial y final donde, para la obtención de datos, se elaboraron materiales didácticos para la enseñanza y evaluación de la comprensión de emociones y creencias y una escala de valoración de habilidades emocionales y sociales para personas con TEA (EVHES), previamente validada. Los resultados mostraron que el desarrollo de métodos colaborativos entre profesorado de alumnos con TEA y especialistas universitarios incide de forma positiva sobre los procesos de enseñanza de la comprensión de emociones y creencias y mejora de las habilidades sociales.

En la tesis de Martínez (2011) se plantea que los déficits pragmáticos que se producen en algunos sujetos con TA, desencadenan numerosas dificultades de tipo comunicativo que van a afectar a las relaciones interpersonales y su desarrollo como seres sociales en el contexto. Esto provoca que, a nivel sintáctico y gramatical, estos sujetos no presenten alteraciones significativas, a pesar de obtener un retraso en edades tempranas. Sin embargo, en lo que respecta al uso que se hace del lenguaje, presentan alteraciones significativas que afectan a la interacción social del sujeto y a la comprensión de su entorno, tales como la falta de modulación vocal, las alteraciones semánticas (literalidad, lenguaje figurado, conceptos espaciotemporales...), y alteraciones pragmáticas que implican errores relevantes dentro del ámbito conversacional y las cuales resultan extrañas para los interlocutores.

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4

4.1. Preguntas de investigación

De todo lo comentado anteriormente, nos surgen una serie de dudas, que constituyen nuestras preguntas de investigación:

¿Qué es y cómo se genera el desarrollo social en los niños?

¿Qué son y cómo se desarrollan las habilidades sociales?

¿Cuáles son las dimensiones de las habilidades sociales?

¿Qué diferencias hay en el desarrollo social de niños con desarrollo normotípico y niños con TA?

¿Qué dimensiones de las habilidades sociales están afectadas en los niños con TA?

4.2. Objetivo general y objetivos específicos

El *objetivo general* de nuestro estudio es analizar comparativamente las habilidades sociales que se presentan niños con TA y niños normotípicos en edades y nivel de escolaridad similar.

Este objetivo general se concreta en los siguientes *objetivos específicos*:

- Analizar teóricamente los conceptos de desarrollo social, habilidades sociales y sus dimensiones.
- Analizar los niveles de CI y comprensión verbal en niños con TA y normotípicos
- Comparar las habilidades sociales de ambos grupos de niños.

4.3. Hipótesis

Las hipótesis propuestas en nuestro trabajo fueron:

H1 Los niños con TA presentarán mayores dificultades en habilidades sociales, tomadas en su conjunto, que los niños de desarrollo normotípico de la misma edad y desarrollo cognitivo.

H2. Los niños con TA presentarán mayores dificultades en cada uno de los subtipos de habilidades sociales que los niños de desarrollo normotípico de la misma edad y desarrollo cognitivo.

CAPÍTULO 5

Metodología de la investigación

5.1. Participantes:

Los participantes del Grupo 1 (Asperger) fueron seleccionados de las escuelas en que se encuentran integrados niños con TA, en total cuatro escuelas y que cursaban 1º, 2º y 3º Básico (Primaria). Los del Grupo 2 (Normotípico) se seleccionaron del Colegio Particular subvencionado de los cursos de 1º, 2º y 3º Básico (Primaria). De todos ellos se obtuvo el consentimiento informado. (Ver Anexo 1)

La muestra estuvo compuesta por un total de 20 participantes, 10 niños con TA, (G1) y 10 niños con desarrollo normotípico (G2) de edades comprendidas entre los 6 y 8 años. A nivel de género, en ambas muestras hay una niña. (Ver Anexo 2)

De acuerdo al Ministerio de Educación Chileno el sistema educacional chileno se caracteriza por tener una organización descentralizada, lo cual significa que su administración se realiza a través de instituciones del estado autónomas, municipales, particulares y fundaciones, que asumen ante el Estado la responsabilidad de dar educación y mantener un establecimiento educacional.

El sistema educacional, es reconocido en la Constitución Política del Estado, y está constituido por cuatro niveles educacionales: el nivel Preescolar, el nivel Básico, el nivel Medio y el Nivel de Educación Superior.

El nivel educacional que corresponde a la muestra de la investigación es el Nivel Básico, se ingresa a él a los seis años de edad y tiene una duración de ocho años. Se imparte en Escuelas municipales y privadas de Chile.

Los dos grupos de la muestra fueron equiparados en Edad Cronológica, Cociente Intelectual (medido con la Escala Wechsler, WISC-III) y Comprensión Verbal (medido con el Test de Vocabulario en Imágenes, TEVI-R) (Ver Anexo 3)

No hubo diferencias estadísticamente significativas ni en Edad Cronológica ($U=47,500$; $p=,850$), ni en Cociente Intelectual ($U=49,500$; $p=,970$), ni en comprensión verbal ($U=36,500$; $p=,350$) (Ver Tabla 3). Los resultados de la aplicación de la U de Mann-Whitney pueden consultarse en el Anexo 3.

Tabla 3. Características de la muestra

	Grupo 1 (Asperger)	Grupo 2 (Estándar)	U Mann- Whitney	P
Edad	M=86,300 DT=8,06	M=85,600 DT=7,501	47,500	,850
Cronológica (EC)	Mínimo=76 Máximo=102	Mínimo=77 Máximo=98		
Cociente Intelectual (WISC-III)	M=102,400 DT=10,035 Mínimo=89 Máximo=120	M=102,200 DT=9,658 Mínimo=89 Máximo=118	49,500	,970
Comprensión Verbal (TEVI- R)	M=53.200 DT=8,521 Mínimo=45 Máximo=70	M=54,500 DT=6,587 Mínimo=48 Máximo=68	36,500	,305

5.2. Diseño:

El estudio realizado es cuantitativo con un diseño no experimental o diseño ex post facto y muestreo intencionado no probabilístico, en que se seleccionó la muestra por características de condición Asperger y normotípico, sin posibilidad de manipularlas. Se habla de diseño “ex post facto” todos aquellos diseños en los que el investigador no asigna aleatoriamente a los sujetos a los valores de la variable independiente sino que los selecciona por poseer ya un determinado valor en dicha variable (León y Montero, 1996).

5.3. Instrumentos:

Los instrumentos utilizados para equiparar la muestra fueron:

Test de inteligencia para niños de Wechsler Tercera edición (WISC III), Normas de estandarización Chilena, Ramírez, Rosas (2007). Es un instrumento Clínico de administración individual para evaluar la capacidad la capacidad intelectual de niños de 6 años a 16 años y 11 meses de edad.

El WISC III consta de varias subpruebas, cada una de las cuales mide una faceta diferente de la inteligencia, el desempeño del niño en estas diversas pruebas se resume en tres puntajes compuestos, que son el coeficiente intelectual CI Verbal, de ejecución y total, que proveen estimaciones de la capacidad intelectual del individuo. (Ver Anexo 4)

Test de Vocabulario en Imágenes, TEVI-R.

Ha sido diseñado por investigadores de la Universidad de Concepción en Chile. Echeverría, Herrera, Segure (2007), para evaluar el nivel de comprensión de vocabulario pasivo que posee un niño o niña entre 2 años y medio a 17 años, hablante de español. Intenta medir la comprensión que un niño o niña tiene de un término que ha sido enunciado verbalmente por el examinador; para ello, el niño o niña debe seleccionar una imagen que corresponda al término expresado, de entre cuatro posibles.

El TEVI-R está constituido por 116 láminas y sus correspondientes listas de estímulos con dos formas de aplicación, una forma A y una B. Puede aplicarse de forma individual o grupal. El Test se asemeja al Peabody Picture Vocabulary Test (Dunn, 1965, 1981) utilizado en Estados Unidos, pero difiere de este al no establecer correlaciones con C.I.

Este instrumento permite conocer la posición de un niño o niña en relación con sus pares respecto a la comprensión de vocabulario, detectándose gracias a ello posibles retrasos en este nivel lingüístico, lo que facilita una adecuada y oportuna intervención, pudiendo posteriormente reevaluar el impacto de dichas estrategias de desarrollo del lenguaje.

Cabe destacar, que es una prueba nacional (Chile), con una significativa muestra y que satisface la necesidad evaluativa en el aspecto léxico del lenguaje. (Ver Anexo 5)

El instrumento que se utilizó para evaluar las variables de medida de ambos grupos de la muestra fue:

Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS) (Monjas, 2009a) (Ver Anexo 6)

Este cuestionario consta de sesenta ítems que describen conductas interpersonales adecuadas y positivas y el adulto ha de señalar en una escala tipo Likert de cinco puntos (nunca, casi nunca, bastantes veces, casi siempre, siempre) la frecuencia con la que la niña o el niño emite cada comportamiento.

Se obtienen datos de la competencia social general y de seis subescalas de habilidades: 1) sociales básicas, 2) para hacer amigos y amigas, 3) conversacionales, 4) emociones, sentimientos, derechos y opiniones, 5) solución de problemas interpersonales y 6) relación con los adultos. Estos aspectos corresponden con los contenidos del “Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)” (Monjas, 2009a).

Datos que se obtienen:

- Puntuación total de la escala: competencia social general.
- Puntuación en cada una de las seis subescalas.

Para la corrección hay que tener en cuenta que:

- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación obtenida en todos y cada uno de los ítems. La puntuación total mínima es 60 y la puntuación máxima es 300. Las puntuaciones altas indican alto nivel de habilidades sociales, mientras que las bajas denotan déficit en la conducta interpersonal.

Ítems de cada subescala:

Versión Heteroinforme. Cómputo en los siguientes ítems:

- 1) Habilidades sociales básicas (ítems 2, 11, 20, 29, 32, 33, 49, 50, 52, 53)
- 2) habilidades para hacer amigos y amigas (ítems 13, 15, 16, 21, 26, 28, 31, 40, 41, 56)
- 3) habilidades conversacionales (ítems 12, 14, 23, 38, 43, 46, 48, 51, 55, 58)
- 4) habilidades relacionadas con emociones y sentimientos (ítems 1, 6, 7, 8, 24, 34, 39, 47, 57, 59)
- 5) habilidades de solución de problemas interpersonales (ítems 3, 10, 19, 25, 30, 42, 44, 45, 54, 60)
- 6) habilidades de relación con los adultos (ítems 4, 5, 9, 17, 18, 22, 27, 35, 36, 37)

Para la interpretación de los resultados hay que tener en cuenta que las puntuaciones altas indican alto nivel de habilidades sociales, mientras que las bajas denotan déficit en la conducta interpersonal. (Ver Anexo 7)

5.4. Variables de medida:

Las variables que se evaluaron fueron las correspondientes a las seis subescalas del Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS) (Monjas, 2009a): 1) sociales básicas, 2) para hacer amigos y amigas, 3) conversacionales, 4) emociones, sentimientos, derechos y opiniones, 5) solución de problemas interpersonales y 6) relación con los adultos.

La puntuación en cada subescala se obtiene sumando la puntuación obtenida en los ítems correspondientes, que están indicados en la primera columna del cuestionario titulada Subescala en la que aparece un número entre paréntesis. La puntuación total mínima en cada subescala es 10 y la puntuación máxima es 50. Las puntuaciones altas indican alto nivel de habilidades sociales, mientras que las bajas denotan déficit en la conducta interpersonal.

Presentan un mínimo y máximo de puntuación por cada subescala, es decir que son variables escalares.

5.5. Procedimiento:

Al iniciar el estudio, se realizó una búsqueda de 20 participantes, que estuvieran en enseñanza básica o primaria, en edades entre 6 y 8 años, 10 de ellos con TA y 10 con desarrollo normotípico.

La muestra de niños normotípicos se encuentra en un colegio particular, subvencionado por el estado de Chile, que atiende niños desde educación parvularia, enseñanza media o secundaria, con proyecto de integración de niños con necesidades educativas especiales. De este colegio se obtiene la muestra de 10 niños normotípicos y 3 con TA, que están integrados en el colegio, en enseñanza primaria en cursos de 1° a 3° básico, (Primaria) en Santiago de Chile.

La muestra de niños con TA, se obtiene de niños que están en evaluación en el Centro Leo Kanner, Centro de Tratamiento de trastornos de la Comunicación, en Santiago de Chile. Centro particular, que apoya y atiende niños con trastornos del espectro autista, en que sus servicios son apoyar la integración escolar y talleres de habilidades sociales a personas con síndrome de asperger, en edades comprendidas entre los 5 a 25 años.

De este centro, se obtiene la muestra de 7 niños entre 6 y 8 años con TA, que están en evaluación para el ingreso al Centro y que se encuentran integrados en escuela en el primer ciclo escolar entre 1° y 3° básico (Primaria), que no han tenido apoyos respecto de su condición. Que se encuentran en diferentes escuelas de la región Metropolitana, Santiago de Chile.

Se contactó con las familias de todos los niños y se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su autorización para aplicar las pruebas de C.I., nivel lingüístico y habilidades sociales a cada uno de sus hijos. Se les entregó una carta a los padres de los niños de cada grupo con el objetivo de obtener el consentimiento. Todas las familias firmaron el consentimiento. (Anexo 1 carta de autorización)

Realizada esta formalidad, la investigadora organiza el horario de aplicación de pruebas a los niños. En los niños con desarrollo normotípico se aplican las pruebas en horario escolar, los niños con TA, realizan las pruebas en el Centro Leo Kanner, en que vienen acompañados por sus padres. Las pruebas aplicadas están descritas en el apartado “Instrumentos.”

Obtenidos los datos de las pruebas aplicadas se hicieron los análisis estadísticos para equiparar las muestras, y luego las de comparación de las variables de medida. De esto se obtuvieron los resultados que se describen el “capítulo 6.”

5.6. Análisis de datos:

Para los análisis estadísticos se ha utilizado el Paquete estadístico informático, SPSS 15.0. Utilizamos la prueba de t para grupos independientes que permitió comparar las muestras.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

En este capítulo analizamos los resultados obtenidos de la comparación de los dos grupos (G1=TA; G2: Estándar) en las variables de habilidades sociales del CHIS.

Utilizamos la prueba de t para grupos independientes. Si bien se puede objetar que la muestra es demasiado pequeña, esta prueba se puede utilizar si se garantiza que las varianzas son homogéneas a partir de los resultados de la prueba F de Levene. Como se puede observar en la Tabla 4, todas las p son superiores a .05 en Levene, con lo que se garantiza la homogeneidad de las varianzas entre los grupos. En la columna de las DT se puede constatar que las dispersiones son bastante parejas entre los grupos.

De los datos obtenidos, se desprende que el grupo G1 (Asperger) obtiene puntuaciones significativamente menores en todas las variables analizadas.

Variable	Grupo	M	DT	F Levene	p	t	gl	p																																																																		
BÁSICAS	Asperger	16,3	3,16	0,511	0,484	-19,829	18	0,000																																																																		
	Estándar	45,6	3,44						AMIGOS	Asperger	16,8	3,43	2,291	0,148	-15,536	18	0,000	Estándar	44,5	4,48	CONVERSACIONALES	Asperger	14,3	3,5	3,939	0,063	-16,584	18	0,000	Estándar	45,4	4,79	EMOCIONES	Asperger	17,2	4,37	0,033	0,857	-14,21	18	0,000	Estándar	44,1	4,1	SOLUCIONPRO	Asperger	12	2,4	0,282	0,602	-18,608	18	0,000	Estándar	40,7	4,24	RELACIÓN	Asperger	19,2	4,73	0,243	0,628	-13,64	18	0,000	Estándar	45,1	3,7	TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739
AMIGOS	Asperger	16,8	3,43	2,291	0,148	-15,536	18	0,000																																																																		
	Estándar	44,5	4,48						CONVERSACIONALES	Asperger	14,3	3,5	3,939	0,063	-16,584	18	0,000	Estándar	45,4	4,79	EMOCIONES	Asperger	17,2	4,37	0,033	0,857	-14,21	18	0,000	Estándar	44,1	4,1	SOLUCIONPRO	Asperger	12	2,4	0,282	0,602	-18,608	18	0,000	Estándar	40,7	4,24	RELACIÓN	Asperger	19,2	4,73	0,243	0,628	-13,64	18	0,000	Estándar	45,1	3,7	TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739	-18,868	18	0,000	Estándar	265,4	20,19						
CONVERSACIONALES	Asperger	14,3	3,5	3,939	0,063	-16,584	18	0,000																																																																		
	Estándar	45,4	4,79						EMOCIONES	Asperger	17,2	4,37	0,033	0,857	-14,21	18	0,000	Estándar	44,1	4,1	SOLUCIONPRO	Asperger	12	2,4	0,282	0,602	-18,608	18	0,000	Estándar	40,7	4,24	RELACIÓN	Asperger	19,2	4,73	0,243	0,628	-13,64	18	0,000	Estándar	45,1	3,7	TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739	-18,868	18	0,000	Estándar	265,4	20,19																		
EMOCIONES	Asperger	17,2	4,37	0,033	0,857	-14,21	18	0,000																																																																		
	Estándar	44,1	4,1						SOLUCIONPRO	Asperger	12	2,4	0,282	0,602	-18,608	18	0,000	Estándar	40,7	4,24	RELACIÓN	Asperger	19,2	4,73	0,243	0,628	-13,64	18	0,000	Estándar	45,1	3,7	TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739	-18,868	18	0,000	Estándar	265,4	20,19																														
SOLUCIONPRO	Asperger	12	2,4	0,282	0,602	-18,608	18	0,000																																																																		
	Estándar	40,7	4,24						RELACIÓN	Asperger	19,2	4,73	0,243	0,628	-13,64	18	0,000	Estándar	45,1	3,7	TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739	-18,868	18	0,000	Estándar	265,4	20,19																																										
RELACIÓN	Asperger	19,2	4,73	0,243	0,628	-13,64	18	0,000																																																																		
	Estándar	45,1	3,7						TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739	-18,868	18	0,000	Estándar	265,4	20,19																																																						
TOTAL CHIS	Asperger	95,8	20	0,114	0,739	-18,868	18	0,000																																																																		
	Estándar	265,4	20,19																																																																							

Tabla 4. Resultados de la comparación de las dos muestras G1 (Asperger), G2 (Estándar).

Aceptamos con evidencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que las *habilidades básicas* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos, ya que la media de los primeros es de 16,3 mientras que la de los niños normotípicos es de 45,6.

Aceptamos con evidencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que las *habilidades para hacer amigos* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos, ya que la media de los primeros es de 16,8 mientras que la de los niños normotípicos es de 44,5.

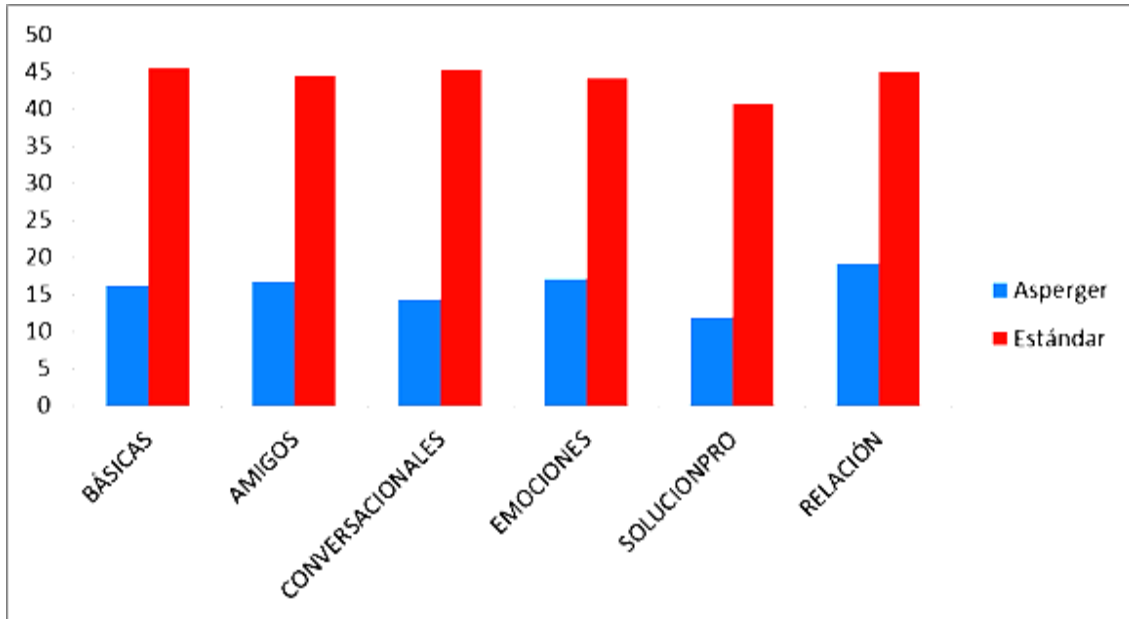
Reconocemos con evidencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que las *habilidades conversacionales* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos, ya que la media de los primeros es de 14,3 mientras que la de los niños normotípicos es de 45,4.

Aceptamos con evidencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que las *habilidades relacionadas con emociones y sentimientos* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos, ya que la media de los primeros es de 17,2 mientras que la de los niños normotípicos es de 45,4.

Aceptamos con evidencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que las *habilidades de solución de problemas interpersonales* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos, ya que la media de los primeros es de 12 mientras que la de los niños normotípicos es de 40,7.

Confirmamos con evidencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que las *habilidades de relación con adultos* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos, ya que la media de los primeros es de 19,2 mientras que la de los niños normotípicos es de 45,1.

Estas diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de la muestra, se exponen con mayor claridad en la Gráfica 1, donde se observan las puntuaciones de cada uno de los dos grupos en las seis subpruebas del CHIS (Habilidades sociales básicas; habilidades para hacer amigos y amigas; habilidades conversacionales; habilidades relacionadas con emociones y sentimientos; habilidades de solución de problemas interpersonales; y habilidades de relación con los adultos), así como en la puntuación total del CHIS.



Gráfica 1. Comparación de las puntuaciones medias de los dos grupos en las subpruebas del CHIS.

Los datos obtenidos son bastante elocuentes en el sentido de que el grupo de niños con TA puntúa de manera estadísticamente significativa muy por debajo del grupo de niños estándar en todas las variables de medida, ya que los niños con TA, obtienen una puntuación media de 16 en habilidades sociales mientras que los niños normotípicos obtienen un promedio de 44. Debido a lo cual se puede aceptar la hipótesis alterna ($\mu_{hs TA} < \mu_{hs Nn}$) de que los niños con TA, presentan menores habilidades sociales que los niños normotípicos.

CAPÍTULO 7

Discusión y conclusión

De las hipótesis planteadas en la investigación, la hipótesis primera se corrobora, ya que los niños con TA presentan mayores dificultades en habilidades sociales, tomadas en su conjunto, que los niños y niñas de desarrollo normotípico de la misma edad y desarrollo cognitivo (resultados obtenidos de la prueba t para muestras independientes, donde se observan diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales en la comparación de los dos grupos de la muestra). De acuerdo a la investigación teórica realizada, las habilidades sociales en los niños con TA constituyen el déficit central del trastorno que afecta sus competencias sociales en la interacción con sus pares.

Los resultados también corroboran la segunda hipótesis dado que los niños con TA presentarán mayores dificultades en cada uno de las subáreas de habilidades sociales que los niños de desarrollo normotípico de la misma edad y desarrollo cognitivo. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos, confirmando que en las habilidades de interacción básicas los niños con TA presentan mayores dificultades que los niños normotípicos. En esta habilidad, que se refiere específicamente a las convenciones sociales o protocolos sociales, los niños con TA no logran decodificar con facilidad por tener un carácter implícito por el déficit mentalista que presentan los niños con TA, y la dificultad para procesar los estímulos sociales complejos, lo que explicaría las severas dificultades con que se enfrentan las personas con TEA cuando intentan relacionarse con los demás (González, 2009).

En cuanto a las *habilidades para hacer amigos* de los niños con TA, son menores que los niños normotípicos. Se confirma que en el análisis de medias y en los estudios, las dificultades están manifiestas especialmente en la edad escolar, edades en que los niños comienzan a generar amigos, en que los niños no logran generar amistades por la dificultad para entender las reglas escritas del juego social, que no le permite establecer relaciones con sus iguales por no conocer como jugar, quedando aislado o aislada del grupo (Aguilera, 2006).

Que los niños con TA presentan menores habilidades conversacionales que los niños normotípicos, se confirma en el análisis de medias y se confirma en la revisión teórica en que las dificultades pragmáticas y el uso social del lenguaje y comprensión literal afecta en el desarrollo de la conversación eficaz con un par o adulto.

Las habilidades emocionales de los niños con TA son menores que los niños normotípicos, lo que se confirman en nuestro estudio y lo atestiguan las observaciones y estudios de personas con TA. Según plantea Attwood (2002), presentan problemas en la comprensión de la expresión emocional de los demás, sino que, además en las propias expresiones emocionales.

También se confirman las menores habilidades de solución de problemas interpersonales de los niños con TA, que los niños normotípicos. El niño o niña con TA, presenta un débil pensamiento hábil de estrategias para resolver problemas con pares.

Finalmente también se confirma la variable habilidades de relación con adultos de los niños con TA, cuyas puntuaciones son menores que los niños normotípicos. En los estudios analizados en la parte teórica, se describen que la relación con adultos se establece de forma horizontal, ya que el niño adolece de la relación con sus pares y la traslada a los adultos especialmente porque las demandas sociales de este son menores a diferencia de los pares.

De los datos obtenidos en este estudio de carácter descriptivo cuyo objetivo fue analizar comparativamente las habilidades sociales que presentan niños con TA y niños normotípicos en edades y nivel de escolaridad similar, podemos concluir que los niños y niñas con TA presentan comparativamente mayores dificultades en habilidades sociales que los niños y niñas de desarrollo normotípicos.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Una de las limitaciones de nuestro estudio es el tamaño de la muestra. Sin embargo, conviene señalar que se trata de un Trabajo fin de Master, en el que se considera importante aprender de la práctica investigadora con el objetivo de dar cuenta de las competencias desarrolladas en el Master de Investigación Aplicada a la Educación.

Los resultados obtenidos son de carácter descriptivo, y no generalizables a otros contextos. No obstante, han servido para constatar empíricamente un hecho evidente en

la práctica educativa y es que los niños con TA presentan serias dificultades en su relación con los compañeros en la edad escolar. Esto nos brinda la posibilidad de seguir la investigación con la propuesta de un programa para la mejora de las habilidades sociales a través de una tesis doctoral que apunte al entorno escolar desde unidades pedagógicas que se puedan incorporar en los objetivos transversales del Colegio de manera que se brinden apoyos específicos a niños con TA y también a niños de desarrollo típico, desde una perspectiva inclusiva.

Alguien hizo un círculo para dejarme fuera y yo hice uno más grande para incluirlos a todos (Anónimo)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Original de 2000).
- Aguilera, M. (2006). *Asperger, un pensar diferente*. Santiago: Aproc.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger. Una guía para la familia*. Barcelona: PAIDOS.
- Bandura, A. (1965). Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- Barnhill, G.P., Cook, K.T., Tebbenkamp, K., y Myles, B.S. (2002). The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with Asperger syndrome and related pervasive developmental delays. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17, 112-118.
- Barnhill, G.P (2001). Social attributions and depression in adolescents with Asperger syndrome. *Focus on Autism and other Development Disabilities*, 16, 46-53.
- Bauminger, N. y Schulman, C. (2003). The development and maintenance of friendship in high-functioning children with autism. *Maternal Perceptions. Autism*. 7, 81-87.
- Baron-Cohen, S. Leslie, A. y Frith, U. (1985) Does the autistic child have a "theory of mind?" *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S. y Bolton, P. (1993), *Autism: the facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S (2003). *The Essentials difference. Me, Women, and extreme male brain*. Londres: The Penguin Press.
- Belinchon, M., Hernández, J.M. y Sotillo, M. (2008). *Personas con síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Bellini, S. (2006) *Building social relationships*. Kansas: APC.
- Carmona, L.M., y Villanueva, C. (2006) *Guía práctica del juego en el niño y su adaptación en necesidades específicas*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- De la Iglesia, M., Olivar, S. (2007). *Autismo y Síndrome de Asperger. Trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. Guía para educadores y familiares*. Madrid: CEPE.

- Echeverría, M.S., Herrera, M.O., y Segure, J.T. (2007). *Test de vocabulario de imágenes*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Equipo Iridia (2013). Descripción DSM-V. recuperado el 25 mayo 2013 desde http://www.equipoiridia.es/web_ei/autismo-y_dsm5
- Erikson. E. H. (1963) *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- Flamarique, L.L. (2013). Propuesta de actividades para la mejora de habilidades sociales en alumnos de 3º de Educación Primaria con Síndrome de Asperger (Tesis de grado). Recuperada de <http://reunir.unir.net/handle/123456789/1708>
- García, A. (2008). *Espectro Autista: definición, evaluación e intervención educativa*. Serie: Recursos didácticos. Junta de Extremadura.
- Gillberg C. y Billstedt E. (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders, *Acta Psychiat Scand*, 102, 321–330.
- Gillott, A., Furniss, F., y Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism, *Annual Review of Cyber Therapy and Telemedicine*, 5, 277-286.
- González, A. (2009). *El síndrome de Asperger. Guía para mejorar la convivencia escolar dirigida a familiares, profesores y compañeros*. Madrid: CEPE.
- Gutstein, S.E. y Whitney, T. (2002). Asperger syndrome and the development of social competence. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17, 161-171.
- Howlin, P. (1986): An overview of social behaviour in autism. En E. Shopler y G. B. Mesibov (eds.), *Social behaviour and autism*, 103-126. Nueva York: Plenum Press.
- Hurlock, E. B. (1988). *Desarrollo del niño*. México: McGraw –Hill/interamericana.
- León, O. G. y Montero, I. (1996). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGRAW-HILL.
- MINEDUC (2010). *Manual de apoyo a docentes: Educación de estudiantes que presentan trastornos del espectro autista*. Santiago de Chile: Mineduc.
- Monjas, M.I. (2009a). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS)*. Madrid: CEPE. (1ª ed., 9ª imp.).
- Monjas, I. (2009b) *Como promover la convivencia: Programa de asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE.
- Morris, C., y Maisto, A. (2001) *Introducción a la psicología*. México: PEARSON.
- N I C H D (2002, Abril). *Preguntas y Respuestas sobre el Autismo para Profesionales de la Salud*. Extraído el 06 de mayo de 2012 desde <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/asd.cfm>

Martínez, F. R. (2011). *Síndrome de Asperger: lenguaje y uso social* (tesis de grado).

Recuperada de <http://hdl.handle.net/10835/1154>

Martínez, L.J., García, A.S., y Bravo, L.P. (2010). La enseñanza de emociones y creencias a alumnos con trastornos del espectro autista: una investigación colaborativa, *Revista de curriculum y de formación profesorado*. Vol. 14; 1,

Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7127>

Martin. Borreguero, P. (2004). *El síndrome de asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?* Barcelona: Alianza.

Martin Borreguero, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con Síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica, *Revista Neurología*; 41 (Supl 1), 115-22.

Peeters, T. (2008). *Autismo: de la comprensión teórica a la práctica educativa*. Ávila: Autismo Ávila.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in Childhood*, Nueva York: W. W. Norton.

Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind *Behavioral and Brian Sciences*, 1, 515-526.

Pulaski, M. A. S. (1998). *El desarrollo de la mente infantil según Piaget*. Barcelona: Paidós Educador.

Rivière, A. (1997). El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales. En A. Rivière y J. Martos (Comps.), *El tratamiento del autismo: Nuevas Perspectivas* (pp.23-60). Madrid: Imsero.

Rivière, A. (2001). *Autismo orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trota

Roca, E. (2007). *Como mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE

Rosas, R. y Ramírez, V. (2007). *Test de inteligencia de Wechsler (WISC-III)*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Selman, R. L. (1989). El desarrollo socio-cognitivo. En E. Turiel, I. Enesco y J. Linaza, *El mundo social en la mente infantil* (pp.: 97-123). Buenos Aires: Alianza.

Schaffer, H. R., y Emerson, P.E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monograph of the Society for research in child development*. 29 (3, serial N° 94).

Shaffer, David, R. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: International Thomson Editores.

- Shattock, P., Barthélemy, C., Fuentes, J., Van der Gaag, R. y Visconti, P. (2000):
Descripción del autismo. Consejo Autismo Europa. Obtenido el 22 de mayo de 2012 desde http://iier.isciii.es/er/pdf/er_autis.pdf
- Siboldi, J. E. (2011). Síndrome de Asperger y habilidades sociales: un abordaje grupal (tesis de grado) Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf>
- Trianes, T., Muñoz, A.M., y Jiménez, M. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y en La adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M.A. (2006). *P.H.S. Programa de habilidades sociales: programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Vigotsky, L.S. (1979). El papel del juego en el desarrollo. En Vigotsky, L. S., *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp.141-158). Barcelona: Crítica.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: a guide for parents and professionals*. Londres: Constable.
- Wing, L. y Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorder: Is the prevalence rising? *Mental retardation and developmental, Disabilities Research reviews*, 8, 151-161.
- Winner, M. G. (2002). Assessment of social skills for students with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Assessment for Effective Intervention*; 27, 73-80

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 1.1

Fecha:

Invitación para participar en un proyecto de investigación.

Responsable: María del Carmen Aguilera Pérez

Estimados Padre/Madre/Tutor, quien suscribe solicita a usted considerar la invitación a la participación de su hijo en la investigación: **“Estudio comparativo de las habilidades sociales de niños con trastorno asperger con niños de desarrollo normotípico en edades de 6 a 8 años integrados en la educación primaria,”** en que se aplicarán tres instrumentos de evaluación enfocados a evaluar Coeficiente Intelectual, Comprensión del Vocabulario Pasivo y Habilidades Sociales.

Los instrumentos considerados para la evaluación y recogida de datos son instrumentos estandarizados para la república de Chile y por el Ministerio de Educación de Chile, no son invasivos y garantizan la no vulneración de ningún derecho básico del niño considerándose que el niño puede abandonar la evaluación en el momento que quiera si fuese su deseo.

Una vez finalizada la investigación, si el Padre/Madre/Tutor lo desea, puede solicitar los resultados de su evaluación para que tenga un registro de ella.

Toda la información obtenida en el desarrollo de la presente investigación es confidencial y será utilizada para los fines de la Tesis de la profesional antes nombrada y como documentación de apoyo y respaldo al quehacer educativo de la institución, si esta lo requiere.

Las fechas de trabajo serán acordadas en entrevista personal.

Esperando su favorable acogida se adjunta carta de autorización y consentimiento informado.

Atte.

María del Carmen Aguilera Pérez

ANEXO 1.2.

Investigación: “Estudio comparativo de las habilidades sociales de niños con trastorno asperger con niños de desarrollo normotípico en edades de 6 a 8 años integrados en la educación primaria.”

Responsable: María del Carmen Aguilera Pérez

Colegio:

Fecha:

Autorización para participar en un proyecto de investigación.

D./D^a, en mi condición de Padre/ Madre/ Tutor del alumno/a, Del colegio, una vez que se me ha explicado mediante carta adjunta el objeto de la mencionada investigación, autorizo por medio de la presente la participación de mi hijo/a en el citado trabajo de investigación, dando por sobreentendido el compromiso de los responsables del trabajo de que las referencias consignadas en los protocolos de datos, sólo serán utilizados con fines propios de la investigación, y se comprometen a proteger al niño contra daños físicos y psicológicos, responsabilizándose por su integridad y respetando la libre decisión de cada niño de retirarse del estudio sin coacción para convencerlo de que siga participando.

El trabajo a realizar no vulnera ningún derecho del niño ni aspectos de principios y éticos relacionados con credo ni religión que provoque discriminación de género, raza ni derechos personales.

Fdo:

ANEXO 2

ANEXO 2.

Antecedentes de la muestra:

Edad	Escolarización	sexo
8 años	3° Básico	masculino
7 años	2° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
7 años	2° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
6 años	1° Básico	femenino
6 años	1° Básico	masculino

Tabla 1 Muestra niños con desarrollo normotípico

Edad	Escolarización	sexo
7 años	2° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
7 años	2° Básico	femenino
6 años	2° Básico	masculino
7 años	1° Básico	masculino
8 años	3° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino
6 años	1° Básico	masculino

Tabla 2 Muestra niños con Trastorno Asperger

ANEXO 3

ANEXO 3.

Características de la muestra.

Grupo de diagnóstico		N	Rango promedio	Suma de rangos
Edad cronológica	Asperger	10	10,75	107,50
	Estándar	10	10,25	102,50
	Total	20		
C.I. (WISC III)	Asperger	10	10,55	105,50
	Estándar	10	10,45	104,50
	Total	20		
P. Directa TEVI-R	Asperger	10	9,15	91,50
	Estándar	10	11,85	118,50
	Total	20		

Estadísticos de contraste (b)

	Edad cronológica	C.I. (WISC III)	P. Directa TEVI-R
U de Mann-Whitney	47,500	49,500	36,500
W de Wilcoxon	102,500	104,500	91,500
Z	-,189	-,038	-1,026
Sig. asintót. (bilateral)	,850	,970	,305
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,853(a)	,971(a)	,315(a)

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Grupo de diagnóstico

Tabla 3. Variables de equiparación de las muestras.

ANEXO 4

ANEXO 4.

Resultados Test de Coeficiente Intelectual WISC-III

Muestra Aspergers

	Nombre y apellido	Fecha nac	año	mes	dia	CIT	Clasificación
1	R., J.	7-jul-2003	8	5	25	112	NS
2	T., I.	1-dic-2003	7	3	2	107	NP
3	G., C.	7-abr-2004	7	10	25	120	NS
4	B., G.	8-jun-2004	7	8	24	89	NL
5	J., C.	25-ene-2005	7	1	3	110	NS
6	F., A.	24-mar-2005	6	11	8	89	NL
7	S., C.	23-abr-2005	6	10	9	100	NP
8	P., L.	25-may-2005	6	9	7	95	NP
9	V., S.	15-ago-2005	6	6	17	102	NP
10	B., G.	28-oct-2005	6	4	4	100	NP

Muestra Normotípica

	Nombre y apellido	Fecha nac	año	mes	dia	CIT	Clasificación
1	S., M.	22-dic-2003	8	2	10	110	NS
2	R., G.	14-mar-2004	7	11	18	100	NP
3	V., O.	22-jul-2004	7	7	10	118	NS
4	G., S.	24-sep-2004	7	5	8	102	NP
5	D., P.	5-mar-2005	6	11	27	89	NL
6	G., N.	18-abr-2005	6	10	14	100	NP
7	G., A.	9-may-2005	6	9	23	95	NP
8	S., G.	1-ago-2005	6	7	2	107	NP
9	B., C.	6-sep-2005	6	5	26	112	NS
10	M., L.	14-oct-2005	6	4	17	89	NL

Clasificación	CI
Retardo	Hasta 69
Limítrofe	70-79
Normal lento	80-89
Normal Promedio	90-109
Normal Superior	110-119
Superior	120-129
Muy Superior	130 y más
Clasificación de Retardo mental según AAMD	
Retardo Profundo	Hasta 24
Retardo Severo	25-39
Retardo Moderado	40-54
Retardo leve	55-69

ANEXO 5

ANEXO 5.

Resultados Test TEVI-R

Muestra Aspergers

	Nombre y apellido	Fecha nac	año	mes	día	T	Clasificación
1	R., J.	7-jul-2003	8	5	25	64	MB
2	T. I.	1-dic-2003	7	3	2	52	N
3	G., C.	7-abr-2004	7	10	25	70	SS
4	B., G.	8-jun-2004	7	8	24	45	N
5	J., C.	25-ene-2005	7	1	3	60	MB
6	F., A.	24-mar-2005	6	11	8	45	N
7	S., C.	23-abr-2005	6	10	9	50	N
8	P., L.	25-may-2005	6	9	7	48	N
9	V., S.	15-ago-2005	6	6	17	49	N
10	B., G.	28-oct-2005	6	4	4	49	N

Muestra Normotípica

	Nombre y apellido	Fecha nac	año	mes	día	T	Clasificación
1	S., M.	22-dic-2003	8	2	10	64	MB
2	R., G.	14-mar-2004	7	11	18	54	N
3	V., O.	22-jul-2004	7	7	10	68	SS
4	G., S.	24-sep-2004	7	5	8	50	N
5	D., P.	5-mar-2005	6	11	27	56	MB
6	G., N.	18-abr-2005	6	10	14	50	N
7	G., A.	9-may-2005	6	9	23	48	N
8	S., G.	1-ago-2005	6	7	2	54	N
9	B., C.	6-sep-2005	6	5	26	51	N
10	M., L.	14-oct-2005	6	4	17	50	N

Clasificación	T
Sobre Saliente SS	>65
Muy Bueno MB	55 a 64
Normal N	45 a 54
Retraso Leve RL	35 a 44
Retraso Grave RG	<35

ANEXO 6

ANEXO 6.

EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (PEHIS)

Figura 3.4. Cuestionario de Habilidades de Interacción Social "CHIS".

CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (CHIS) -M^a Inés Monjas, 2009-

Nombre del/de la alumno/a: Fecha:
Colegio: Clase:

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y rodee con un círculo el número que mejor describa el funcionamiento del/de la niño/a teniendo en cuenta las siguientes calificaciones:

- 1 Significa que el/la niño/a no hace la conducta **nunca**
- 2 Significa que el/la niño/a no hace la conducta **casi nunca**
- 3 Significa que el/la niño/a hace la conducta **bastantes veces**
- 4 Significa que el/la niño/a hace la conducta **casi siempre**
- 5 Significa que el/la niño/a hace la conducta **siempre**

Sub.	Items	Calificación				
(4)	1. Responde adecuadamente a las emociones y sentimientos agradables y positivos de los demás (felicitaciones, alegría...).	1	2	3	4	5
(1)	2. Saluda de modo adecuado a otras personas.	1	2	3	4	5
(5)	3. Cuando tiene un problema con otros/as niños/as, evalúa los resultados obtenidos después de poner en práctica la alternativa de solución elegida.	1	2	3	4	5
(6)	4. Resuelve los conflictos interpersonales que se le plantean con los adultos.	1	2	3	4	5
(6)	5. Responde correctamente a las peticiones, sugerencias y demandas de los adultos.	1	2	3	4	5
(4)	6. Defiende y reclama sus derechos ante los demás.	1	2	3	4	5
(4)	7. Expresa y defiende adecuadamente sus opiniones.	1	2	3	4	5
(4)	8. Se dice a sí mismo cosas positivas.	1	2	3	4	5
(6)	9. Hace elogios, alabanzas, y dice cosas positivas y agradables a los adultos.	1	2	3	4	5
(5)	10. Ante un problema con otros/as chicos/as, elige una alternativa de solución efectiva y justa para las personas implicadas.	1	2	3	4	5
(1)	11. Responde adecuadamente cuando otros niños y niñas se dirigen a él/ella de modo amable y cortés.	1	2	3	4	5
(3)	12. Responde adecuadamente cuando otro/a niño/a quiere entrar en la conversación que él/ella mantiene con otros/as.	1	2	3	4	5

EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL (PEHIS)

Sub.	Items	Calificación				
(2)	13. Pide ayuda a otras personas cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
(3)	14. Responde adecuadamente cuando las personas con las que está hablando, finalizan la conversación.	1	2	3	4	5
(2)	15. Hace elogios, cumplidos, alabanzas y dice cosas positivas a otras personas.	1	2	3	4	5
(2)	16. Responde correctamente cuando otro/a niño/a le invita a jugar o a hacer alguna actividad con él/ella.	1	2	3	4	5
(6)	17. Responde adecuadamente cuando las personas mayores se dirigen a él/ella de modo amable y cortés.	1	2	3	4	5
(6)	18. Cuando tiene un problema interpersonal con un adulto, se pone en el lugar de la otra persona y trata de solucionarlo.	1	2	3	4	5
(5)	19. Cuando tiene un problema con otros niños y niñas, se pone en el lugar de la/s otra/s persona/s y produce alternativas de solución.	1	2	3	4	5
(1)	20. Se ríe con otras personas cuando es oportuno.	1	2	3	4	5
(2)	21. Comparte lo propio con los otros niños y niñas.	1	2	3	4	5
(6)	22. Mantiene conversaciones con los adultos.	1	2	3	4	5
(3)	23. Cuando conversa con otra persona, escucha lo que se le dice, responde a lo que se le pregunta y expresa lo que él/ella piensa y siente.	1	2	3	4	5
(4)	24. Expresa adecuadamente a los demás sus emociones y sentimientos agradables y positivos (alegría, felicidad, placer...)	1	2	3	4	5
(5)	25. Cuando tiene un conflicto con otros niños y niñas, planifica la puesta en práctica de la solución elegida.	1	2	3	4	5
(2)	26. Cooperar con otros/as niños/as en diversas actividades y juegos (participa, ofrece sugerencias, apoya, anima, etc.).	1	2	3	4	5
(6)	27. Hace peticiones, sugerencias y quejas a los adultos.	1	2	3	4	5
(2)	28. Presta ayuda a otros niños y niñas en distintas ocasiones.	1	2	3	4	5
(1)	29. Sonríe a los demás en las situaciones adecuadas.	1	2	3	4	5
(5)	30. Cuando tiene un problema con otros/as niños/as, anticipa las probables consecuencias de sus propios actos.	1	2	3	4	5
(2)	31. Responde adecuadamente cuando otras personas le hacen alabanzas, elogios y cumplidos.	1	2	3	4	5
(1)	32. Responde adecuadamente cuando otros le saludan.	1	2	3	4	5
(1)	33. Pide favores a otras personas cuando necesita algo.	1	2	3	4	5

EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (PEHIS)

Sub.	Items	Calificación				
(4)	34. Expresa adecuadamente a los demás sus emociones y sentimientos desagradables y negativos (tristeza, enfado, fracaso...).	1	2	3	4	5
(6)	35. Inicia y termina conversaciones con adultos.	1	2	3	4	5
(6)	36. Cuando alaba y elogia a los adultos, es sincero y honesto.	1	2	3	4	5
(6)	37. Cuando se relaciona con los adultos, es cortés y amable.	1	2	3	4	5
(3)	38. Cuando charla con otros niños y niñas, termina la conversación de modo adecuado.	1	2	3	4	5
(4)	39. Responde adecuadamente a las emociones y sentimientos desagradables y negativos de los demás (críticas, enfado, tristeza...).	1	2	3	4	5
(2)	40. Se une a otros niños y niñas que están jugando o realizando una actividad.	1	2	3	4	5
(2)	41. Inicia juegos y otras actividades con otros niños y niñas.	1	2	3	4	5
(5)	42. Cuando tiene un problema con otros/as niños/as, anticipa las probables consecuencias de los actos de los demás.	1	2	3	4	5
(3)	43. Inicia conversaciones con otros niños y niñas.	1	2	3	4	5
(5)	44. Ante un problema con otro/a niño/a, busca y genera varias posibles soluciones.	1	2	3	4	5
(5)	45. Identifica los conflictos que se le presentan cuando se relaciona con otros/as niños/as.	1	2	3	4	5
(3)	46. Cuando mantiene una conversación con otras personas participa activamente (cambia de tema, interviene en la conversación, etc.).	1	2	3	4	5
(4)	47. Expresa cosas positivas de sí mismo/a ante otras personas.	1	2	3	4	5
(3)	48. Cuando conversa con un grupo de niños y niñas, participa de acuerdo a las normas establecidas.	1	2	3	4	5
(1)	49. Presenta a personas que no se conocen entre sí.	1	2	3	4	5
(1)	50. En sus relaciones con otros niños y niñas, pide las cosas por favor, dice gracias, se disculpa..., y muestra otras conductas de cortesía.	1	2	3	4	5
(3)	51. Cuando mantiene una conversación en grupo, interviene cuando es oportuno y lo hace de modo correcto.	1	2	3	4	5
(1)	52. Se presenta ante otras personas cuando es necesario.	1	2	3	4	5
(1)	53. Hace favores a otras personas en distintas ocasiones.	1	2	3	4	5

EL PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL (PEHIS)

Sub.	Items	Calificación				
		1	2	3	4	5
(5)	54. Cuando está tratando de solucionar una situación problemática que tiene con otros niños y niñas, evalúa las posibles soluciones para elegir la mejor.	1	2	3	4	5
(3)	55. Se une a la conversación que mantienen otros niños y niñas.	1	2	3	4	5
(2)	56. Responde de modo apropiado cuando otro/a niño/a quiere unirse con él/ella a jugar o a realizar una actividad.	1	2	3	4	5
(4)	57. Responde adecuadamente a la defensa que otras personas hacen de sus derechos (se pone en su lugar, actúa en consecuencia, etc.).	1	2	3	4	5
(3)	58. Responde adecuadamente cuando otro/a niño/a quiere iniciar una conversación con él/ella.	1	2	3	4	5
(4)	59. Expresa desacuerdo y disiente con otros.	1	2	3	4	5
(5)	60. Cuando tiene un problema con otros niños y niñas, identifica las causas que lo motivaron.	1	2	3	4	5

Puntuaciones	Subesc. 1	Subesc. 2	Subesc. 3	Subesc. 4	Subesc. 5	Subesc. 6	Punt. TOTAL
	Punt. Directa	_____					
Punt. Típica	_____						
Percentil	_____						

Comentarios y Observaciones

Para la **corrección**, hay que tener en cuenta que:

- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación obtenida en todos y cada uno de los ítems. La puntuación total mínima es 60 y la puntuación máxima es 300.
- La puntuación en cada subescala se obtiene sumando la puntuación obtenida en los ítems correspondientes, que están indicados en la primera columna del cuestionario titulada Subescala en la que aparece un número entre paréntesis. La puntuación total mínima en cada subescala es 10, y la puntuación máxima es 50.

Ítems de cada subescala. Versión HETEROINFORME.

Cómputo en los siguientes ítems:

- 1) Habilidades sociales básicas (ítems 2, 11, 20, 29, 32, 33, 49, 50, 52, 53).
- 2) Habilidades para hacer amigos y amigas (ítems 13, 15, 16, 21, 26, 28, 31, 40, 41, 56).
- 3) Habilidades conversacionales (ítems 12, 14, 23, 38, 43, 46, 48, 51, 55, 58).
- 4) Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos (ítems 1, 6, 7, 8, 24, 34, 39, 47, 57, 59).
- 5) Habilidades de solución de problemas interpersonales (ítems 3, 10, 19, 25, 30, 42, 44, 45, 54, 60).
- 6) Habilidades de relación con los adultos (ítems 4, 5, 9, 17, 18, 22, 27, 35, 36, 37).

Para la interpretación de los resultados, hay que tener en cuenta que las puntuaciones altas indican alto nivel de habilidades sociales, mientras que las bajas denotan déficit en la conducta interpersonal.

ANEXO 7

ANEXO 7.

Resultados Test de Habilidades Sociales CHIS, Monjas (2009)

Muestra Aspergers

	Nombre y apellido	Fecha nac	año	mes	día	se1	se2	se3	se4	se5	se6	tot
1	R., J.	7-jul-2003	8	5	25	17	17	15	23	10	22	104
2	T. I.	1-dic-2003	7	3	2	14	16	12	12	10	18	82
3	G., C.	7-abr-2004	7	10	25	13	14	12	16	11	18	84
4	B., G.	8-jun-2004	7	8	24	20	23	18	23	15	25	124
5	J., C.	25-ene-2005	7	1	3	21	20	20	22	16	26	125
6	F., A.	24-mar-2005	6	11	8	17	18	12	15	12	20	94
7	S., C.	23-abr-2005	6	10	9	11	11	10	12	10	10	64
8	P., L.	25-may-2005	6	9	7	15	16	12	13	10	15	81
9	V., S.	15-ago-2005	6	6	17	19	19	19	19	15	21	112
10	B., G.	28-oct-2005	6	4	4	16	14	13	17	11	17	88

Muestra Normatípica

	Nombre y apellido	Fecha nac	año	mes	día	se1	se2	se3	se4	se5	se6	tot
1	S., M.	22-dic-2003	8	2	10	49	50	50	46	33	46	274
2	R., G.	14-mar-2004	7	11	18	44	39	40	39	41	44	247
3	V., O.	22-jul-2004	7	7	10	42	41	40	41	40	40	244
4	G., S.	24-sep-2004	7	5	8	41	40	40	40	40	41	242
5	D., P.	5-mar-2005	6	11	27	47	46	50	45	50	50	288
6	G., N.	18-abr-2005	6	10	14	41	40	40	39	40	40	240
7	G., A.	9-may-2005	6	9	23	45	46	47	45	40	47	270
8	S., G.	1-ago-2005	6	7	2	49	50	50	50	39	46	284
9	B., C.	6-sep-2005	6	5	26	49	43	47	47	40	48	274
10	M., L.	14-oct-2005	6	4	17	49	50	50	49	44	49	291