

**Relación entre Empatía Cognitiva-Afectiva y Agresión
Proactiva-Reactiva en Adolescentes Diagnosticados con
Trastorno del Espectro del Autismo**

Trabajo de Investigación presentado por:

Aura L. MONTILLA RODRÍGUEZ

a la

Escuela de Psicología

Como requisito parcial para obtener el título de Psicólogo

Profesora guía:

Marianela MORENO DE IBARRA

Caracas, Julio 2016

Agradecimiento

A Dios por darme vida, salud y poder alcanzar la meta trazada.

A los adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo, participantes de este trabajo de investigación, por su paciencia, interés y significativa colaboración; así como a sus padres y/o representantes.

Al todo el personal de Fundación en Autismo Alta Voz (CEPIA), Sociedad Venezolana para Niños y Adultos Autistas (SOVENIA), Centro de Atención Integral para Personas con Autismo (CAIPA), Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN), Colegio Sierra Grande y Unidad Educativa Patria De Bolívar; por el apoyo brindado.

A mi Tutora Marianela Moreno de Ibarra por su valiosa colaboración.

A los profesores y personal docente, administrativo y obrero de la Universidad Católica Andrés Bello y especialmente a la Escuela de Psicología por su apoyo y el estímulo que me brindó a lo largo de todo el proceso de formación profesional.

A todas aquellas personas, compañeros y amigos que de alguna manera brindaron su apoyo incondicional durante el desarrollo de mi carrera universitaria para así alcanzar el objetivo propuesto.

Índice de Contenido

	pp.
Agradecimiento	ii
Índice de Contenido	iii
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Introducción.....	9
Marco Teórico.....	12
Evolución Conceptual de las Variables Estudiadas.....	15
Trastorno del Espectro del Autismo.....	15
Déficit intelectual acompañante al diagnóstico TEA...20	
Deterioro del lenguaje acompañante al diagnóstico TEA.....	24
Importancia del sexo en la investigación sobre TEA	26
Importancia de la edad y el nivel educativo en el TEA27	
Empatía.....	28
Agresión.....	36
Investigaciones empíricas sobre las variables relacionadas.....	43
Empatía y agresión.....	43
Trastorno del Espectro del Autismo y empatía.....	47
Trastorno del Espectro del Autismo y agresión.....	53
Método.....	58
Problema Investigado	58
Hipótesis General.....	58
Hipótesis Especifica.....	58
Definición de Variables.....	59
Variables de Estudio.....	59
Empatía	59
Agresión	59

VARIABLES A CONTROLAR.....	60
Sexo	60
Edad Cronológica	61
Nivel Educativo.....	61
Trastorno del Espectro Autista TEA	61
Puntaje en el Área de Procesos Intelectuales de la Batería Luria- DNA.....	65
Tipo de investigación.....	67
Diseño de la investigación	67
Diseño Muestral.....	67
Instrumentos de Recolección de Datos.....	71
Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)	71
Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva (RPQ), para niños y Adolescentes	72
Sub-escala “Área de Procesos Intelectuales” de la Batería Luria-DNA.....	74
Procedimiento.....	78
Resultados.....	82
Discusión.....	97
Conclusiones y Recomendaciones	105
Referencias Bibliográficas.....	109
ANEXO A: Escala para Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).....	119
ANEXO B: Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva (RPQ) para niños y Adolescentes.....	121
ANEXO C: Luria-DNA.....	123
ANEXO D: Institutos, organizaciones y fundaciones especializadas en los TEA, que atienden adolescentes con TEA.....	127
ANEXO E: Escala IRI de Davis (1980), Confiabilidad Ítem-Escala.....	129
ANEXO F: RPQ de Raine et al. (2006), Confiabilidad Ítem-Escala.....	131
ANEXO G: Gráficos Q-Q.....	133

Índice de tablas

	pp
Tabla1. Tipos de niveles de autismo y Funcionamiento	
Tabla1. Población Adolescente en Caracas, 2011.....	22
Tabla 2. Identificación de Población con Trastorno del Espectro del Autismo (CDC, 2015)	68
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio.....	69
Tabla 4. Pruebas de normalidad.....	85
Tabla 5. Correlaciones entre las variables de estudio.....	93
Tabla 6. Correlaciones entre las Variables de Estudio, Excluyendo Nueve Sujetos.....	94
Tabla 7. Correlaciones entre las Variables de Estudio, Excluyendo Nueve Sujetos.....	96

Índice de Figuras

	pp
Figura 1. Modelo Organizacional de Davis.....	31
<i>Figura 2.</i> Modelo original del déficit de procesamiento de la informaciones de Crick y Dodge, 1994.....	40

Índice de Gráfico

	pp
Grafico 1. Histograma de la variable edad.....	84
Grafico 2. Histograma de la variable Dibujos Temáticos.....	85
Grafico 3. Histograma de la variable Actividad Conceptual.....	86
Grafico 4. Histograma de la variable empatía.....	87
Grafico 5 .Histograma de la variable Empatía Cognitiva.....	88
Grafico 6. Histograma de la variable Empatía Afectiva.....	89
Grafico 7. Histograma de la variable agresión.....	90
Grafico 8. Histograma de la variable Agresión Proactiva.....	91
Grafico 9. Histograma de la variable Agresión Reactiva.....	92

Resumen

El presente estudio investigó la relación entre la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva en adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) sin déficit intelectual y sin deterioro del lenguaje acompañante (SDI-SDL), en 50 participantes, varones, entre 12 y 19 años de edad, un nivel de educación media e integrados a escuelas regulares y/o participantes de intervenciones grupales de destrezas sociales en institutos especializados en trastornos del neurodesarrollo de Caracas. Fue un estudio no experimental, de campo, con diseño transversal correlacional no paramétrico. Se incluyeron como variables de estudio la empatía cognitiva-afectiva, medida por el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), y la agresión, medida por el Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva para niños y adolescentes (RPQ). Se homogeneizó el nivel de funcionamiento intelectual y de lenguaje mediante la subescala "Procesos Intelectuales" de la Batería Luria-DNA. Se planteó como hipótesis una relación negativa y significativa entre empatía y agresión, donde a menor empatía mayor agresión, la cual no fue confirmada a través del índice de correlación de Spearman ($p=.061$). Sin embargo, se observó que los sujetos tendieron a ubicarse en la parte superior de la distribución en las medidas de empatía y en la inferior en las medidas de agresión, lo que indica que hubo una tendencia a tener mayor empatía con menores puntuaciones en agresión. Esto permitió concluir que utilizando medidas de auto-reporte de la empatía cognitiva-afectiva y de la agresión proactiva-reactiva, en una población con TEA SDI-DL que ha sido incluida a la educación regular y/o estimulada en intervenciones grupales de destrezas sociales, la relación negativa y significativa entre empatía y agresión se ve moderada, debido al efecto positivo de la educación integral y/o a la intervención grupal. A fin de precisar el fenómeno tal como existe en la realidad, es conveniente verificar la relación planteada entre estas variables mediante otras técnicas de recolección de datos, además del autoreporte que, por las propias características de los TEA puede afectar los resultados obtenidos, así como también, considerar el efecto de las intervenciones psicológicas o comparar con grupos de otros niveles de funcionamiento intelectual y de lenguaje.

Introducción

La presente investigación se plantea conocer la relación que existe entre la empatía y la agresión de los adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante a la condición (SDI-SDL); ya que esta población tienen como característica principal una alteración en las habilidades de comunicación e interacción social, la cual incluye déficit en diversos aspectos de la empatía y se ha encontrado asociada de forma negativa con problemas de agresión, es decir, cuando hay menor empatía los problemas de agresión incrementan, y viceversa, a mayor empatía menor agresión (Schwennck et al., 2012).

Estas alteraciones en la interacción social fueron descritas desde un principio por Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1943), en sus trabajos sobre el autismo. Más adelante Premack y Woodruff (1978) aportaron el concepto de Teoría de la Mente (TOM) para explicar las dificultades de los autistas en la comprensión social. Posteriormente, en 1992, Gillberg (citado en Gillberg y Coleman, 2000) consideró que las alteraciones en la TOM, de los niños con TEA no son más que un trastorno de la empatía.

En lo que respecta a la empatía y la agresión, ambos han sido constructos de difícil definición. Davis (1980) contempló aspectos cognitivos y afectivos de la empatía por separado, y creó un modelo teórico basado en cuatro dimensiones para definir la empatía: fantasía, toma de perspectiva, preocupación empática y malestar personal. Por su parte, Crick y Dodge (1994) plantearon el modelo del déficit del procesamiento de la información social para explicar la agresión, y diferenciaron entre dos dimensiones: reactiva y proactiva.

La investigación adquiere valor teórico al ampliar la información disponible sobre los TEA, identificando la presencia de agresión proactiva-reactiva autoreportada por adolescentes con TEA de un nivel intelectual y de lenguaje, como mínimo, promedio, en función de la capacidad que ellos mismos

reportan tener para experimentar empatía, ya sea cognitiva o afectiva. Esto tiene repercusión en la práctica clínica, permitiendo sugerir intervenciones que incluyan el autoreporte de la empatía a modo de mejorar los síntomas asociados al deterioro de las habilidades sociales y la propensión a ser agresivos.

Para ello se plantea un estudio no experimental, de campo, en el que la recolección de datos se lleva a cabo en los colegios o instituciones especializadas a las cuales los adolescentes asisten. Se utiliza un diseño transversal correlacional que permite verificar las relaciones entre las variables planteadas, y conocer el modo de ocurrencia de este fenómeno desde la perspectiva de los adolescentes con TEA SDI-SDT.

La realización de esta investigación considera los principios establecidos en el Código de Ética Profesional del Psicólogo emitido por la Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV, 1981, artículo 54), en tanto que pretende contribuir en los niveles ético, científico y cultural al área profesional de la psicología (FPV, 1981, artículo 13). En este sentido, se asegura un nivel de competencia y conocimiento alto, amplio y actualizado de los TEA a través de la experticia en el área que tiene la tutora del presente estudio, y otros profesionales especialistas que asesoraron durante el desarrollo de la investigación, así como el conocimiento que ha ido consolidando la autora a lo largo de su formación y realización del presente trabajo, a fin de garantizar el adecuado entrenamiento técnico y la cualificación científica requerida (FPV, 1981, artículo 55).

Se respeta la integridad de la persona humana en las distintas facetas del trabajo, velando en todo momento por el bienestar individual y social de los participantes (FPV, 1981, artículo 15), manteniendo la cortesía, la consideración y el respeto mutuo (FPV, 1981, artículo 23).

Previo a la realización de la medición, y por tratarse de una investigación que involucra adolescentes con TEA SDI-SDL, se obtiene la aprobación del

representante o de quien haga las veces del mismo (FPV, 1981, artículo 56), este debe expresar su voluntad de aceptar o rechazar la condición de sujeto de experimentación para su representado (FPV, 1981, artículo 57a), sabiendo que puede suspender la experiencia de investigación en cualquier momento que lo desee (FPV, 1981, artículo 57b), y luego de haber sido suficientemente informado acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse del estudio. Se garantiza el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a la investigación, y la evitación de cualquier posibilidad de daño moral a los mismos (FPV, 1981, artículo 60).

Se presentan los resultados de manera objetiva y precisa (FPV, 1981, artículo 11) asegurando que éstos no sean publicados en periódicos, revistas y otros medios de comunicación no científicos (FPV, 1981, artículo 48); sin embargo, se tratará, en la medida de lo posible, comunicar los resultados de la investigación a otros profesionales y científicos del área (artículo 63), asumiendo responsabilidad personal por la divulgación de los resultados de la investigación (FPV, 1981, artículo 64 y 69), y considerando cuidadosamente las consecuencias de tal publicación (FPV, 1981, artículo 67). En la publicación del presente trabajo se adjudicará justo reconocimiento a la labor de todos los que tomaron parte en el proyecto (artículo 70, FPV, 1981).

En resumen, y de acuerdo con la metodología de la investigación en psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB, 2002), se asume responsabilidad individual sobre los actos en la conducción de la investigación, abarcando las acciones dirigidas al respeto de los individuos participantes y los beneficios para la sociedad; las técnicas de recolección utilizadas están debidamente justificadas y los resultados serán interpretados siguiendo los lineamientos teóricos del trabajo.

Marco Teórico

El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), es un diagnóstico clínico descrito y categorizado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), en la quinta y última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, APA, 2013).

La definición del TEA, como parte de los Trastornos del desarrollo neurológico en el DSM-V (2013) es reciente, ya que se trata de una reestructuración en la clasificación diagnóstica que estaba estipulada en la cuarta versión de dicho manual, el DSM-IV (Pichot, López-Ibor-Aliño, y Miyar, 1995); en él, los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) eran clasificados como trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, y dentro de los mismos se hallaban: el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Ahora, el DSM-V (APA, 2013) sustituyó 3 de los 5 trastornos mencionados por la categoría general de TEA, excluyendo al trastorno desintegrativo infantil y al trastorno de Rett de este sistema. Además, dicho manual, propone especificaciones donde se diferencian 3 niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario.

Esta investigación se orienta a partir de los criterios del DSM-V (APA, 2013) para el diagnóstico del TEA, según los cuales se incluyen: (a) deficiencias en la comunicación e interacción social en diversos contextos, manifestando o habiendo manifestado, deficiencias en la reciprocidad emocional, en las conductas comunicativas no verbales y/o en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales; y (b) presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Estos síntomas han de estar presentes en las primeras fases del desarrollo; deben causar un deterioro

significativo en lo social, laboral y otras áreas; y por último, no pueden ser mejor explicados por una discapacidad intelectual o por un retraso en el desarrollo.

Considerando que para el momento de la presente investigación muchos de los diagnósticos establecidos de TEA se realizaron con los criterios del DSM-IV (Pichot, López-Ibor-Aliño, y Miyar, 1995) se consideró de importancia revisar aquellos utilizados para el diagnóstico del Trastorno Autista (TA), el Trastorno Asperger (AS), y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (conocido por sus siglas en inglés, PDD-NOS, correspondientes a Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified), a modo de establecer las equivalencias entre estos y la clasificación actual del TEA.

El TA (Pichot, López-Ibor-Aliño, y Miyar, 1995) incluye (a) una alteración cualitativa de la interacción social, (b) una alteración cualitativa de la comunicación o del lenguaje, y (c) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. Por su parte, el AS comprende los mismos síntomas a excepción de la alteración en la comunicación, y señala ausencia de retraso clínicamente significativo en el lenguaje, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad (Pichot, López-Ibor-Aliño, y Miyar, 1995).

Por último, el PDD-NOS hace referencia a una categoría diagnóstica utilizada cuando existe una “alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando existen comportamientos, intereses y actividades estereotipadas” (Pichot, López-Ibor-Aliño, y Miyar, 1995, p. 82), pero que no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, ni trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación.

El concepto de continuo autista ya se venía trabajando en la literatura, Lorna Wing fue quien lo desarrolló inicialmente en 1988 (citado en Moreno de Ibarra, 2005), refiriéndose con ello a la tríada de las alteraciones en las

relaciones sociales: el reconocimiento social, la comunicación social, la imaginación y comprensión social, siendo que la capacidad intelectual y/o desarrollo verbal moderan la expresión de estas dificultades (Moreno de Ibarra, 2005; Ryan, Hughes, Katsiyannis, McDaniel, y Sprinkle, 2014). En este sentido, los TEA tienen múltiples formas de manifestarse, de ahí su nombre de espectro, presentándose como un continuo que va desde un déficit cognitivo leve, déficits sociales y del comportamiento, hasta llegar a síntomas más severos.

De especial importancia ante esta noción del continuo autista, es la distinción hecha por Rutter en 1970 (citado en Rutter y Schopler, 1978), en cuanto al nivel intelectual de las personas con Trastorno Autista, dicho autor estableció que aquellas con un Cociente Intelectual (C.I.) superior a 70, que presentasen desviaciones en las relaciones sociales y pocas alteraciones en el habla, lectura y escritura debían responder a un Trastorno Autista de Alto Nivel de Funcionamiento, ya que las mismas mostraban una inteligencia promedio, sin comprometer el funcionamiento de los principales procesos cognitivos.

Para Ibarra, Gru, Hernández y Rubín (citado en Moreno de Ibarra, 2005) el nivel intelectual se constituye en una variable moderadora de los perfiles neurocognitivos de los TEA.

Lo anterior concuerda con dos de las especificaciones que el DSM-V (APA, 2013) propone para el diagnóstico de TEA, donde se explicita: “Especificar si: Con o sin déficit intelectual acompañante. Con o sin deterioro del lenguaje acompañante. Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos. Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.” (p. 30).

Los cambios con respecto a la nueva clasificación, trajeron consigo numerosas implicaciones, que los investigadores y algunos grupos de representación discuten actualmente; sobre todo, el impacto que estos tienen a nivel cultural, clínico y científico (Vivanti y Pagetti-Vivanti, 2013).

Una de las críticas más frecuentes, es la estrechez de los nuevos criterios, con los cuales se corre el riesgo de excluir algunas personas del diagnóstico de autismo y, en consecuencia, de los accesos a los servicios pertinentes (Vivanti y Pagetti-Vivanti, 2013). Esto atañe a las investigaciones en el área de los TEA, en cuanto a la inclusión de los participantes, dependiendo del manual vigente al momento que se les hizo el diagnóstico a los mismos, y su correspondencia con la nueva clasificación diagnóstica.

En este sentido, la presente investigación se planteó estudiar a los adolescentes con un diagnóstico bien establecido de según el DSM-IV (1995) de TA, AS o PDD-NOS, que de acuerdo al DSM-V (2013) corresponden al diagnóstico de TEA; además, en su historia clínica debía estar especificada la ausencia de déficit intelectual o deterioro del lenguaje acompañante a la condición.

En este sentido, este estudio se enmarcó dentro la Psicología Clínica, que corresponde a la división 12 explicitada por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2015); siendo el área encargada de la práctica, la investigación, la enseñanza, la administración, y/o el estudio del Trastorno del Espectro del Autismo, así como de otros trastornos clínicos.

Evolución conceptual de las variables estudiadas

Trastorno del Espectro del Autismo

Las primeras descripciones del autismo fueron hechas por Leo Kanner (1943), basadas en la observación de 11 niños que presentaban un patrón peculiar de alteración caracterizado por déficit en la comunicación, una capacidad cognitiva buena pero atípica, y problemas de comportamiento, como obsesiones, acciones repetitivas y actividades de juego poco imaginativas;

resaltando la incapacidad de relacionarse con personas y situaciones, desde muy temprana edad, por ello adoptó el término “autista”, que significa absorción en sí mismo o actividad mental subjetiva. Posteriormente, Hans Asperger (1944), describió cuatro niños con sintomatología similar a la cual designó con el nombre de “psicopatía autística”.

Una de las investigaciones clásicas, que aportó bases para el entendimiento de los déficits sociales y comunicacionales de los TEA, fue la realizada por Premack y Woodruff en 1978, quienes intentaron demostrar que los chimpancés podían comprender la mente humana.

En su experimento, participó Sarah, una chimpancé de origen africano de catorce años de edad, entrenada en laboratorio de varias maneras desde pequeña; a ella, le mostraron videos de un actor humano encerrado en una jaula intentando alcanzar de 4 formas diferentes, un plátano inaccesible, posteriormente el animal debía seleccionar una de dos fotografías con la solución que le permitiera resolver el problema, la chimpancé acertó en 21 de 24 ocasiones de respuesta (Premack y Woodruff, 1978).

Premack y Woodruff (1978) propusieron tres explicaciones a los aciertos de la chimpancé: (a) cuando se muestra una secuencia que se reconoce, pero que es incompleta, se elige el elemento que tiene el efecto de completar la secuencia; esta explicación se enmarca dentro del asociacionismo, ya que este propone que la familiaridad con las secuencias en cuestión le permite al sujeto responder correctamente; (b) el chimpancé resuelve problemas tales como el presentado (y otros bastante más complicados) mediante la introducción de estados mentales al actor humano, en este caso fueron, la intención o finalidad de alcanzar el plátano, y el conocimiento que tiene el otro (el actor) sobre cómo alcanzarlo, este proceso es definido como teoría de la mente; (c) la empatía, que podría explicar cómo el animal se pone en el lugar del actor humano, al ver que este lucha por llegar a las bananas, y elige una alternativa de acuerdo con lo que él haría si estuviera en la difícil situación del actor.

Premack y Woodruff (1978) no descartan la primera como una posible explicación, sin embargo, no la consideran como un mecanismo suficiente y exclusivo. Después de someter a discusión estas tres posibles interpretaciones, atribuyen la correcta elección de la chimpancé a la teoría de la mente (TOM, por sus siglas en inglés Theory of Mind), y la definen como la habilidad cognitiva – rudimentaria en el caso de los antropoides– para acceder o reconocer el estado mental de los otros.

Estos autores, afirmaron que un sujeto tiene una Teoría de la Mente, cuando el sujeto atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás; lo consideran un sistema de inferencias que asemeja a una teoría, primero, porque tales estados no son directamente observables, y segundo, porque el sistema puede utilizarse para hacer predicciones, de forma específica, acerca del comportamiento de otros organismos (Premack y Woodruff, 1978)

Además, y de crucial importancia al respecto de la presente investigación, Premack y Woodruff (1978) aclaran que la empatía y la teoría de la mente (TOM) no son puntos de vista radicalmente diferentes, más bien aseguran que son en parte idénticos: la hipótesis de la empatía asume que el animal imputa un propósito al actor humano para luego hacerse cargo de ese propósito, y hacer una elección de acuerdo con el mismo; en este sentido, la primera parte de dicha hipótesis es similar a la inferencia de la que habla la TOM, en relación a lo que la chimpancé sabe sobre la finalidad del actor. Sin embargo, la visión de la empatía diverge en que no concede al animal inferencias sobre el conocimiento del otro; por lo que podría considerarse una TOM restringida.

Posterior a la propuesta de Premack y Woodruff (1978), se realizaron estudios con seres humanos basada en la TOM que incorporaban a niños con diagnóstico TEA, de las cuales resulta la más influyente la del grupo de Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985), quienes realizaron estudios sobre el desarrollo de la comprensión social en los niños pequeños.

En su investigación, Baron-Cohen et al. (1985), compararon la capacidad de 20 niños con autismo, 14 niños con síndrome de Down y 27 niños en edad preescolar sin diagnóstico clínico, para responder correctamente a preguntas de “falsa creencia”, que consistían en la presentación a los niños, individualmente, de dos muñecas, Sally y Annie, Sally tenía una canica, la cual es cambiada de lugar por Annie cuando Sally sale de escena, y se les preguntó a los niños dónde buscaría Sally su canica; para aprobar, ellos debían señalar la primera ubicación de la canica, demostrando haber respondido desde la falsa creencia de la muñeca.

Los resultados de los sujetos sin diagnóstico y los que tenían Síndrome de Down fueron muy similares, el 85 y 86% respectivamente pasaron la pregunta de “falsa creencia” en ambos ensayos, mientras que, por el contrario, el 80% de los niños con autismo fallaron dicha pregunta, también en ambos ensayos. Esta diferencia entre los grupos fue altamente significativa ($\chi^2 = 25,9$, $df = 2$, $p < 0,001$); lo cual confirma su incapacidad para representar los estados mentales. Baron-Cohen et al. (1985), pudieron entonces concluir que los niños con autismo no lograron diferenciar entre su propio conocimiento y el de la muñeca, apoyando la hipótesis de que estos niños, no pueden emplear una teoría de la mente.

En consecuencia de lo anterior, el estudio de la TOM inicialmente se confinó a la investigación sobre la etiología del autismo, y se proponía como explicación para las deficiencias sociales en los trastornos generalizados del desarrollo.

En este sentido, se ha propuesto que, mientras la TOM se desarrolla progresivamente en los niños sin diagnóstico clínico, estando bien encaminada ya hacia los 3 o 4 años de edad, en los niños con TEA se encuentra gravemente retardada, o no se desarrolla en absoluto (Perner et al., citado en Wicks-Nelson e Israel, 1997). Cabe destacar, que déficits en la TOM pueden presentarse en la población general, sin embargo, Gillberg (citado en Gillberg y Coleman, 2000) propone que las personas con autismo se encuentran en el

extremo de la mayor dificultad, debido a un daño cerebral adquirido en las redes neurales que subyacen a la empatía.

Por ello, el autor plantea que las alteraciones en la TOM propias del autismo, no son más que una alteración de la empatía, y desarrolla el concepto de “trastornos de la empatía” para referirse a un amplio grupo de individuos con problemas en la TOM, quienes evidencian incapacidad para reaccionar lo suficientemente rápido a los estímulos sociales, de manera que muestran una sorprendente incapacidad intuitiva y de sentido común.

Sin embargo, a lo largo de los años se ha otorgado cada vez más importancia a la Teoría de la Mente (TOM), siendo definida de diversas formas. Rivière, Sotillo, Sarriá y Núñez (1994), por ejemplo, la definieron como un subsistema cognitivo compuesto por un soporte conceptual y unos mecanismos de inferencia, que cumple la función de predecir e interpretar la conducta; y Tirapú-Ustárroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrin-Valero (2007), por su parte, afirman que la misma “se refiere a la habilidad que tienen los seres humanos para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias” (p. 479), conceptos que finalmente se relacionan y complementan.

Tirapú et al. (2007), señala que diversos modelos han incluido ciertas estructuras cerebrales en las alteraciones propias del TEA, tales como: (a) la amígdala, relacionada con la regulación de emociones y la reacción fisiológica que las produce, entre ellas la rabia y el miedo; y (b) una red distribuida a lo largo del lóbulo temporal, que tiene implicaciones importantes para entender la percepción, el aspecto emocional, el lenguaje no verbal, el reconocimiento de caras y emociones; de los lóbulos frontales, encargados de la regulación de los estímulos del medio, tanto visuales como auditivo, también la regulación emocional, el control de impulsos y en el comportamiento social; y de la corteza cingulada anterior, que posibilita a la persona la capacidad de establecer soluciones mediante predicciones.

En este sentido, considerar la TOM a la hora de comprender cualquier aspecto relacionado con el TEA, cobra sentido, más aun al incluir variables de corte social, ya que tanto a nivel teórico, como en lo fundamentado empíricamente por el campo de la neurociencias, se refiere que existen una serie de alteraciones socio-cognitivas en las personas con este diagnostico.

Déficit intelectual acompañante al diagnóstico TEA

La conexión entre el autismo y el déficit intelectual ha sido tema de numerosas discusiones desde hace varias décadas; uno de los principales aspectos debatidos hace referencia a los métodos de evaluación intelectual en personas con autismo.

Ya en 1983, Backer postuló algunos principios de administración flexible de pruebas estandarizadas para niños con autismo, argumentando que las especiales características de estos pueden dar lugar a poca motivación por parte del niño a realizarlas; comenzando por el poco interés en interactuar con un examinador, pasando por reacciones inusuales a los equipos de las prueba, hasta ser incapaz de seguir los cambios de una tarea a otra. Señala que la falta de lenguaje receptivo y / o expresivo puede evitar que el niño complete los ítems que requieren instrucciones verbales y respuestas. Del mismo modo, considera importante para la interpretación, la gran dispersión de los niveles de habilidad mostrados por los niños autistas.

Baker (1983) señaló la dificultad de utilizar un único instrumento para evaluar toda la gama de habilidades y déficits, emitiendo una advertencia importante con respecto a la interpretación de los resultados de las pruebas estandarizadas de Cociente Intelectual (CI), que al estar, la mayoría de las pruebas, fundamentadas en suposiciones de la secuencia normal del desarrollo, los ítems de la base y el techo pueden ser engañosos y los métodos habituales de puntuación poco útiles para evaluar personas con autismo.

En este sentido, Baker (1983) afirmó que estas desventajas pueden minimizarse o evitarse mediante la selección de instrumentos adecuados y procedimientos de modificación; aseguró que la mayoría de los niños autistas pueden ser probados adecuadamente sin una gran desviación de las instrucciones de administración normales, si los ítems de prueba son consistentes con sus habilidades.

Hernández y Rubín (1998), bajo la tutoría de Moreno de Ibarra, realizaron un estudio utilizando la Escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC-III), en la cual compararon el perfil cognitivo de niños normales promedio y promedio bajo, niños con retardo mental leve y moderado y niños con TEA de alto y bajo rendimiento intelectual, encontraron perfiles característicos en los TEA, más allá del nivel intelectual de los mismos, donde concluyeron que el retardo mental en las personas con TEA actúa como una variable moderadora de su perfil de funcionamiento cognitivo.

Más recientemente, Edelson (2006) ayudó a marcar un antes y un después en el modelo de comprensión de la inteligencia en los Trastornos del Espectro del Autismo; ya que mediante un metanálisis sobre la revisión de 215 artículos publicados entre 1937 y 2003, concluye que el porcentaje de retardo mental que tradicionalmente se ha asociado con los TEA pareciera ser menor al que se ha establecido y que es prudente buscar mayor evidencia empírica antes de establecer su proporción de prevalencia.

Miller-Wilson, en el 2012, explicó que el diagnóstico de autismo supone subgrupos del mismo, ya que la diversidad en cuanto al nivel de funcionamiento dentro de dicho diagnóstico, hace del mismo un espectro o continuo; donde, en un extremo están aquellos que no pueden desenvolverse independientemente en entornos sociales debido a sus deficiencias, mientras que en el otro extremo están las personas con un funcionamiento superior, que pueden llevar una vida social autónoma. Esto coincide con la clasificación diagnóstica actual, postulada por el DSM-V (APA, 2013), nombrada Trastorno del Espectro del Autismo. Miller-Wilson (2012), para el momento había organizado las características de

funcionamiento intelectual según los tipos de autismo de acuerdo al DSM-IV (Pichot, López-Ibor-Aliño, Miyar (Tabla 1).

Tabla 1

Tipos de niveles de autismo y Funcionamiento

Sub-tipo Autismo	Alto funcionamiento C.I. normal o superior a lo normal (I)	Autismo clásico C.I. normal o por debajo de lo normal (II)	Autismo Grave (Bajo C.I.) (III)
Trastorno Autista (TEA DSM-V)	Si	Si	Si
Trastorno Asperger (TEA DMS-V)	Si	No	No
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo (PDD-NOS) (TEA DMS-V)	Si	Si	No
Síndrome de Rentt (DMS-IV)	No	Si	Si
Trastorno desintegrativo de la Infancia(DMS-IV)	No	Si	Si

Nota. Adaptado de “Different Levels of Autism“ por K. Miller-Wilson, 2012, recuperado de [http://autism.lovetoknow.com /Different_Levels_of_Autism](http://autism.lovetoknow.com/Different_Levels_of_Autism).

Basado en Miller-Wilson, Sadinson (2016) describió cada uno de los niveles de funcionamiento que pueden presentar las personas diagnosticadas con TEA. Según este autor, el autismo de alto funcionamiento, se caracteriza por tener (a) una inteligencia promedio o superior al promedio, aunque pueden tener dificultades con algunas de las tareas que requieran tomar decisiones repentinas o cambiar rutinas regulares; (b) aunque tienen conservadas sus habilidades verbales, presentan problemas en la comunicación funcional y el tono de voz puede aparecer robótico, se les complican las sutilezas de la interacción social como el contacto visual, el mantenimiento de una conversación, la interpretación del lenguaje corporal y el tono de la voz, e interactuar con otros en un nivel apropiado para su edad, con lo cual para ellos es difícil entender el punto de vista de los demás; por último, (c) los problemas

de conducta son menores en ellos, y pueden tener algunos problemas sensoriales.

Por su parte, las personas con autismo moderado, a menudo necesitan asistencia, pero pueden tener un cierto nivel de independencia en sus puestos de trabajo y condiciones de vida. Tanto los niños como adultos con un TEA de este nivel pueden presentar las siguientes características: (a) funcionamiento mental normal o por debajo de lo normal; (b) dificultad para comunicarse, ya que el discurso puede incluir algún tipo de lenguaje repetitivo o intentos verbales no funcionales, o bien puede preferir comunicarse a través de signos o medios tecnológicos; (c) algunos problemas de conducta debido a, primero, ser más o menos sensible a los sonidos, las vistas, y otros tipos de estimulación, puede conducirlos a presentar problemas de comportamiento; segundo, es común que se resistan activamente a cualquier cambio en su rutina normal y además, pueden exhibir conductas como mecerse, aleteo de manos, caminar sobre los dedos del pie, o dando vueltas en círculos; (d) son socialmente distantes, aunque puede tratar de interactuar con los demás aunque esto les sea muy difícil (Miller-Wilson, citado en Sadinson 2016).

Finalmente, las personas con TEA de bajo funcionamiento o autismo severo, pueden no ser capaces de vivir de manera independiente. Las características de los niños y adultos con autismo de bajo funcionamiento son similares, y pueden incluir: (a) funcionamiento mental o cognitiva equivalente con algún grado de déficit intelectual, esto por lo general incluye un CI por debajo de 70 y problemas con las conductas adaptativas como el autocuidado y la comunicación; (b) falta o deterioro grave del lenguaje, esto significa que no pueden utilizar palabras habladas para comunicarse con los demás; (c) problemas graves de conducta que engloban a los comportamientos repetitivos o atípicos distintivo del autismo; pero también la frustración acerca de la comunicación y la sobrecarga sensorial puede conducir a comportamientos que perturben a otros e incluso causarles daño a la persona; (d) son socialmente inalcanzable, es muy difícil para interactuar con alguien con autismo severo, el

individuo puede no ser consciente de lo que otros están diciendo o haciendo, y puede tomar un esfuerzo significativo para ganar su atención (Miller-Wilson, citado en Sadinson 2016).

De manera que para la presente investigación se consideró pertinente tener una medida del nivel en que se encuentran los procesos intelectuales de los adolescentes participantes de la misma, que aseguren la no existencia de un déficit intelectual asociado, para lo cual se utilizó la subescala que permite medir procesos intelectuales de la batería estandarizada de diagnóstico neuropsicológico basado en Luria, de Manga y Ramos (2000).

Deterioro del lenguaje acompañante al diagnóstico TEA

El deterioro en el lenguaje se ha encontrado como característica del TEA desde el DSM-IV (Pichot, López-Ibor-Aliño, y Miyar, 1995), actualmente forma parte de las especificaciones que deben realizarse al diagnóstico del TEA según el DSM-V (APA, 2013).

En 1996, Belichón, Gortázar, Martínez-Palmer, Flores, y García-Alonzo estudiaron este aspecto, para intentar clarificar los déficits lingüísticos de las personas con autismo y otros trastornos del desarrollo, específicamente en la comprensión verbal. Para ello comentaron tres experimentos que formaban parte de un Proyecto de investigación más amplio, financiado por el Centro de Investigación y Documentación Educativa (C.I.D.E.) del Ministerio de Educación y Ciencia español; dichos experimentos estaban orientados a explorar el conocimiento que los niños y adolescentes con autismo, síndrome de Down y sin diagnóstico, tienen del significado intencional de unidades lingüísticas, tales como los nombres, los verbos y las frases.

Belichón et al. (1996) afirmaron que un alto porcentaje de personas con autismo, tenían problemas para comprender el lenguaje, y que dependiendo del nivel de la patología, variaba el nivel de comprensión. Los experimentos

revelaron que en el caso de los autistas, cuando el nivel de inteligencia alcanzaba niveles próximos a la normalidad –los denominados autistas de “buen nivel”–, parecían poder extraer el significado literal de los mensajes, aunque no lograban identificar su significado intencional o pragmático. Por último, encontraron un grupo de personas con autismo que mostraban formas intermedias de habilidades, pero con dificultades en la comprensión de palabras y frases.

Rivière (1999), tres años después, durante la conferencia que dictó en Buenos Aires, expuso los distintos niveles de alteración del lenguaje y de la comunicación, que para el momento se habían descrito en el espectro autista; para ello, recurrió a tres dimensiones, compuestas cada una por cuatro niveles.

La primera dimensión la define como la función comunicativa del lenguaje, cuyos niveles son: (a) no se comunican; (b) comienzan a “pre-protocomunicarse”, es decir, instrumentalmente, como señalando o moviendo la mano del cuidador; (c) conductas comunicativas para pedir mediante signos, palabras o pictogramas; y (d) adquieren ya conductas comunicativas como declarar y comentar, mas no son capaces de cualificar subjetivamente la experiencia (Rivière, 1999).

Las siguientes dos dimensiones, se refieren a las funciones expresivas y receptivas del lenguaje, las cuales se corresponden entre sí, como se verá ahora. Los niveles de la función expresiva abarcan desde (a) el mutismo total o funcional, pueden existir verbalizaciones pero no son lenguaje, no realizan la actividad analítica que implica comprender el lenguaje; (b) las palabras sueltas o ecolalias, que no incluyen las competencias formales o estructurales del lenguaje; (c) el lenguaje oracional, en el que comprende las oraciones con estructura gramatical y analítica; (d) hasta el discurso y la conversación con limitaciones para adaptar flexiblemente la conversación a los contextos y para seleccionar temas relevantes (Rivière, 1999).

En cuanto a las funciones receptivas, los cuatro niveles son: (a) ignorancia del lenguaje o sordera aparente; (b) asociación de conductas con emisiones, sin asociación con los códigos del lenguaje; (c) comprensión de enunciados mediante decodificación lingüística, literal y poco flexible, con algo de análisis estructural; y (d) comprensión de discursos y conversaciones sin diferenciar lo literal de lo pragmático del lenguaje (Rivière, 1999).

En este sentido, un adolescente con TEA será capaz de realizar una actividad analítico-sintética para comprender mensajes transmitidos de forma verbal y pictórica, si se encuentra en el tercer o cuarto nivel de estas dos dimensiones, según la clasificación dictada por Rivière (1999); por lo que los participantes de la presente investigación debían evidenciar estas capacidades, las cuales fueron comprobadas por la subescala de Procesos Intelectuales de la Batería Luria-DNA (Manga y Ramos, 2000).

Importancia del sexo en la investigación sobre TEA

Las disparidades entre hombres y mujeres cuando se habla de los TEA ha sido ampliamente reportada. Rivet y Matson (2011), recientemente, realizaron una revisión en profundidad de la base de la literatura, sobre la naturaleza y etiología de las diferencias de género en los TEA, así como las direcciones y las implicaciones futuras de investigación; y propusieron que los hombres pueden mostrar comportamientos más asociados a una evaluación clínica, como la hiperactividad y la agresión; por el contrario, las mujeres con un diagnóstico de TEA, son percibidas por los especialistas como más sociales debido a la forma como se presentan sus síntomas, lo que puede estar causando barreras para detectar tempranamente el diagnóstico en ellas.

Además, vale mencionar las estimaciones de la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, CDC, 2012) sobre niños y adolescentes con Trastorno del

Espectro del Autismo (TEA), en el cual se explica que “los hombres son casi 5 veces más propensos a ser identificados con TEA que las mujeres”, esto indicaría que la proporción de masculino y femenino es de 5:1 en esta población.

Considerando lo indicado por Rivet y Matson, (2011), con respecto a que el sexo de la muestra en una investigación puede generar variaciones en los resultados cuando se trata de pacientes con TEA; y aunado a la proporción de los mismos en la población, se controló la variable sexo mediante homogenización, siendo que solo adolescentes de género masculino con dicha condición conformaban la muestra de estudio.

Importancia de la edad y el nivel educativo en el TEA

Papalia, Wendkos-Olds y Duskin-Feldman (2010), señalaron que “la adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales” (p. 354), y se ubica en el rango 11 a 20 años. El manejo psicológico y emocional de estos cambios representa un reto para todos los adolescentes, pero más para uno que presente un TEA diagnosticado, cuyas habilidades sociales estén mermadas (Shattuck, Orsmond, Wagner, y Cooper, 2011).

En este sentido, los adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y con discapacidades del desarrollo, son una de las poblaciones más referidas para intervención en crisis, admisión y readmisión a instalaciones residenciales, y uso de medicación psicotrópica (Shattuck, Orsmond, Wagner, y Cooper, 2011), por lo que la investigación al respecto los TEA en esta etapa del desarrollo resulta de especial relevancia práctica.

En Venezuela, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014) considera adolescente a todo aquel joven entre 12 y 19 años, por lo que este es el rango de edad seleccionado para la presente investigación adaptándose a lo

estipulado por ellos en el último censo, utilizando entonces este rango como criterio de inclusión a la muestra.

Es importante tomar en cuenta, sin embargo, que la variable más reportada, en cuanto a que afecta en mayor nivel la ejecución de las personas con TEA en pruebas cognoscitivas ha sido el nivel de educación, no la edad; por lo que resulta apropiado utilizar una batería que considere el nivel educativo de los evaluados para puntuar los resultados (Anastasi y Ostrosky, citado en Ardila, 2011).

Empatía

La primera vez que se habló de empatía fue en el siglo XVIII, con el término alemán “Einführung”, que se traducía como “sentirse dentro de”. Lipps (citado en Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008), por su parte, presentó su descripción desde un punto de vista psicológico; para este autor, la empatía es un tipo de identificación, de proyección, de penetración del ser sensible del observador en el objeto de contemplación. Pero no fue hasta 1909, que Titchener (citado en Fernández-Pinto et al., 2008) acuñó el término “empatía” tal y como se conoce actualmente.

Posteriormente, aparecieron un mayor número de estudios en psicología que hicieron uso del concepto de empatía, para dar explicaciones a muchos de sus pensamientos. Carrillo y Berges (2009), señalan que la empatía se concibió, primero, como una habilidad social, y luego como una cualidad autónoma del hombre, es decir, una capacidad innata a la raza humana. Por su parte, Mead (citado en Carrillo y Berges, 2009) en su teoría sobre la toma de roles, o role-taking, incorporó al estudio de la empatía la importancia de la influencia de los factores sociales y las relaciones interpersonales. En este sentido, se discutía si el origen de la empatía era innato o producto de la experiencia.

Smith en el 2006, presentó incluso un artículo, en el que propuso siete modelos simples de la relación entre la empatía cognitiva (toma de perspectiva mental) y la empatía afectiva (el intercambio vicario de la emoción), y consideró que la selección natural pudo haber actuado en la variación de la relación entre estas, logrando finalmente que resultaran dos sistemas separables y complementarios. También, planteo hipótesis acerca de la existencia de cuatro (4) trastornos de la empatía, utilizando el concepto de desequilibrio de la empatía; conversó acerca del autismo, el trastorno antisocial de la personalidad, trastorno de personalidad esquizoide, y el síndrome de Williams.

Smith (2006) propone que un modelo de empatía humana, debe asemejar a uno que permita a la empatía cognitiva y la emocional actuar como un sistema integrado en muchas circunstancias, es decir, que permita a la persona optimizar la flexibilidad empática dependiendo de la situación, siendo posible separarlas en circunstancias claves.

En este sentido, existía muy poco consenso al respecto de su definición; sin embargo, varios autores plantearon una visión integradora de la empatía; y actualmente se la contempla como un constructo multidimensional en el que se incluyen ambos tipos de componentes (Fernández-Pinto et al., 2008). Uno de los autores más reconocidos dentro de este grupo, fue Davis en 1980, quien propuso que los componentes cognitivos y afectivos eran entes claramente separados pero regulados entre sí; y la definió como un conjunto de constructos que incluye tanto los procesos de ponerse en el lugar del otro, como las respuestas afectivas y no afectivas.

Davis (1980), encontró que la empatía es un constructo multidimensional de cuatro factores, los cuales definió de la siguiente manera: (a) fantasía, que se refiere a la tendencia a identificarse fuertemente con personajes ficticios de libros, películas u obras de teatro; (b) toma de perspectiva, refleja la tendencia o capacidad para adoptar la perspectiva o punto de vista de otras personas; (c) preocupación empática, que señala la tendencia a experimentar sentimientos de calidez, compasión y preocupación por los demás cuando estos están

sometidos a experiencias negativas; y por último (d) malestar personal, que refleja la capacidad de tener sentimientos de malestar y ansiedad al presenciar las experiencias negativas de otros.

El estudio de Davis (1980), también reveló que estas cuatro sub-escalas pueden agruparse en dos constelaciones más amplias, ya que los factores de toma de perspectiva y fantasía, así como preocupación empática y malestar personal, se relacionan significativamente pero no lo suficientemente elevado como para argumentar que miden lo mismo, por tanto estas se pueden catalogar como el componente cognitivo y afectivo de la empatía, respectivamente.

En este sentido, Davis (1980) elabora un instrumento auto-administrado de fácil aplicación, para obtener una medida multidimensional de la empatía, considerando que la misma implica poner en marcha procesos cognitivos de comprensión y de adopción de perspectivas, así como procesos emocionales de simpatía y experiencia de sentimientos coherentes con la experiencia ajena (Davis, 1980).

El instrumento recibió el nombre de Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), y tomó como base, los cuatro factores ya nombrados (toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal), que permitían obtener mediciones separadas de los componentes emocionales y cognitivos de la empatía agrupándolos de dos en dos (Davis, 1980).

A partir de allí, se empieza a trabajar sobre una definición integradora de la empatía, marcando un punto de inflexión claro en la historia del desarrollo del constructo.

Ya en 1996, Davis (citado en Fernández-Pinto et al., 2008) propuso el denominado Modelo organizacional para explicar los antecedentes, procesos y consecuentes de la empatía:

Davis sitúa los antecedentes de la empatía en las características de la persona que va a empatizar y la situación. Dice que estos antecedentes pueden producir tres tipos de procesos: de bajo coste cognitivo (p.e. reacción circular primaria), medio coste cognitivo (p.e. condicionamiento clásico) y alto coste cognitivo (p.e. adopción de perspectiva). Estos procesos pueden producir en su relación con los antecedentes distintos tipos de respuestas: por un lado, pueden ser intrapersonales, que a su vez pueden ser afectivas (preocupación empática) y/o no afectivas (juicios atribucionales), e interpersonales, como por ejemplo, la conducta de ayuda. (p.286).

Este modelo (Figura 1) resulta pertinente a la presente investigación, ya que considera componentes que resultan primordiales para explicar el fenómeno de la empatía en los adolescentes masculinos con TEA sin déficit intelectual acompañante.

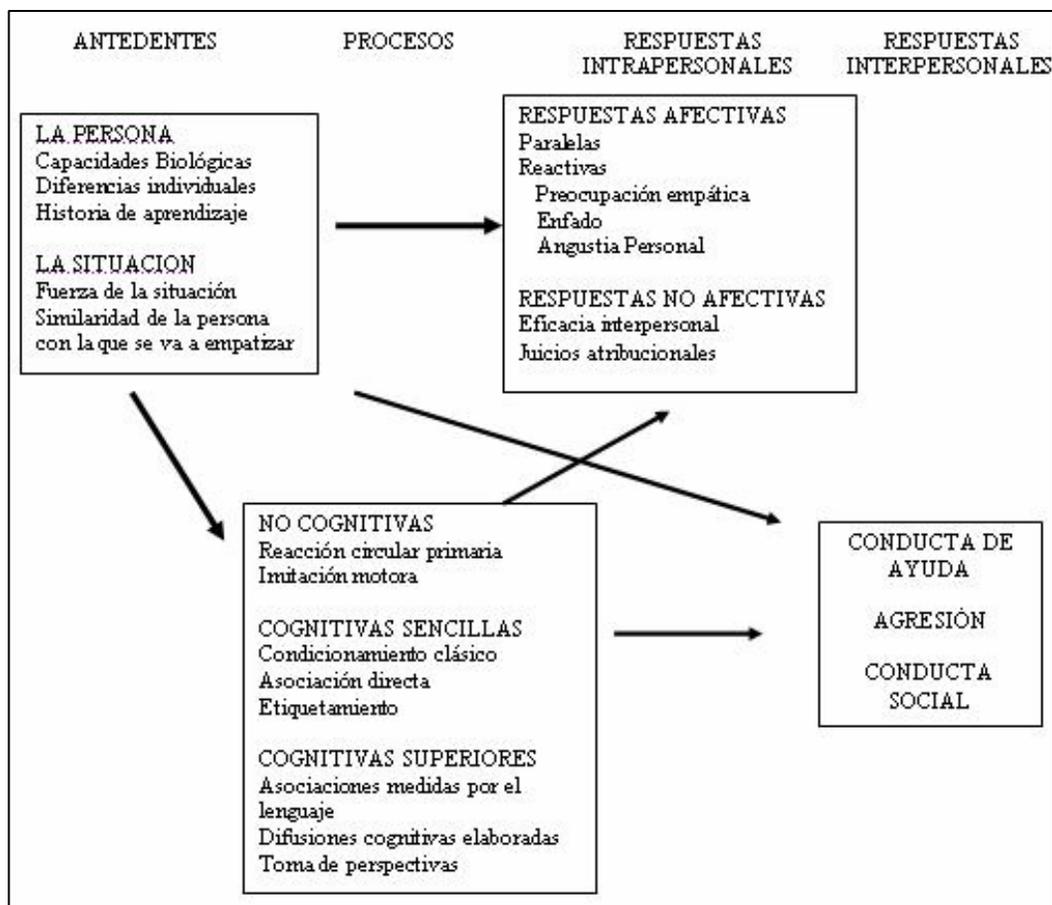


Figura 1. Modelo Organizacional de Davis, citado en “Empatía: Medidas, Teorías y Aplicaciones en Revisión” por I. Fernández-Pinto, B. López-Pérez y M. Márquez, 2008, publicado en *Anales de Psicología* 24 (2), p. 284-298.

En principio, considera las características de la persona que va a empatizar, entre ellas se encuentran las capacidades biológicas de las mismas, que en las personas con TEA se han demostrado, específicamente, alteraciones cerebrales en las redes neurales que subyacen a los procesos de empatía (Gillberg y Coleman, 2000).

Moya-Albiol, Herrero y Bernal (2010), más recientemente, revisaron la literatura científica sobre empatía, analizando las diversas estrategias metodológicas empleadas para ello, y ofrecieron una visión de las estructuras cerebrales que habían demostrado, hasta el momento, estar implicadas en ella, y concluyeron que entre otras estructuras, las cortezas prefrontal y temporal, la

amígdala y otras estructuras límbicas como la ínsula y la corteza cingulada desempeñaban un papel fundamental en la empatía. Esto asegura que, de entrada, el proceso de empatizar no ocurre de la misma manera en personas con TEA que sin diagnóstico.

Luego, el modelo considera las diferencias individuales y la historia de aprendizaje, los cuales están determinadas indudablemente por la condición diagnóstica de los sujetos. Las primeras, entre otras cosas, se verán influidas por los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento que presentan las personas con TEA; y la segunda dependerá de los entornos de aprendizaje a los que haya sido expuesto en función de su desempeño conductual e intelectual.

Otro antecedente considerado por Davis (citado en Fernández-Pinto et al., 2008) en su modelo, es el referente a las características de la situación en la que se acciona el proceso de empatía; acá menciona la fuerza de la situación y otro aspecto que resulta sobre todo importante, siendo personas con una condición diagnóstica, que es la similaridad de la persona con la que se va a empatizar, esto significa que la persona con TEA, a pesar de su dificultad para ello, pudiera experimentar sentimientos empáticos cuando la persona objetivo comparte características con ella, si por ejemplo presentase la misma condición o tuviera intereses similares a los que ella se restringen o se fijan, de acuerdo a su condición.

Estos antecedentes, según Davis (citado en Fernández-Pinto et al., 2008), interactuarán con los procesos cognitivos, que pueden ser muy primitivos como una reacción circular primaria o imitación motora, hasta algunos más complejos como asociaciones medidas por el lenguaje, o realizar una toma de perspectiva.

Estos dependerán entonces, del nivel de funcionamiento cognitivo que presente la persona con TEA que va a empatizar, y sin embargo, aún puede verse interferido por su condición diagnóstica, ya que, como reporta Rivière

(citado en Martos y Ayuda, 2003), las personas con autismo de alto nivel de funcionamiento y síndrome de Asperger aunque presentan una adecuada estructura formal del lenguaje, en cuanto a los componentes semántico y pragmático muestran dificultades, sobre todo en su uso social; esto se refiere a la comprensión de actos del habla indirectos, las metáforas, las bromas, y el uso de un lenguaje retórico poco ajustado al interlocutor con ausencia de verbos mentalistas, así como dificultades en el uso del vocabulario abstracto. Por lo que se puede inferir que es más probable que utilicen procesos cognitivos de bajo o mediano coste según la clasificación hecha por Davis en su modelo (citado en Fernández-Pinto et al., 2008).

La interacción entre los antecedentes y los procesos, definirá la respuesta de la persona en el proceso de empatizar (citado en Fernández-Pinto et al., 2008), que puede ser intrapersonal (afectiva o no afectiva) e interpersonal (Figura 1). En este sentido, dicho modelo contempla la posibilidad de que ocurra o no la empatía, lo cual es pertinente al presente estudio donde los adolescentes con TEA pueden presentar dificultades para experimentarla.

Las limitaciones del modelo de Davis(1996) reconocidas por el mismo autor, afirman que el mismo: (a) establece sólo relaciones unidireccionales entre los elementos; (b) no tiene en cuenta las características de la persona hacia la que se muestra la empatía; y (c) hace una mera clasificación de los diferentes procesos y respuestas; es decir, no establece qué conexiones se tienen que producir entre los diferentes procesos para que se experimente una reacción de preocupación empática frente a una de angustia personal.

Pese a estas limitaciones, Davis unió tanto conceptual como metodológicamente dos enfoques que parecían irreconciliables (empatía cognitiva y afectiva) y que se consideran, actualmente, interrelacionados y complementarios. Así, en la actualidad, la definición más aceptada de empatía es la dada por el propio Davis (citado en Fernández-Pinto et al., 2008): “conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (p.287).

La concepción multidimensional de Davis ha adquirido valor empírico gracias a las investigaciones que hasta el momento se realizan a partir de su propuesta factorial. De hecho, la escala IRI (Davis, 1980) fue traducida al castellano por Mestre-Escrivá, Frías-Navarro y Samper-García (2004), quienes analizaron las propiedades psicométricas del instrumento en una población de 1.285 adolescentes, 698 varones y 597 mujeres, con un rango de edad entre 13 y 18 años. No detectaron un efecto de interacción estadísticamente significativo de sexo por edad ($F_{8, 2504}=0.715$, $p>0.05$) ni tampoco de la variable edad ($F_{8, 2504}= 1.521$, $p>0.05$) al realizar el MANOVA. La investigación de Mestre-Escrivá et al. (2004), arrojó valores de alfa oscilan desde 0.56 para la escala de Toma de Perspectiva (PT) hasta 0.70 para la de Fantasía (FS), en lo que respecta a fiabilidad, para la muestra total de adolescentes. En cuanto a la validez, las sub-escalas de empatía, en términos generales, correlacionan positivamente con la conducta y los estilos de razonamiento pro-social, mientras que la correlación es negativa con la agresión y con la inestabilidad emocional.

Otra investigación que puso a prueba el instrumento IRI de Davis (1980) con adolescentes, fue la realizada por Carrasco-Ortiz, Delgado-Egido, Barbero-García, Holgado-Tello y Barrio-Gándara (2011), quienes se propusieron explorar la dimensionalidad del instrumento una muestra de 721 sujetos españoles entre 9 y 16 años. Sus resultados mostraron no solo una estructura conceptualmente compatible con la propuesta original desarrollada por Davis, y la adaptación de Mestre-Escrivá et al. (2004), sino que encontraron otra organización factorial asociada con estas mismas dimensiones.

En el caso que compete a esta investigación, cuya población objetivo constituye a los adolescentes con TEA sin déficit intelectual acompañante, es pertinente estudiar la empatía como un constructo multidimensional, ya que reducir e interpretar la capacidad empática de las personas con TEA bajo una sola definición, puede resultar vacuo. Por tanto, la propuesta psicométrica de Davis (1980) de su escala auto-administrada, se tomaran como teoría e instrumento de medición para utilizar en la presente investigación, ya que

contempla los componentes cognitivos y afectivos de la empatía, bajo una estructura factorial, que como se verá a continuación, ha sido confirmada numerosas veces y ha demostrado ser válida en su adaptación al castellano y en población de niños y adolescentes.

Agresión

La agresión ha sido definida de múltiples formas, estas definiciones pueden ser agrupadas entre aquellas que incluyen como un rasgo definitorio de la misma, la motivación o intención de causar daño a otro; y aquellas que no lo incluyen debido a que responden a modelos estrictamente conductuales (Penado-Abilleira, 2012)..

Una de las primeras definiciones no motivacionales encontradas, es la de agresión como “una respuesta que produce estímulos nocivos a otro organismo” (Buss, citado en Penado-Abilleira, 2012, p. 17). Sin embargo, y a pesar de que el autor señala que no es así, sobre la misma se puede asumir que incluye la producción accidental de daño (por ejemplo, pisar a alguien sin querer), cuando se consiente el daño (por ejemplo, el masoquismo), o incluso cuando se causa daño a pesar de tener otras intenciones (por ejemplo, ir al dentista).

Posteriormente Bandura, propone una segunda definición no motivacional, asegurando que “una conducta es conceptualizada como agresión cuando no se ejecuta como parte de una regla socialmente aprobada” (citado en Penado-Abilleira, 2012, p. 18).

Estas definiciones tienen características conductuales, planteadas en términos de estímulos, respuestas y aprendizaje social. Pero existe un grupo de definiciones motivacionales de la agresión, centradas en el propósito de la conducta, que generalmente hacen referencia a la finalidad de herir, física o psicológicamente a un otro, o hacer daño con la intención de ello (Penado-Abilleira, 2012).

En la misma línea de ideas, no existe unanimidad en los autores con respecto a las tipologías de la agresión, reportándose en la literatura múltiples clasificaciones según (a) su naturaleza o forma, (b) la relación entre el agresor y la víctima, y (c) el compromiso del agresor con la conducta (Penado-Abilleira, 2012).

En la literatura se encuentra la clasificación del comportamiento agresivo según su naturaleza o forma, distinguiendo entre lo que se considera agresión física, agresión verbal y agresión no física o postural. La agresión de tipo físico se produce por contacto directo con los contendientes, implica un ataque a un organismo mediante conductas motoras y acciones físicas, lo cual implica daños corporales. La agresión verbal tiene su forma de expresión en el lenguaje y es una respuesta oral nociva para el otro. Por último, la agresión postural se expresa simbólicamente o mediante expresiones faciales o posturas corporales, como las muecas o los gestos de amenaza (Penado-Abilleira, 2012).

Por el contrario, si se atiende al modo o la relación interpersonal que existe entre el agresor y la víctima, se diferencia entre agresión directa o abierta y agresión indirecta o relacional. La expresión directa supone una interacción cara a cara en la que el agresor es fácilmente identificable por la víctima, es decir hay una confrontación directa. Por el contrario, la expresión indirecta tiende a pasar desapercibida, el agresor puede permanecer sin identificarse y evitar así la imputación, confrontación directa, contra-ataque o defensa del otro, permite al agresor ocultar su identidad a la víctima, haciendo también más difícil a la víctima saber que ha sido objeto de algún daño intencional; esto se refiere a conductas como esparcir rumores malintencionados acerca de la persona-objetivo, decir a los demás que no se relacionen con la víctima escogida, inventar historias para meter en problemas a la víctima, entre otras (Crick y Grotpeter, 1995; Crick, Casas y Nelson, 2002; Richardson y Green, 2003).

Por último, la definición orientada según el grado en que el agresor está comprometido activamente en la conducta para dañar a la víctima; se encuentran la agresión activa, que implica dicho compromiso; y la agresión

pasiva, que se caracteriza por una falta de acción a la hora de responder que sin embargo trasmite un estímulo nocivo (Penado-Abilleira, 2012).

El grupo de investigación de Kenneth Dodge (citado en Penado-Abilleira, 2012), hacen una distinción motivacional al clasificar la agresión, dividiéndola en agresión reactiva y proactiva, su objetivo fue contemplar el punto de vista intencional o funcional de la conducta, partiendo de los mecanismos cognitivos que surgen en las distintas expresiones de la agresividad.

La agresión reactiva se fundamenta teóricamente en el modelo de frustración – agresión de Dollard (citado en Penado-Abilleira, 2012), ya que hace referencia a un comportamiento que sucede en consecuencia a una amenaza percibida, y generalmente la acompañan una serie de reacciones fisiológicas intensas y déficits en el procesamiento de la información (Raine et al., 2006).

La agresión proactiva, se ha relacionado teóricamente con el modelo de aprendizaje social de Bandura (citado en Penado-Abilleira, 2012), de acuerdo con el cual, el sujeto pone en marcha estrategias para la obtención de un objetivo o beneficio, en este caso hace uso de la agresión para tal fin, con lo cual puede describirse como una conducta fría, instrumental y organizada; ya que no se encuentra asociada con la activación fisiológica que caracteriza a la agresión reactiva (Raine et al., 2006).

De acuerdo a las diferentes definiciones y divisiones establecidas en los variados procesos de análisis para el estudio de la agresión, se han desarrollado varios modelos explicativos de la agresión reactiva y proactiva, entre los cuales Penado-Abilleira (2012) resume: (a) el modelo del déficit en el procesamiento de la información social (Crick y Dodge, 1994); (b) el modelo socio-cognitivo de Bandura; (c) el modelo de frustración-agresión de Dollard; (d) el modelo de trayectoria evolutiva de McCarthy; y (e) los modelos integradores de agresión, que incluyen el modelo integrador de Huesmann, los modelos integradores de Anderson y Bushman, y el modelo integrador de la agresividad-impulsiva premeditada de Andreu.

En este sentido, es de especial relevancia para el presente estudio considerar una propuesta teórica que contemple los procesos socio-cognitivos y motivacionales que subyacen a la conducta agresiva, ya que los mismos forman parte de la dificultad que tienen los adolescentes con TEA en la comunicación e interacción social. Autores como Crick y Dodge (1994) describen estos procesos, partiendo de la distinción entre agresión proactiva y reactiva, que permite hacer el análisis de los déficits y mecanismos cognitivos que subyacen a ambos tipos.

El modelo de déficit en el procesamiento de la información de Crick y Dodge (1994), sostiene que los niños y adolescentes se enfrentan a las situaciones sociales con una serie de capacidades biológicas limitadas y tienen memorizadas una serie de estructuras socio – cognitivas de sus experiencias pasadas.

Crick y Dodge (1994) propusieron dicho modelo para explicar la competencia social de los niños, afirmando que cuando el niño se enfrenta a una situación social nueva realiza una serie de pasos hasta que producen una respuesta: (1) codifica las señales internas y externas, (2) representa e interpreta esas señales, (3) clarificación o selección de un objetivo (4) búsqueda mental de posibles de posibles respuestas a la situación, (5) selección de la respuesta y (6) conducta (Figura 2).

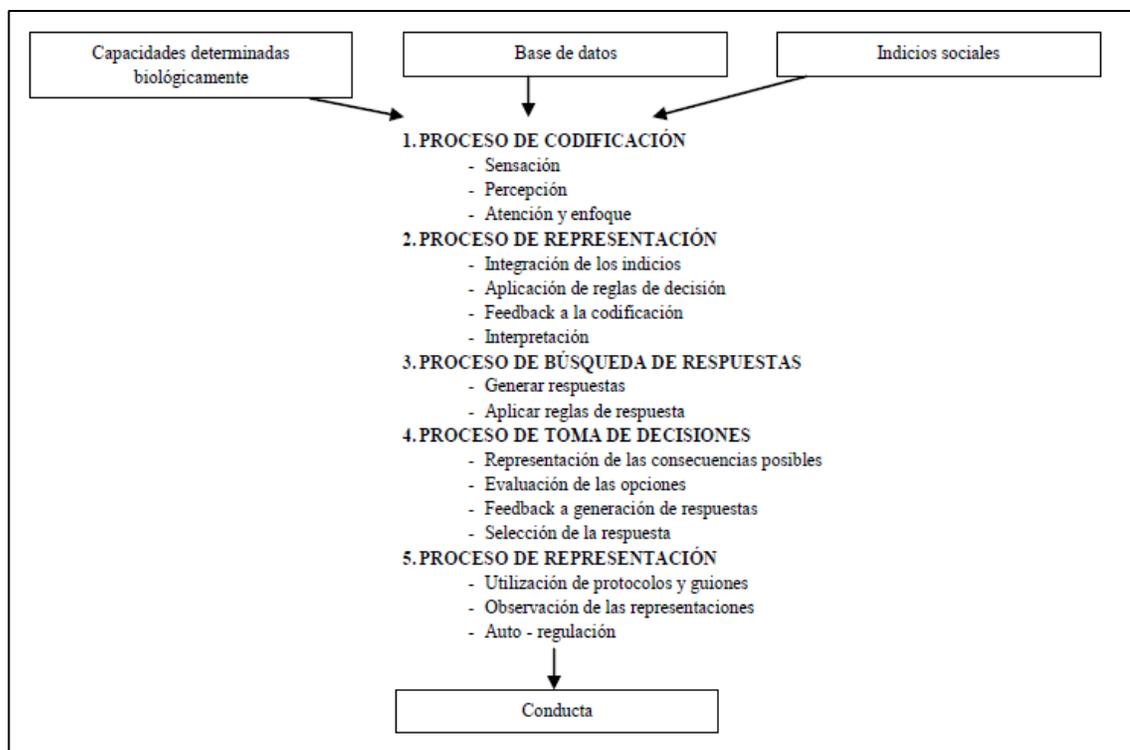


Figura 2. Modelo original del déficit de procesamiento de la información. Tomado de “A Review and Reformulation of Social Information – Processing Mechanisms in Children’s Social Adjustment”, por N. R. Crick y K. A. Dodge, 1994, publicado en *Psychological Bulletin*, 115 (1), p. 74 – 101.

Este modelo sostiene que durante los pasos 1 y 2, codificación e interpretación de indicios sociales, los niños focalizan y codifican algunos indicios en particular y posteriormente, tomando como base esos indicios, construyen una interpretación de la situación. Durante los pasos 3 y 4 se hipotetiza que los agresores acceden a posibles respuestas a la situación desde la memoria a largo plazo, evalúan esas respuestas, y luego seleccionan aquella que resulta más favorable (Crick y Dodge, 1994).

Crick y Dodge (1994), señalan que las respuestas inadaptadas (como la agresión) se producen debido a un procesamiento inexacto o ineficaz de los pasos antes señalados y se pueden formular distinciones sobre cada tipo de agresión en función del procesamiento deficiente de cada paso, esto pudiera

explicar las respuestas agresivas emitidas por los adolescentes con TEA sin déficit intelectual acompañante, por su dificultad para comprender las claves sociales.

En el caso de la agresión reactiva, los autores sostienen que el déficit se produce a la hora de interpretar los indicios (paso 2), donde los niños realizarán un prejuicio atribucional hostil en respuesta a estímulos ambiguos, que los hará interpretar las intenciones de los demás como dañinas y responder agresivamente; para la agresión de tipo proactivo, el déficit se produce a la hora de seleccionar la respuesta (paso 5), los niños considerarán que la agresividad es una manera viable de conseguir sus objetivos, tendrán una valoración positiva de su habilidad para realizar actos agresivos y esperarán resultados positivos de ese comportamiento agresivo (Crick y Dodge, 1994).

El modelo sostiene que algunos tipos de procesamientos ineficaces o inexactos son los que conllevarán a que los niños se comporten agresivamente en respuesta a conflicto o provocaciones por sus compañeros (Crick y Dodge, 1994) de este modo, si un niño interpreta como hostil el comportamiento de otro, justificarán su sentimiento de enfado y la utilización de la agresividad. Si esta interpretación es incorrecta la utilización de la agresividad es inapropiada y así será vista por otros aunque el protagonista no sea consciente.

Sin duda alguna, la distinción entre agresión reactiva y proactiva ha permitido avanzar en el estudio de la tipología de la agresión y de sus bases cognitivo-sociales y afectivas; además de favorecer la investigación de los factores etiológicos implicados en ambos tipos de agresión.

Por otro lado y con miras al presente estudio, la motivación de la persona que agrede, es de principal importancia, ya que se parte de que los déficits en la comunicación e interacción social de las personas con TEA constituyen un factor de riesgo para la aparición de comportamientos agresivos en esta población, siendo explicados por una mala comprensión de las señales del medio social, que elicitán este tipo de respuestas a las mismas (Kanne y Mazurek, 2011).

En una revisión de la literatura, Andreu, Ramírez y Raine (2006), estructuran una definición al respecto del modelo de procesamiento de la información social para la agresión:

La *agresión reactiva* incluiría una serie de actos agresivos elicitados básicamente como reacción a una agresión, provocación o amenaza percibida –además de sesgos atribucionales hostiles-; mientras que *la agresión proactiva*, por el contrario, incluiría una serie de actos agresivos puestos en marcha intencionalmente para resolver conflictos o dificultades en la comunicación, para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor y que no implican que la motivación primaria sea hacer daño a la víctima (p. 28).

Raine et al (2006), parten de las investigaciones sobre agresión proactiva y reactiva, para desarrollar un instrumento válido y confiable que permitiera medir estas dos dimensiones del constructo en niños y adolescentes. Así, elaboraron el Cuestionario de Agresión-Proactiva (RPQ), compuesto por 23 ítems basados en las dimensiones motivacionales, proactiva y reactiva, de la agresión, los mismos son puntuados por el mismo niño en un escala de frecuencia (0 = nunca, 1 = algunas veces, y 2 = a menudo), y puede ser contestado a partir de un nivel de lectura correspondiente al de un niño de 8 años y de adolescentes con limitada capacidad de lectura. Sus resultados les permitieron concluir que el instrumento es fiable y válido, y responde a una estructura de dos factores.

Además, Raine et al. (2006), argumentaron que un instrumento de auto-reporte para este constructo, es muy pertinente, ya que permiten evaluar los procesos motivacionales que están implicados en la agresión y que no pueden ser accesibles al observador, pero sí lo son para el propio agresor (Raine et al., 2006).

Andreu-Rodríguez, Peña-Fernandez y Ramírez (2009), poco después, realizaron una investigación para examinar las propiedades psicométricas del Cuestionario RPQ; lo aplicaron a una muestra de 732 adolescentes, de entre 12 y 17 años de edad (M=14,86, D=1,69), de la Comunidad de Madrid (360 varones y 372 mujeres).

Para estimar la validez de constructo del instrumento, midieron su bondad de ajuste a un modelo unifactorial y otro bifactorial, y los estadísticos mostraron mejor ajuste para el segundo (GFI=.98, AGF=.97, RMR=.02, NFI=.96) que para el primero (GFI=.87, AGF=.89, RMR=.06, NFI=.46), lo que quiere decir que el instrumento se adapta mejor a dos dimensiones de agresión que a una sola. En cuanto a la confiabilidad, obtuvieron niveles adecuados, tanto en la escala total (alpha = 0,91), como en las sub-escalas de agresión reactiva (alpha = 0,84) y proactiva (alpha = 0,87) (Andreu-Rodríguez et al., 2009).

Lo anterior permite concluir que el Cuestionario de Agresión-Proactiva (RPQ), resulta un instrumento válido y confiable para la medición de la agresión con dos dimensiones; y el mismo puede ser utilizado en la presente investigación, con adolescentes con TEA.

Investigaciones empíricas sobre las variables relacionadas

Empatía y Agresión

Desde la década de los setenta se iniciaron los estudios al respecto de la agresión y la empatía como variables relacionadas negativamente. Feshbach y Feshbach en 1969 (citado en Feshbach, 1983) encontraron que los niños con acting-out y agresivos tenían limitadas sus habilidades empáticas o no las utilizaban en una amplia gama de situaciones.

Posteriormente varios investigadores han replicado los hallazgos relativos a la relación negativa de estas variables, donde a menor empatía, mayor

agresión. Kaukiainen et al. (1999), por ejemplo, estudiaron tres tipos de agresión: física (AF), verbal (AV) e indirecta (AI), en 526 alumnos finlandeses de tres grupos de edad (10, 12, y 14 años) de los cuales 274 eran niñas y 252 niños. Estos autores construyeron escalas basadas en la técnica de estimación de pares (los estudiantes eran quienes puntuaban las conductas de sus compañeros), para evaluar la empatía y la inteligencia social, y las probaron en un estudio piloto previo (n=42).

Una vez validadas estas escalas, las administraron en su investigación (n=526), y por medio de correlaciones parciales (en las que extraían la influencia de la inteligencia social), hallaron una correlación negativa y significativa de la empatía con cada tipo de agresión, tanto si contemplaban los tres grupos de edades juntos (AF: $-.34$, $p < .001$; AV: $-.38$, $p < .001$; AI: $-.23$, $p < .001$) como por separado (10 años= AF: $-.45$, $p < .001$; AV: $-.46$, $p < .001$; AI: $-.45$, $p < .001$) (12 años= AF: $-.30$, $p < .001$; AV: $-.29$, $p < .001$) (14 años= AF: $-.48$, $p < .001$; AV: $-.47$, $p < .001$; AI: $-.32$, $p < .001$). Como excepción, la agresión indirecta de los niños con 12 años no resultó significativa (AI: $-.07$, ns.), por lo que estos autores sugieren que la agresión indirecta a esta edad requiere una inteligencia más social que las formas directas de agresión (Kaukiainen et al., 1999).

La importancia de la empatía en la disposición prosocial de las personas y su función inhibidora de la agresividad se ha puesto de relieve en las últimas décadas. Una muestra de esto, es el trabajo de Eisenberg (2000) donde plantea la importancia de la empatía en el desarrollo moral de las personas, entendida como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que la otra persona está sintiendo. En este sentido, la respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y además la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas.

Shechtman (2002), por su parte, exploró la empatía cognitiva y afectiva en cincuenta y dos niños (25 agresivos y 27 no agresivos), agrupados en niños de nivel básico (7 a 11 años) y niños de secundaria (12 a 15 años), en ellos compararon sus niveles de agresión, empatía cognitiva y afectiva, expresados durante una entrevista en grupo

Los estudiantes agresivos y no agresivos, durante la charla, diferían en sus declaraciones agresivas ($F=22.77$, $p<.001$) y en la empatía afectiva ($F=5.46$, $p<.05$), pero no en la empatía cognitiva ($F=.59$, ns.), presentando menor empatía afectiva los niños agresivos (19 y 21%) que los no agresivos (12 y 11%). Esto confirmó su hipótesis de estudio, siendo que los niños agresivos mostraron un menor nivel de empatía afectiva, aunque en la empatía cognitiva no hubieron diferencias entre los niños agresivos y los que no lo son (Shechtman, 2002).

Además encontró que la empatía afectiva entre los niños no agresivos era el doble que entre los niños agresivos, y esta parecía aumentar con la edad; ya que los resultados en cuanto a la edad, mostraron una diferencia de medias significativa ($F=3.49$, $p<.05$) en la empatía afectiva, donde los niños más pequeños presentaron menos ($M= 3.57$ y 3.93) que los más grandes ($M=4.36$, 7.46), pero estos resultados no aparecieron de la misma manera al comprar proporciones, por lo que los autores sugirieron más investigación al respecto (Shechtman, 2002).

Posteriormente, Garaigordobil (2009) se propuso explorar comparativamente la empatía y un conjunto de variables socio-emocionales en la infancia y adolescencia, así como también, analizar las relaciones de la empatía con la conducta social. Su muestra estuvo constituida por 313 participantes de 10 a 14 años y utilizó una metodología descriptiva y correlacional. Sus resultados arrojaron que, en todas las edades, las mujeres tienen puntuaciones significativamente superiores en empatía, conducta pro-social, asertiva y capacidad para analizar cognitivamente emociones negativas, mientras que los varones presentaron mayor conducta agresiva en la interacción con sus pares (niños: $F=3.10$, $p<.001$; adolescentes: $F=3.99$, $p<.001$).

En lo referente a la edad, Garaigordobil (2009) encontró que la empatía no aumenta con la edad, al menos no de los 10 a los 14 años (10-11 años: $M=15.64$, $SD=4.54$; 11-12 años: $M=15.28$, $SD=3.62$; 12-13 años: $M=15.51$, $SD=3.05$; 13-14 años: $M=15.58$, $SD=4.13$). Pero resultó que en todas las edades, los coeficientes de relación mostraron una asociación positiva ($p < .05$) entre empatía y conductas prosociales positivas, autoconcepto y capacidad para analizar causas que generan emociones negativas; mientras que se relacionó negativamente con conductas sociales perturbadoras, como las de agresión, las antisociales y las de retraimiento; confirmando los estudios previos.

Más recientemente, se siguió profundizando en la relación entre estas variables. Yeo, Ang, Loh, Fu y Karre (2011), investigaron las contribuciones de 2 componentes específicos de la empatía (empatía afectiva y cognitiva) en las 3 formas de comportamientos agresivos (física, verbal e indirecta) en una muestra de 241 niños de 4° y 5° grado.

Yeo et al. (2011) confirmaron la relación negativa que existe entre la empatía afectiva y la agresión física cuando controlaron la empatía cognitiva ($\beta = -.24$, $p < 0.01$), explicando un 4.8% de la varianza de la agresión física; en contraste, la empatía cognitiva no se relacionó con este tipo de agresión (al controlar la empatía afectiva, $\beta = -.01$, ns.). En cuanto a la agresión verbal, ninguno de los dos componentes de la empatía se relacionaron significativamente con esta ($\beta = -.01$, ns). Por último, la agresión indirecta si se relacionó con la empatía cognitiva ($\beta = -.16$, $p < .001$), mas no con la afectiva cuando controlaron la cognitiva ($\beta = -.08$, ns).

Como explicación de dichos resultados, Yeo et al. (2011), argumentan que la agresión física implica un contacto interpersonal entre el agresor y la víctima, por lo que, de tener alta empatía afectiva, el agresor experimentaría sentimientos de angustia que podrían disminuir las emociones negativas orientadas hacia el otro, ya sea por razones egoístas o altruistas, lo que llevaría a reducir la agresión. Por el contrario, la agresión verbal no infringe consecuencias físicas observables en la víctima, por lo que el perpetrador podría

no compartir fácilmente el tormento y el miedo experimentado por la víctima, podría percibirlo como una forma de bromear por lo que los niveles de empatía no son distintos a los de un niño no agresivo.

Los resultados obtenidos por Yeo et al. (2011), con respecto a la agresión indirecta, los explicaron haciendo referencia a la ausencia de confrontación directa entre el agresor y la víctima como factor clave, por lo que el agresor tiene valerse de la empatía cognitiva para participar en la manipulación social y utilizar a sus pares circundantes hacer daño a la víctima.

El pasado año, García-Sancho, Salguero y Fernández-Berrocal (2015), realizaron un meta-análisis sobre la relación entre variables emocionales y la agresión. Se basaron en 27 trabajos empíricos, de los cuales 23 sugirieron una dificultad en el reconocimiento facial de las emociones por parte de las personas agresivas, esto significa que el 82% de los estudios observaron la asociación entre un pobre rendimiento en la tarea de reconocimiento emocional en el rostro y las conductas agresivas. Sin embargo, los resultados fueron diversos y no les permitió concluir la existencia de un déficit en el reconocimiento de una emoción específica, ante lo cual recomendaron ampliar la investigación en este campo.

En consecuencia, los estudios presentados demuestran que una baja capacidad para sentir empatía se relaciona con mayor presencia de actos agresivos, esto debido a la falta de sensibilidad emocional y de capacidad para comprender las consecuencias negativas potenciales para la víctima de la agresión. Considerando que las personas con TEA presentan déficits en el procesamiento emocional, se planteó evaluar si éstos se relacionan con la agresión que se ha reportado como síntoma en estos sujetos.

Trastorno del Espectro del Autismo y empatía

Así como Premack y Woodruff en 1978, consideraron la interpretación de la empatía y la TOM para explicar su experimento con Sarah la chimpancé;

Gillberg en 1992 (citado en Gillberg y Coleman, 2000), propuso formalmente la relación entre la teoría de la mente y la empatía, planteando que el pobre desarrollo de la TOM en niños con autismo era equivalente a una pobre empatía; y arrojó el concepto de “trastornos de la empatía”, para referirse a un amplio grupo de individuos con problemas en la TOM quienes mostraban incapacidad para reaccionar lo suficientemente rápido a los estímulos sociales de manera que muestran una sorprendente incapacidad intuitiva y sentido común. En este sentido, la TOM como hipótesis explicativa de los TEA, se relaciona con déficits en la empatía de estos niños.

Además, y de crucial importancia al respecto de la presente investigación, Premack y Woodruff (1978) aclaran que la empatía y la teoría de la mente (TOM) no son puntos de vista radicalmente diferentes, más bien aseguran que son en parte idénticos: la hipótesis de la empatía asume que el animal imputa un propósito al actor humano para luego hacerse cargo de ese propósito y hacer una elección de acuerdo con el mismo; en este sentido, la primera parte es similar a la inferencia de la que habla la TOM que la chimpancé hace sobre la finalidad del actor. Sin embargo, la visión de la empatía diverge en que no concede al animal inferencias sobre el conocimiento del otro; por lo que podría considerarse una TOM restringida.

Estas similitudes entre la TOM y la empatía, también han sido demostradas en estudios más recientes, como el realizado por Mathersul, McDonald y Rushby (2013), quienes estudiaron las interacciones sociales cotidianas, simples y complejas, en 40 adultos con TEA de capacidades intelectuales y de lenguaje promedio, y 37 adultos sin diagnóstico clínico.

Utilizaron una medida ecológicamente válida de la teoría de la mente (TOM), denominada Prueba de Conciencia de Inferencia Social (TASIT, por sus siglas en inglés), la misma utiliza viñetas de video que muestran intercambios conversacionales y evalúa el reconocimiento de las emociones básicas presentes en estos, así como la capacidad de comprender inferencias conversacionales. Consta de tres partes: la primera evalúa la percepción básica

de emociones, mientras que la segunda (Inferencia Social Mínima) y la tercera (inferencia Social Enriquecida) evalúan la comprensión de las emociones más complejas y la teoría de la mente; Mathersul et al. (2013) utilizaron solo las dos últimas.

El propósito de su investigación fue estudiar la asociación de la TOM con la empatía, ellos plantean como hipótesis que las preguntas TASIT que sondan la comprensión cognitiva de la TOM (es decir, creencias, intenciones, significados) estarían asociadas con el auto-reporte de empatía cognitiva, mientras que las preguntas relacionadas con la comprensión de los sentimientos se asociarían con el auto-reporte de la empatía afectiva. Para estos auto-reportes utilizaron dos medidas, el Cuestionario de Empatía (CE) y el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI); como medidas del componente afectivo y cognitivo por separado, consideraron las sub-escalas: Empatía Cognitiva (CE-EC) y Reactividad Emocional (CE-RE), Toma de Perspectiva (IRI-TP) y Preocupación Empática (IRI-PE) (Mathersul et al., 2013).

En lo que respecta a su objetivo de investigación, los resultados en el TASIT a la parte 2 y la parte 3 pudieron predecir la empatía cognitiva significativamente [R^2 ajustado Parte 2 = 0,518, $F(5, 65) = 15,0$, $p < 0,001$; R^2 ajustado Parte 3 = 0,485, $F(5, 65) = 13,4$, $p < 0,001$], mas no la empatía afectiva [Parte 2: ajustado $R^2 = 0,168$, $F(5, 65) = 3,6$, $p = 0,006$; Parte 3: ajustado $R^2 = 0,105$, $F(5, 65) = 2,5$, $p = 0,037$] (Mathersul et al., 2013).

Por lo anterior, Mathersul et al. (2013) concluyeron que la TOM se relaciona con el aspecto cognitivo de la empatía, mas no con el afectivo, es decir, son independientes, ya que la capacidad de inferir emociones, tal como es medida por el TASIT no se encuentra deteriorada en adultos con TEA de alto funcionamiento.

En este sentido, la TOM y la empatía, como constructos no son iguales, ya que, si bien son similares en cuanto a que poseen un componente cognitivo, la empatía incluye un componente emocional que la TOM no contempla. Así, se

abrió el campo para investigar directamente el fenómeno de la empatía en las personas con TEA, entendiéndolo como constructo de una o múltiples dimensiones.

Por ejemplo, Yirmiya, Sigman, Kasari y Mundy (1992), seleccionaron 18 niños con autismo de alto nivel de funcionamiento (AAF) de 9 a 16 años y 14 niños sin alteración en el desarrollo, de 9 a 14 años, para poner a prueba distintas habilidades empáticas, como la capacidad para discriminar entre diferentes estados emocionales, para tomar la perspectiva de otros con respecto a los mismos, y para responder afectivamente ante los estímulos presentados; para ello utilizaron el "Test de Empatía de Feshbach y Powel".

En la investigación de Yirmiya et al. (1992), los niños con AAF, mostraron peores desempeños en las medidas de empatía que los niños de desarrollo típico ($F: 4.17; p < 0.05$); sin embargo, su desempeño fue sorprendentemente mejor de lo esperado para el trastorno ($M=6.94$, en un puntaje máximo posible de 10), lo cual confirma la existencia de un deterioro en la empatía de niños con TEA, más no una ausencia total de la misma.

Shamay-Tsoory, Tomer, Yaniv y Aharon-Peretz (2002), por su parte, analizaron el desempeño de dos adolescentes con síndrome de Asperger en tareas que evalúan el procesamiento cognitivo y afectivo, y en las cuales mostraban déficits. Los resultados no revelaron un deterioro significativo de sus funciones ejecutivas, ni de su capacidad para reconocer las emociones, ni de la capacidad de crear una representación mental del conocimiento de otra persona, es decir, ni en la empatía cognitiva ni en la emocional, pero sí en la integración de estas, ya que ambos sujetos fueron incapaces de integrar el contenido emocional con las representaciones mentales y deducir el estado emocional de la otra persona.

Por el contrario, Rogers, Dziobek, Hassenstab, Wolf y Convit (2007), administraron el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), a 21 adultos con TEA y 21 controles emparejados. Sus datos muestran que mientras el grupo con TEA

arrojó menor puntuación en las medidas de empatía cognitiva ($t=4,99$; $p<0,001$) y la teoría de la mente ($t=2,28$; $p = 0,03$), solo la primera difería significativamente; por otro lado, no fueron diferentes de los controles en una escala de empatía afectiva del IRI (preocupación empática), y puntuaron más alto que los controles en otra (personal angustia), al unir ambas escalas de empatía cognitiva no mostraron diferencias significativas ($t=1,82$; $p= 0,08$).

Igualmente, Dziobek et al. (2008), encontraron dificultades en la empatía cognitiva de 17 pacientes adultos con TEA (13 hombres y 4 mujeres, edad media = 42,4), mas no en la empatía afectiva; esto lo obtuvieron a través de la Prueba Multifacética de Empatía (Multifaceted Empathy Test, MET), en la cual los sujetos debían inferir estados mentales de individuos presentados en fotografías. Los autores utilizaron esta prueba con el propósito de solventar las limitaciones que tienen los cuestionarios de auto-reporte para esta población, y obtener mayor validez ecológica.

Los individuos con TEA puntuaron significativamente más bajo que el grupo de control en la tarea de empatía cognitiva del MET ($t = 2,1$, $p \setminus 0,05$). Por el contrario, las tareas de empatía emocional del MET no arrojaron diferencias significativas en las tareas de empatía afectiva (explícita: $t = -0,3$, $p = 0,79$; implícita: $t = -1,6$, $p = 0,12$). Con lo que se pueda asumir que los déficits en la empatía de las personas con TEA, se hacen más significativos cuando esta implica tareas cognitivas (Dziobek et al., 2008),

Senland y Higgins-D'Alessandro (2013), más recientemente, realizaron un estudio para entender el razonamiento moral y la empatía en 32 adolescentes de 12 a 18 años de edad, 16 (5 niñas, 11 varones) conformaron un grupo de adolescentes con TEA de alto nivel de funcionamiento o con problemas de aprendizaje no verbal, y 16 (4 niñas, 12 varones) adolescentes de desarrollo típico conformaron el grupo control. Utilizaron como medida de la empatía el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI).

Senland y Higgins-D'Alessandro (2013), reportaron que los adolescentes con TEA pueden percibirse a sí mismos como empáticos, ya que obtuvieron puntuaciones medias equivalentes al grupo control en la sub-escala de preocupación empática ($t(32) = 0,00$, $p = 1,00$); más no pueden expresar adecuadamente estos sentimientos en situaciones socio-morales más complejas, como se evidenció de forma cualitativa en esta investigación.

Por otra parte, según Ruggieri (2013) se puede describir otras áreas relacionadas con la empatía como son la corteza prefrontal medial, eje del procesamiento de la información social e importante en la comparación de nuestra propia perspectiva con la de otra persona; la corteza orbitofrontal, pacientes con lesiones en esta área generan un pobre juicio social y conductas sociales desinhibidas; y la unión temporoparietal, que tiene una importante función empática, dado que en ella se genera la capacidad de juzgar las creencias e intenciones de las otras personas en el desarrollo de la teoría de la mente.

En definitiva, Ruggieri (2013) concluye que diversas áreas del cerebro se han relacionado con el desarrollo de la empatía, entre las cuales la amígdala, el Sistema de Neuronas Espejo (SNE) y la ínsula ocupan un lugar preponderante; el autor explica que las disfunciones en los circuitos de la empatía en personas con TEA se han demostrado reiteradas veces, permitiendo una mejor comprensión de sus bases neurobiológicas y neurofisiológicas, sin embargo señala una cantidad de interrogantes que quedan sin responder:

"¿Por qué no todas las personas con trastornos en la empatía desarrollan autismo?; ¿existe un factor ambiental o epigenético que pueda activar estos trastornos?; ¿es posible lograr que las personas mejoren su capacidad empática? Por otra parte, teniendo en cuenta la plasticidad cerebral, ¿la enseñanza temprana de habilidades empáticas en niños con TEA permitirá una mejor evolución y desarrollo? (p. S19)

En este sentido, y de acuerdo con Ruggieri (2013), conocer las disfunciones en la empatía, que tienen las personas con TEA, es componente fundamental para la comprensión y un mejor abordaje terapéutico de estos trastornos.

La mayoría de las investigaciones expuestas hasta el momento coinciden en que la empatía cognitiva se encuentra significativamente más deteriorada que la afectiva en personas con TEA, sin embargo, no se pueden dejar de lado aquellas que no establecen diferencias entre ambas, de manera que en el presente estudio se consideraron ambas dimensiones de la empatía considerando que podría ser nueva evidencia empírica en el área.

Trastorno del Espectro del Autismo y Agresión

Las personas con TEA, presentan dificultad para lograr un funcionamiento social e interpersonal competente, debido a la incapacidad de expresar y modular los sentimientos; esto puede favorecer la presencia de errores de interpretación que estimulen la aparición de sentimientos negativos, que a su vez desencadenen comportamientos agresivos en esta población (Arsenio y Lemerise, 2001). Diversas investigaciones se han propuesto evaluar la agresión en personas con TEA.

Por ejemplo, Lecavalier en el 2006, confirmó esta suposición, al examinar la prevalencia relativa de los problemas emocionales y de comportamiento, para clasificarlos, en esta población. Se valieron del reporte de 487 padres o maestros sobre jóvenes con trastornos generalizados del desarrollo severo y moderado, con edades desde 3 a 21 años de edad, para obtener los resultados. Trescientos ochenta y nueve estudiantes eran varones (82,6%), 82 eran mujeres (17,4%), y 16 tuvieron datos faltantes (3,3%). La mayoría de los estudiantes (89,3%) eran de raza caucásica y la edad media fue de 9,6 años (DE = 3,8).

Lecavalier (2006) encontró que los jóvenes experimentaban altas tasas de problemas emocionales y de comportamiento. De especial relevancia para esta investigación son estos últimos, en los cuales los padres y maestros reportaron, respectivamente, 9.6 y 14.9% de crueldad y mezquindad, 26.6 y 25.4% de conductas desafiantes, 11.3 y 11.5% de destrucción a la propiedad, 17 y 21.9% de desobediencia, 22.9 y 24.5% de comportamientos explosivos, 5.3 y 5.3 de peleas físicas, 9.9 y 14.8% de ataques a la gente, 28.6 y 30.2% de rabietas, 4.5 y 7.6% de amenaza a las personas, 13.3 y 15.1% de violación de reglas y 3.4 y 3.6% robo en el total de niños y adolescentes con TEA participantes de este estudio.

Kanne y Mazurek (2011), también estudiaron la prevalencia y los factores de riesgo para la agresión, utilizaron una muestra de 1.380 niños y adolescentes entre las edades de 4 y 17 años con trastornos del espectro del autismo (TEA), de la cual el 86.6% era de sexo masculino. Utilizaron ítems individuales de la Entrevista Revisada de Diagnostico de Autismo (Autism Diagnostic Interview—Revised, ADI-R) para evaluar tanto la agresión actual e histórica, hacia cuidadores y no cuidadores.

Obtuvieron efectos positivos y significativos para las conductas repetitivas ($\beta=.022$, $p<.001$, evaluadas por la Escala Revisada de conductas repetitivas, RBS-R) y la responsabilidad social ($\beta=.024$, $p<.01$, evaluada por la Escala de Responsabilidad Social, SRS); ello implica que las conductas agresivas fueron más probables con el incrementos de estas variables. Además, señalaron que el efecto significativo para la edad ($\beta=-.136$, $p<.001$) fue negativa, lo que indica que al aumentar la edad, los comportamientos agresivos se vuelven menos probable (Kanne y Mazurek, 2011).

En ese mismo año, Tsiouris, Kim, Brown y Cohen (2011), intentaron delinear las asociaciones significativas entre ciertos trastornos psiquiátricos y algunos comportamientos agresivos específicos; para ello se valieron de una amplia muestra de 4.069 en las que se controló el sexo, la edad ($M=49.6$,

D=14.0), el autismo y el nivel de identificación, para compararla con una población general de 9.894 personas (edad M=51.8, D=14.8).

En lo que respecta a los TEA, Tsiouris et al. (2011) encontraron asociaciones significativas entre este trastorno y (a) la agresión física contra otras personas (medida por el Physical Aggression Against Other People, PAOTH, $reg=.251$, $p<.001$), (b) la agresión física contra objetos (Physical Aggression Against Objects, PAOBJ, $reg=.229$, $p<.01$) y (c) la auto-agresión física (Physical Aggression Against Self, PASLF, $reg=.324$, $p<.001$). Aportando evidencia a favor de esta variable en las personas con TEA.

Kaartinen et al. (2014), por su parte, compararon la agresión reactiva de jóvenes con y sin TEA, en una muestra de 27 varones y 8 mujeres con TEA y 35 controles, emparejados por sexo, edad (de 7 a 17 años, M-mujeres=12.4, M-varones=12.9) e inteligencia ($CI>70$). Utilizaron la Máquina de Agresión de Pulkkinen (The pulkkinen aggression machine, PAM), diseñada para estudiar, en forma computarizada, la inhibición de la agresión reactiva en presencia y ausencia de señales situacionales (sexo y edad del agresor).

En la tarea de la PAM, se presentan dos columnas paralelas de ocho estímulos en el lado izquierdo de la pantalla del computador, y nueve iconos de respuesta en el lado derecho; esto es así en sus tres condiciones, las cuales son administradas en orden fijo: (1) la condición arbitraria (entrenamiento) (2) la condición de la agresión impulsiva, y (3) la condición agresión controlada (Kaartinen et al., 2014).

En la condición de agresión impulsiva no se especifican las señales situacionales, con lo cual los participantes son libre de imaginar al agresor, y se les presentan distintos niveles de intensidad creciente, en la que los participantes son instruidos para defenderse de ataques ofensivos, que pueden ser una interacción inofensiva, un ligero empujón, un pellizco, una bofetada, ser tumbado al piso, ser halado del cabello, hasta recibir un golpe con un palo o

recibir un puñetazo en la cara. La condición de agresión controlada, solo difiere de la anterior en que se especifica al agresor (Kaartinen et al., 2014).

Kaartinen et al. (2014), en un análisis preliminar de los datos, encontraron que la variable de agresión reactiva, tal como la midieron, tenían una tendencia a estar sesgada hacia la derecha y no podían normalizarse incluso por una raíz cuadrada o una transformación logarítmica. Teniendo esto en cuenta, fijaron la significación estadística en .05 y los valores de hasta .10 fueron considerados como una tendencia a la significación. Utilizaron la prueba de Wilcoxon, no paramétrica, para determinar la importancia de las posibles diferencias en la intensidad de la agresión reactiva entre los grupos.

En la investigación de Kaartinen et al. (2014), los jóvenes con y sin TEA no mostraron diferencias significativas en la condición de agresión impulsiva, sin embargo, los varones mostraron tendencia a la significancia estadística ($p=.060$) en los ataques menores (interacción inofensiva, ligero empujón, pellizco, bofetada), presentando mayor agresión reactiva los niños con TEA que aquellos sin diagnóstico en esta condición y este nivel de intensidad. Al evaluar estos cuatro ataques menores por separado, la reacción más intensa de los varones con TEA, fue a las bofetadas ($p = 0,013$), y los pellizcos ($p = 0,084$).

En cuanto a la condición de agresión controlada, los resultados se asemejan a los de la condición de agresión impulsiva, Kaartinen et al. (2014) encontraron igual intensidad de agresión reactiva en los jóvenes con y sin TEA, sin embargo, cuando se analizaron las respuestas a los ataques menores, se observó que respondieron con una agresión reactiva más intensa que los niños sin TEA ($p =.040$), y las niñas con TEA, no difirieron significativamente de sus controles emparejados en su intensidad respuesta frente a ninguno de los tipos de ataques.

En este sentido, Kaartinen et al. (2014), vieron refutada la hipótesis de que, al menos los varones con TEA, podrían tener un déficit general en el control de su agresión reactiva, ya que sin tener en cuenta la intensidad de la agresión y

la identidad del agresor proactivo, no observaron diferencias significativas en la intensidad de la agresión reactiva entre varones y niñas, con y sin TEA; concluyeron que las distintas intensidades de la agresión contienen alguna información que permite la mitigación de la agresión reactiva en estos niños. Los autores señalan que, solo más investigaciones mostrarán, hasta qué punto, la mala regulación de la emoción entre los niños, adolescentes y adultos con TEA tienen como consiguiente una agresión reactiva.

La literatura reportada, muestra evidencia empírica tanto a favor como en contra de la agresividad en personas con TEA, esto puede deberse a las múltiples formas de conceptualización y tipología del constructo. Así, términos como violencia, agresión, conducta antisocial o delincuencia aparecen vinculados o intercambiables, dificultando que exista cierto consenso entre los distintos investigadores sobre lo que se debe entender por agresividad (Andreu et al., 2006).

Es así que, en la presente investigación, se pretendió estudiar cómo se relacionan la empatía cognitiva-afectiva, con la agresión proactiva-reativa, de los adolescentes con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, mediante su autoreporte.

Método

Problema investigado

¿Cómo se relacionan la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva que reportan, sobre sí mismos, los adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante?

Hipótesis General

Existe una relación negativa y significativa entre la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva que reportan, sobre sí mismos, los adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante.

Hipótesis específicas

Menor empatía cognitiva-afectiva en el Índice de Reactividad Interpersonal, reportada por los adolescentes con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, se relaciona de forma negativa y significativa con mayor agresión proactiva-reactiva en el Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva para niños y adolescentes, reportada por ellos mismos.

Definición de variables

Variables de estudio

Empatía

- Definición constitutiva: conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (Davis, citado en Fernández-Pinto et al., 2008, p. 287). Implica dos dimensiones: (a) la empatía cognitiva, entendida como los procesos cognitivos de comprensión y de adopción de perspectivas; y (b) la empatía afectiva, conformada por los procesos emocionales de simpatía y experiencia de sentimientos coherentes con la experiencia ajena (Carrasco-Ortiz et al. 2011).
- Definición operacional: puntaje total de empatía y puntajes para las dimensiones, afectiva y cognitiva, obtenidos en el auto-reporte de la adaptación al castellano del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) de Davis (1980). El mismo consta de 28 ítems que responden a una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 (no me describe bien) a 5 (me describe muy bien), donde a mayor puntaje obtenido en la escala, mayor empatía. Arroja como puntaje mínimo 28 y como máximo 140 puntos. Para los puntajes de empatía cognitiva y afectiva, el puntaje mínimo es de 14 y el máximo es de 70, interpretados de la misma forma que el puntaje total.

Agresión

- Definición constitutiva: “la agresión implica diferentes conductas que, aunque puedan parecer similares, presentan mecanismos de control neuronal y genético totalmente diferentes, toman diferentes manifestaciones fenomenológicas, tienen diferentes funciones y antecedentes y, finalmente, son provocadas por diferentes circunstancias

externas.” (Andreu et al., 2006). Implica dos dimensiones: (a) la agresión proactiva que “incluye acciones desencadenadas intencionalmente para resolver conflictos o para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor; lo que no implica necesariamente que la motivación primaria de la agresión sea provocar sufrimiento o daño a la víctima” (Ramírez y Andreu, 2003, p. 38), y (b) la agresión reactiva que “describe aquellas conductas que se suscitan como reacción a una provocación o a una amenaza percibida (real o imaginada)” (Ramírez y Andreu, 2003, p. 38).

- Definición operacional: puntaje total de agresión y puntajes parciales para las dimensiones proactiva y reactiva, obtenidos en el autoreporte del Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva de Raine et al. (2006) para niños y adolescentes, traducido al español por J. M. Andreu en su investigación (Andreu et al., 2006). La misma consta de 23 ítems, que responden a una escala de frecuencia con tres opciones de respuesta, las cuales se modifican a 4 opciones de respuesta en el presente estudio, por sugerencia de los jueces expertos consultados en la validación, siendo estas: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), siempre (3); cuyo puntaje mínimo posible es de 0 puntos, y el máximo es 69. El rango de puntuación correspondiente a sus dos dimensiones son: de 0 a 36 puntos para la agresión proactiva, y de 0 a 33 puntos para la reactiva. Mayores puntuaciones en esta escala (total o por dimensión) se interpreta como mayor agresión.

Variables controladas

Sexo

- Definición constitutiva: según la Asociación Americana de Psicología (2010) es un conjunto de rasgos o características biológicas y físicas que diferencian a las mujeres y los hombres.

- Estrategia de control: homogeneización, con la cual se seleccionan como participantes solo aquellos sujetos de sexo masculino.

Edad Cronológica

- Definición constitutiva: “tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo, por lo general se expresa en términos de meses y años” (Asociación Americana de Psicología, 2010, p. 154).
- Estrategia de control: homogeneización, con la cual se seleccionan como participantes solo aquellos sujetos adolescentes entre 12 y 19 años.

Nivel Educativo

- Definición constitutiva: nivel de educación actual del sujeto
- Estrategia de control: homogeneización, con la cual se seleccionan como participantes solo aquellos sujetos que estén cursando o hayan culminado el nivel de Educación Media.

Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)

- Definición constitutiva: trastorno del desarrollo neurológico definido por los siguientes criterios del DSM-V (2013):
 - A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la

disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p.ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las

transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comerlos mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Híper- o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del

autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente). (p. 28).

- Estrategia de control: homogeneización, con la cual se seleccionan como participantes solo aquellos sujetos con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV (Pichot, López-Ibor-Aliño y Miyar, 1995) de trastorno autista, Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, que de acuerdo al DSM-V (APA, 2013) corresponden al diagnóstico de TEA; además en su historia clínica debe estar la siguiente especificación: sin déficit intelectual acompañante y sin deterioro del lenguaje acompañante a la condición.

Puntaje en el Área de Procesos Intelectuales de la Batería Luria-DNA

- Definición constitutiva: sub-escala de “Área de Procesos Intelectuales” del instrumento “Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos siguiendo a Luria: Batería Luria-DNA” que permite explorar la actividad constructiva de los sujetos, y así detectar la presencia de deterioro intelectual general de los mismos; está compuesta por dos dimensiones (Manga y Ramos, 2000):
 - o Dibujos temáticos y textos: se refiere a la actividad analítico-sintética necesaria para la comprensión de mensajes transmitidos de forma pictórica y verbal, así como comprensión de metáforas.
 - o Actividad conceptual y discursiva: incluye la formación de conceptos o ideas abstractas, y la solución de problemas.
- Estrategia de control: homogeneización, con la cual se seleccionan como participantes solo aquellos sujetos con ausencia de deterioro intelectual, representado por una puntuación típica (T, media=50, desviación=10) igual o menor a 30 puntos en cualquier de los dos subtest que conforman la sub-escala de “Área de Procesos Intelectuales”. Estos son: (a) subtest 7 - dibujos temáticos y textos: compuesto por 8 ítems, cuya puntuación directa mínima es 0 y la máxima es 23 puntos; (b) el subtest 8 - actividad conceptual y discursiva: compuesto por 11 ítems, con una puntuación

directa mínima es 0 y máxima 27 puntos. Ambas puntuaciones directas son transformadas a puntuación T, de acuerdo a la corrección realizada por los autores en el manual.

Tipo de investigación

La presente investigación, según Kerlinger y Lee (2002), es de tipo no experimental o ex post facto, de acuerdo al grado de control de las variables planteadas; esto es así, ya que no hay manipulación directa de las variables porque sus manifestaciones ya acontecieron, en este caso el TEA es una condición diagnóstica presente desde el nacimiento de los participantes en el estudio.

Además, se miden la empatía y la agresión de estos adolescentes tal como se presentan en la realidad, para luego inferir en qué medida estas variables se relacionan entre sí; es decir, se observa el fenómeno en forma retrospectiva.

Constituye una investigación de campo ya que se estudian las variables en estructuras sociales reales, donde ocurre el fenómeno, que en este caso es en los colegios regulares o instituciones especializadas que incluyan adolescentes con TEA.

Se parte de una hipótesis de relación, donde se plantea que la empatía cognitiva-afectiva de los adolescentes con TEA SDI-SDL, se relaciona negativa y significativamente con la agresión proactiva-reactiva; esto quiere decir, que el presente es un estudio de campo de prueba de hipótesis, según Santalla de Banderali (2011), ya que se miden las variables de interés y se deducen las posibles conclusiones sobre la veracidad o falsedad de las hipótesis planteadas.

Según Hernández-Samperio, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2006) esta investigación se clasifica como correlacional, por el objetivo y grado de conocimiento que se tiene sobre el TEA. Siendo así, pretende determinar la dirección y magnitud de la relación que existe entre la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva, con miras a conocer cómo se comporta una variable, sabiendo el comportamiento de la otra (Santalla de Banderali, 2011).

Según el número de mediciones de la variable dependiente, esta investigación es de corte transversal, ya que se realiza la medición de las variables una sola vez en el tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

Diseño de la investigación

Esta investigación utilizó un diseño transversal correlacional, para recabar los datos que dieron respuesta al problema estudiado, el mismo permitió medir la dirección y magnitud de las relaciones entre las variables en un único punto del tiempo (Santalla de Banderali, 2011).

El objetivo fue medir en un momento determinado de la vida de los adolescentes con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva que estos presentaban, para identificar cómo estas variables y sus dimensiones se relacionaban entre sí.

Diseño muestral

La población de la presente investigación estuvo representada por adolescentes con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, varones, con edad comprendida entre 12 y 19 años ambos

inclusive, en un nivel de educación media, ubicados en la ciudad de Caracas del Distrito Capital de la República Bolivariana de Venezuela.

Para seleccionar el rango de edad de la población de estudio, se utilizó como referencia el último Censo del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) de Venezuela; en el cuál se consideró como adolescentes, a todos aquellos individuos del país entre 12 y 19 años. El mismo registró un total de 4.123.170 adolescentes en Caracas en el 2011 (INE, 2014), este número representa 15% del total de la población del país (Tabla 2).

Tabla 2

Población Adolescente en Caracas, 2011.

Distribución de la Población por Edad, según Sexo, Proporción e Índice de Masculinidad. CENSO 2011. VENEZUELA					
EDAD	SEXO			PROPORCION	INDICE MASCULINIDAD
	TOTAL	HOMBRE	MUJER		
TOTAL	22.227.930	13.549.752	13.678.178	100,0	99,0
0 A 11 años	8.516.244	4.361.763	4.154.481	31,3	105,0
12-19 años	4.123.170	2.099.171	2.023.999	15,1	103,7
12-14 años	1.481.850	763.012	718.838	35,9	106,1
15-17 años	1.580.682	803.648	777.034	38,3	103,4
18-19 años	1.060.638	532.511	528.127	25,7	100,8
20 y más años	17.227.836	8.424.977	8.804.859	63,3	95,7

Nota. Tomada de “Características de los Adolescentes en el País según el Censo 2011” por Instituto Nacional de Estadística, 2014, Boletín Demográfico, 4 (4), p. 2.

En cuanto a los individuos con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), se utilizó como referencia lo establecido por la Fundación Autismo en Alta Voz (2012), quienes afirmaron que el TEA afecta a cuatro de cada 10.000 personas en Venezuela, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado.

Por su parte, la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo, estimó en el año 2010 (CDC por sus siglas en inglés, 2015), que aproximadamente 1 de cada 68 niños y adolescentes han sido identificado con TEA (Tabla 3), y reportan que los varones son 5 veces más propensos que las mujeres. En este sentido, se consideró homogeneizar el sexo de los participantes en la investigación, seleccionando solo los varones de la población.

Tabla 3

Identificación de Población con Trastorno del Espectro del Autismo (CDC, 2015)

Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder ADDM Network 2000-2010 Combining Data from All Sites				
Surveillance Year	Birth Year	Number of ADDM Sites Reporting	Prevalence per 1,000 Children (Rango)	This is about 1 in x children...
2000	1992	6	6.7 (4.5 - 9.9)	1 in 150
2002	1994	14	6.6 (3.3 - 10.6)	1 in 150
2004	1996	8	8.0 (4.6 - 9.8)	1 in 125
2006	1998	11	9.0 (4.2 - 12.1)	1 in 110
2008	2000	14	11.3 (4.8 - 21.2)	1 in 88
2010	2002	11	14.4 (5.7 - 21.9)	1 in 68

Nota. Tomada de "Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder" por la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo CDC, 2015, ADDM Network.

La población clínica de interés para el presente estudio se constituyó, concretamente, por adolescentes con el diagnóstico de TEA que tuvieran las especificaciones: sin déficit intelectual acompañante, sin deterioro del lenguaje

acompañante, de acuerdo a DSM-V (APA, 2013), por lo que la misma estuvo condicionada por estas características.

De acuerdo con lo anterior, Kerlinger y Lee (2002) afirman que para los estudios de investigación en los que el reclutamiento de los participantes es limitado, tener una muestra grande puede resultar poco viable, y proponen que con la participación de “30 o más sujetos, hay menos riesgo” estadístico (p. 159).

En este sentido, la muestra piloto estuvo conformada por 8 adolescentes con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, varones, en el rango de 12 a 19 años, con educación media, ubicados en la ciudad de Caracas; mientras que la muestra definitiva se constituyó por 50 sujetos con las mismas especificaciones.

La muestra se extrajo de los institutos, organizaciones y fundaciones especializadas en los TEA, ubicados la ciudad de Caracas; entre ellos: Fundación en Autismo Alta Voz (CEPIA), Sociedad Venezolana para Niños y Adultos Autistas (SOVENIA), Centro de Atención Integral para Personas con Autismo (CAIPA), Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN), Colegio Sierra Grande y Unidad Educativa Patria De Bolívar (ver Anexo D).

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico, debido a que la selección estuvo supeditada a los institutos, organizaciones y fundaciones especializadas en los TEA de la ciudad de Caracas que tenían inscritos alumnos con las condiciones definidas; además fue de tipo propositivo, ya que se seleccionaron los sujetos con características específicas a conveniencia de la investigación (Kerlinger y Lee, 2002), en este caso, con las condiciones de edad pertinentes, sexo, nivel educativo y de funcionamiento específico y el cuadro clínico de TEA establecido.

Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos destinados a medir las variables de estudio, fueron sometidos a prueba de jueces para adecuar el lenguaje a la población venezolana y la condición diagnóstica de los participantes de la investigación, posteriormente fueron probados en un estudio piloto de 8 sujetos; de ese modo se aseguró su pertinencia antes de utilizarlos en el estudio definitivo.

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

Fue elaborada por Davis en 1980, y adaptada al castellano por Pérez-Albéniz, De-Paúl, Etxeberría, Montes y Torres, E. (2003). De acuerdo con este instrumento, empatizar implica poner en marcha procesos cognitivos de comprensión y de adopción de perspectivas, así como procesos emocionales de simpatía y experiencia de sentimientos coherentes con la experiencia ajena (Carrasco-Ortiz et al. 2011).

Permitió medir el constructo a través de una escala de fácil aplicación, auto-administrada, de 28 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta que van de 1 (No me describe bien), a 5 (Me describe muy bien); los puntajes (total y por sub-escalas) se obtuvieron sumando algebraicamente las respuestas dadas a cada uno de los ítems que pertenecían a la escala de interés, según sean de corrección directa (puntuados 1-2-3-4-5) o inversa (puntuados 5-4-3-2-1). En esta escala, mayores puntajes obtenidos indicaban mayor empatía (Carrasco-Ortiz et al. 2011, ANEXO A).

Según el modelo propuesto por Davis (1980), los ítems se agrupaban en cuatro sub-escalas de 7 ítems cada una, denominadas: (a) Toma de perspectiva: intento espontáneo del sujeto por ponerse en el lugar del otro ante situaciones concretas de la vida cotidiana sin experimentar, necesariamente, una respuesta afectiva (ítems: -3, 8, 11, -15, 21, 25 y 28); (b) Fantasía: tendencia del sujeto a identificarse y ponerse en el lugar de personajes de

ficción del cine, la literatura, etc., evaluando su capacidad imaginativa (ítems: 1, 5, -7, -12, 16, 23 y 26); (c) Preocupación empática: respuesta del sujeto en cuanto a los sentimientos de compasión, lástima y cariño por los otros, especialmente cuando se encuentran ante dificultades (ítems: 2, -4, 9, -14, -18, 20y 22); (d) Malestar personal: sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto experimenta al observar experiencias negativas que les ocurren a los demás (ítems: 6, 10, -13, 17, -19, 24 y 27). Siendo de corrección negativa todos aquellos precedidos por el signo menos (-) (Carrasco-Ortiz et al., 2011).

Las sub-escalas Toma de perspectiva y Fantasía conforman la dimensión cognitiva de la empatía, mientras que las sub-escalas Preocupación empática y Malestar personal, la dimensión afectiva (Carrasco-Ortiz et al., 2011).

Se demostró la confiabilidad y validez de la prueba en diversos estudios para la población española, uno de ellos (Mestre-Escrivá et al., 2004) ofrece valores de alfa que oscilan desde 0.56 para la escala de Toma de Perspectiva (PT), hasta 0.70 para la de Fantasía (FS), pasando por 0.64 para la escala de Malestar Personal (PD) y 0.65 en para la Preocupación Empática (EC) en la muestra total.

Así mismo las sub-escalas de empatía, en términos generales, han correlacionado positivamente con la conducta y estilos de razonamiento prosociales, mientras que guarda una correlación negativa con la agresión proactiva-reactiva y la inestabilidad emocional. Estos constructos permiten abordar el tema de la validez del cuestionario de empatía IRI (Mestre-Escrivá et al., 2004).

Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva (RPQ), para niños y adolescentes

Elaborado por Raine et al. (2006) y traducido por J. M. Andreu para su investigación en 2006. Este instrumento fue creado ante la escasez de medidas

de auto-informe para medir agresión en niños y adolescentes. Los ítems del RPQ reflejan la agresión verbal y física, incluyendo la motivación y contexto situacional de la agresión, independientemente de si se manifiestan directa o indirectamente.

El cuestionario RPQ fue construido gramaticalmente muy simple en sus ítems e instrucciones, para ajustarse al lenguaje y desarrollo cognitivo en muestras de niños y adolescentes, ya que el mismo es de autoreporte; además, se redactaron para evitar en la medida de lo posible, un estilo defensivo de respuesta, haciendo alusión a cómo en ocasiones se hacen cosas que no se deberían hacer, pidiendo con qué frecuencia se han realizado esas conductas por la persona que contesta al cuestionario (Raine et al., 2006).

En cuanto a la estructura del cuestionario, sus ítems incluyeron una escala de 4 opciones de respuesta (por sugerencia de los jueces expertos, se agregó una opción de respuesta, pasando de 3 a 4 opciones, con el objeto de evitar un incremento de las respuestas medias). Estas van de 0 (nunca) a 3 (siempre) para indicar la frecuencia de ocurrencia de lo planteado en el ítem. Los análisis estadísticos realizados en la muestra original, a través de análisis factorial confirmatorio, muestran la estructura bifactorial de los ítems, confirmando la utilidad del instrumento para la evaluación de la agresión reactiva y proactiva. Por otra parte, la consistencia interna de la escala – estimada mediante el coeficiente alfa- alcanzó el valor de 0,90; siendo de 0,84 y 0,86 para las sub-escalas de agresión proactiva-reactiva y proactiva (Raine et al., 2006).

Andreu-Rodríguez et al. (2009), poco después, realizaron una investigación para examinar las propiedades psicométricas del Cuestionario RPQ; lo aplicaron a una muestra de 732 adolescentes, de entre 12 y 17 años de edad ($M=14,86$, $D=1,69$), de la Comunidad de Madrid (360 varones y 372 mujeres).

Para estimar la validez de constructo del instrumento, Andreu-Rodríguez et al. (2009) midieron su bondad de ajuste a un modelo unifactorial y otro bifactorial, mostrando mejor ajuste para el segundo (GFI=.98, AGF=.97, RMR=.02, NFI=.96) que para el primero (GFI=.87, AGF=.89, RMR=.06, NFI=.46), lo que quiere decir que el instrumento se adapta mejor a dos dimensiones de agresión que a una sola. En cuanto a la confiabilidad, obtuvieron niveles altos, tanto en la escala total ($\alpha = 0,91$), como en las sub-escalas de agresión reactiva ($\alpha = 0,84$) y proactiva ($\alpha = 0,87$) (Andreu-Rodríguez et al., 2009).

Sub-escala “Área de Procesos Intelectuales” de la Batería Luria-DNA.

La batería Luria-DNA: Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos, fue elaborada por Manga y Ramos (2000) basada en los métodos empleados por Luria, para evaluar y obtener un perfil neuropsicológico de los sujetos pertenecientes a tres niveles de educación (bachillerato, estudios universitarios, y licenciados), en los que incluyeron varones y mujeres sin distinción. La misma combina la evaluación cualitativa del enfoque clínico con la evaluación cuantitativa del enfoque psicométrico.

La presente investigación utilizó única y específicamente la sub-escala de Procesos Intelectuales de la batería Luria-DNA, partiendo del criterio de batería flexible de Bauer (1994), de acuerdo a la cual es posible administrar solo las sub-escalas de interés, en este caso, a la investigación, ya que se pretendía confirmar la ausencia de deterioro intelectual general en los participantes, que imposibilitara su inclusión en la muestra del estudio. Los dos sub-test que componen esta sub-escala son los siguientes:

Subtest 7: Dibujos temáticos y textos. Explora la comprensión de mensajes transmitidos de forma pictórica y verbal. El contenido de los dibujos, historias y expresiones, llega a ser relativamente complejo, hasta el punto de

que el significado se aclara como resultado de una especial actividad analítico-sintética. El principio que rige la organización de los dibujos consiste en que solo puedan ser interpretados después de la síntesis de una serie de detalles, y una vez hechas ciertas deducciones. Los textos de las historias, simples en su estructura gramatical, expresan un tema complejo hasta el punto de que sólo mediante el cuidadoso análisis de los mismos y de sus relaciones internas se puede captar su esencia. La comprensión de las metáforas indica que el sujeto traspassa los límites de la simple función nominativa del habla, siendo así capaz de asignar una significación sutil a determinadas expresiones en una situación dada.

Subtest 8: Actividad conceptual y discursiva. Explora en una primera parte cómo se forman los conceptos o, en otras palabras, el proceso de formación de ideas abstractas. Todos reconocen que este proceso se resiente ante la presencia de daño cerebral, por lo que un trastorno de la actividad intelectual abstracta (conceptual) debe considerarse uno de los signos básicos de cambio funcional. Se explora aquí, mediante comparación de ideas, la capacidad del sujeto de pasar del nivel de operaciones concretas al nivel de categorías (nivel de abstracción).

En la segunda parte se explora la actividad intelectual discursiva y de solución de problemas. Estas actividades cree Luria que reflejan bien claramente la estructura básica de los procesos intelectuales: quien resuelve un problema debe analizar lo que ese problema exige, debe seleccionar las relaciones esenciales y debe descubrir las operaciones intermedias sin cuya ayuda no se alcanzaría la solución final. Se pide la solución de problemas aritméticos, de complejidad creciente por cuanto requieren cada vez más ayuda de problemas intermedios no formulados de manera inmediata (Manga y Ramos, 2000, p. 50).

Dichos sub-test requirieron la utilización del Manual de la batería Luria-DNA, el Cuaderno del examinador, 19 de las 91 Tarjetas de la prueba (N 14-18, 20-21, 22-23, 24-25, 26; N 28, 29, 32-33, 34, 36, 37) y un cronómetro. Los

subtest 7 y 8 abarcaron un total de 19 ítems, cuyo principio general de corrección permitía obtener hasta dos puntos para cada uno, cada fallo dentro del ítem restaba un punto; algunos ítems excepcionales permitían y explicaban normas específicas en las que se podía obtener una puntuación mayor a dos (Manga y Ramos, 2000).

El cuaderno del examinador que provee la prueba, consta de un espacio para anotar los tres tipos posibles de vacilaciones observadas en dichos ítems que no impiden la puntuación correcta de los mismos: imprecisión (I), atención(A) y tiempo (T). Estas no fueron utilizadas en la presente investigación, siguiendo los principios de administración flexible de pruebas estandarizadas de Baker (1983), según los cuales, la modificación de los procesos de evaluación de personas con TEA minimizan o evitan desventajas que pueden surgir de una administración estándar; ella afirma que “la mayoría de los niños autistas pueden ser probados adecuadamente sin una gran desviación de las instrucciones de administración normales si los ítems de la prueba son consistentes con sus habilidades”, por lo que permite modificaciones que incluyan reorganización de secuencias de ítems, un mayor uso de gestos, la inclusión de actividades de refuerzo intercalados con sub-prueba, y el uso de rutinas repetitivas; por lo que puntuar las vacilaciones no resulta útil, por el contrario, las fallas se reflejaron en la puntuación directamente.

De acuerdo con lo anterior, estipulado en el manual de corrección, la puntuación total de cada subtest resulta del total de puntos en los ítems correspondientes, es decir, la puntuación bruta, la cual se convierte a puntuación típicas (T) cuya media es de 50 y D.t. =10; los baremos que otorga el manual se hacen en función de esta puntuación, aunque también presentan la equivalencia en percentiles.

A fin de utilizar estos subtest como medida del nivel de funcionamiento de los participantes, se consideró como punto de corte para la exclusión de la muestra, una puntuación T igual o menor 30 puntos, lo que equivalía a un

deterioro intelectual general, que impidiera a los adolescentes con TEA responder a los otros instrumentos de la investigación y por tanto participar en ella.

Manga y Ramos (2000), presentan los datos, correlaciones y factores de la batería Luria-DNA, obtenidos de 154 sujetos normales pertenecientes a los tres niveles de educación ya nombrados; presentaban una edad media (X) de 18,8 con una desviación típica (D.t.) de 5,0. El área de Procesos Intelectuales obtuvo una $X=30,0$, y una D.t.=4,7; esta sub-escala corresponde al subtest 7 ($x=16,3$; D.t.= 2,2) y 8 ($x=13,8$; D.t.=4,5).

Para poner a prueba la validez de constructo, los autores realizaron un análisis factorial con una solución de cuatro factores, que a priori correspondía con las áreas medidas por la batería Luria-DNA (1. Verbal, 2. Memoria, 3.Visoespacial, 4. Procesos intelectuales). A razón de esta investigación, se verificó el factor donde cargaron mayormente los subtest 7 y 8, así como el área intelectual, cuyos pesos deberían ser mayores en el factor 4, para ser considerado medida válida del constructo.

El subtest 7 cargó en el factor 4 con un peso de 0.86, mientras que el subtest 8, tuvo pesos prácticamente iguales en el factor 1 (0.45, área verbal), el factor 3 (0.48, área visoespacial) y factor 4 (0.46, área intelectual). El área intelectual cargó igualmente en el factor 4 con un peso de 0.78.

Lo anterior refleja que el subtest 7, de dibujos temáticos y textos, mide exclusivamente lo relacionado al área intelectual, mientras que el 8, de actividad conceptual y discursiva, mide por igual aspectos verbales, visoespaciales e intelectuales, lo cual no es excluyentes a los propósitos de esta investigación, ya que el instrumento será utilizado como medida valida del nivel de funcionamiento cognitivo de los participantes y los aspectos que miden forman parte de este funcionamiento.

Una segunda aplicación, realizada a 50 sujetos, por los autores de la batería Luria-DNA, y la aplicación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS por sus siglas en inglés) a estos mismos, les permitió obtener dos tipos de correlaciones para verificar la confiabilidad y validez de su instrumento, respectivamente.

La correlación test-retest para el subtest 7 fue de 0.60, para el subtest 8 de 0.76, y el área intelectual (que engloba los subtest anteriores) mostró una correlación de 0.75, lo cual evidencia unos niveles aceptables de confiabilidad, es decir, demuestra que el instrumento obtendrá los mismos resultados para los mismos sujetos cada vez que se repita su aplicación.

En cuanto a la comparación con el WAIS, las correlaciones más altas obtenidas fueron, para el subtest 7 de 0.39 con el Cociente Intelectual Verbal (CIV), mientras que el subtest 8 mostro una correlación de 0.48 con el Cociente Intelectual Total (CIT) de la prueba, ambos con un nivel de significación de $p < 0.001$.

Procedimiento

El trabajo de campo de la presente investigación, requirió una validación mediante jueces, así como un estudio piloto de los instrumentos auto-administrados, con el fin de asegurar la adecuación del lenguaje a los adolescentes venezolanos con TEA.

Para comenzar el procedimiento de validación, la tutora y la autora realizaron una revisión detallada de los ítems de las escalas, y seleccionaron aquellos que requerían la modificación de una o varias palabras para ser más fácilmente comprendidos por los adolescentes con TEA.

Una vez seleccionados dichos ítems, se buscaron las palabras más pertinentes en cuanto a sintaxis, gramática, simplicidad y cultura venezolana,

para sustituirlas por aquellas que eran poco apropiadas para la muestra de la investigación; procurando que la alteración no influyese de forma significativa sobre la validez y confiabilidad de los instrumentos originales.

Posteriormente, los instrumentos originales y modificados de cada escala fueron organizados en un documento único que incluía: (a) carta de solicitud de participación a los jueces, (b) nombre y descripción de los instrumentos, (c) instrumentos originales, (d) instrumentos modificados, y (e) división de los ítems según la dimensión de la variable que pretenden medir.

Luego, se contactaron a los posibles jueces expertos, recomendados por la tutora, considerando los especialistas en el área clínica de los TEA y/o en metodología y psicometría de la investigación. A cada uno de ellos, se les explicó el objetivo de la investigación y la validación, y se les solicitó participar como jueces expertos, entregándoles el documento ya descrito.

Una vez devueltos, se analizaron las correcciones y sugerencias de los jueces, y basadas en ellas, se realizaron las modificaciones pertinentes a los instrumentos para que resultara adecuada su aplicación en la investigación.

Los jueces coincidieron al sugerir una prueba piloto, previa a la realización del estudio total, por lo que se procedió a la recolección y medición de esta muestra, conformada por 8 adolescentes con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, varones, con edad comprendida entre 12 y 19 años ambos inclusive, en un nivel de educación media, los cuales se adecuaba por completo a los criterios de inclusión del estudio.

Para ello se inició el contacto vía telefónica y de forma presencial, con especialistas, instituciones, fundaciones, equipos, padres y representantes que pudieran hacer el enlace con adolescentes que presentasen las condiciones necesarias para colaborar y ser participantes del presente trabajo de grado.

Se elaboró una carta de participación, la cual fue sellada y firmada por la Escuela de Psicología, quien certificó el propósito de la autora e hizo constar el

compromiso para con los colaboradores, de respetar sus derechos y asegurar su bienestar en cualquier momento del proceso

Consecuentemente, se concretaron los encuentros con los participantes, a medida que los involucrados aceptaban las condiciones y contaban con la disponibilidad de tiempo, pautando los espacios según acuerdo de ambas partes.

Se evaluó la pertinencia de los instrumentos mediante preguntas que permitiesen verificar si este se percibía accesible por la muestra, según tres diferentes criterios: dificultad, incomodidad y longitud; que se analizaron de forma cualitativa y cuantitativa; también se realizó un análisis de medias de los instrumentos en sus distintas dimensiones.

A partir de los tres análisis nombrados se concluyó realizar el cuestionario a modo de entrevista con los adolescentes pertenecientes a la muestra definitiva del estudio (n=50), con el objeto de asegurar que los participantes no se albergasen en temáticas específicas que obstruyeran el entendimiento de los ítems. El procedimiento de contacto se repitió para la muestra definitiva.

Una vez realizadas las mediciones correspondientes a la muestra total (n=50), los resultados fueron procesados mediante el programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS), haciendo los análisis de datos respectivos.

Inicialmente se realizaron los análisis de la confiabilidad y validez de los instrumentos de autoreporte: el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) de Davis (1980) para la medición de la empatía, y el Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva (RPQ) para niños y adolescentes de Raine(2006), correspondiente a la variable agresión.

Luego se procedió al análisis descriptivo de las variables controladas y las variables de estudio. Para ello se consideraron los estadísticos de

consistencia interna (α), correlación (coeficientes r), tamaño muestral (n), desviación típica (R), media (Md), asimetría y curtosis.

Para responder al problema de investigación se verificaron los supuestos y se realizaron los análisis de correlación pertinentes, utilizando el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman (r_s), incluyendo los puntajes totales y parciales de las variables estudiadas.

Resultados

Primeramente, se calcularon las consistencias internas de las escalas utilizadas. Con respecto al IRI de Davis (1980), la escala tuvo buena consistencia interna ($\alpha=.828$), correlacionándose todos los ítems de manera positiva con la escala, con coeficientes r entre .002 y .647; además, la confiabilidad de la escala aumentó al eliminar los ítems 3, 19 y 24 (ver Anexo E). En cuanto al RPQ de Raine et al. (2006), este presentó también buena consistencia interna ($\alpha=.822$), en la cual todos los ítems se correlacionan de manera positiva con esta, con coeficientes r entre .088 y .573; es destacable que la consistencia interna de la escala aumentó al eliminar el ítem 14 ($\alpha=.827$) (ver Anexo E).

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de dichas escalas no se realizó debido al pequeño tamaño muestral ($n=50$), el cual no es recomendable para la realización de este ya que la estructura factorial resultaría inestable; de hecho, siguiendo la recomendación de Hair, Tatham, Anderson y Black (2007) según la cual se debería tener un tamaño muestral mínimo de 100, no es adecuado realizar el AFE en la presente investigación. No obstante, se tomaron en cuenta los factores propuestos por Carrasco-Ortiz et al. (2011) para el IRI, según los cuales la empatía tiene componentes cognitivos y afectivos, constandingo el primero de los ítems 1, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 21, 23, 25, 26 y 28 mientras que el segundo constaba de los ítems 2, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 24 y 27. Por su parte, un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) realizado por Andreu-Rodríguez et al. (2009) para el cuestionario RPQ, demostró la estructura bifactorial de la escala, sugiriendo los factores Agresión Reactiva (ítems 1, 3, 5, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 19 y 22) y Agresión Proactiva (ítems 2, 4, 6, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 20, 21 y 23), los cuales fueron utilizados en la presente investigación.

De esta manera, en cuanto a la empatía, el factor Empatía Cognitiva tuvo una consistencia interna aceptable ($\alpha=.760$) según Hair, Tatham, Anderson y

Black (2007); en dicho factor todos los ítems correlacionaron de manera positiva con este, con coeficientes r entre .036 y .662, siendo destacable que la confiabilidad de la escala aumentó al eliminar los ítems 3, 7 y 15 ($\alpha=.775$, .768 y .777, respectivamente). En cuanto al factor Empatía Afectiva, este tuvo una consistencia interna inaceptable ($\alpha=.682$) a pesar que todos los ítems hayan correlacionado positivamente con éste, con coeficientes r entre .060 y .496; es importante resaltar también que al eliminar los ítems 13 y 19 la confiabilidad de la escala haya aumentado ($\alpha=.683$ y .693, respectivamente).

En lo que respecta a la agresión, el factor Agresión Reactiva tuvo una consistencia interna aceptable ($\alpha=.774$) según Hair, Tatham, Anderson y Black (2007); no obstante, el ítem 7 se asoció de manera negativa con la escala ($r=-.019$) y, por otra parte, las correlaciones con la escala tuvieron valores absolutos entre .019 y .538. Asimismo, la consistencia interna de la escala aumentó al eliminar los ítems 3 ($\alpha=.778$) y 7 ($\alpha=.798$). En lo que respecta a la Agresión Proactiva, esta presentó una consistencia interna buena ($\alpha=.821$), estando todos los ítems asociados positivamente con esta; por otra parte, dicha consistencia interna aumentó al eliminar los ítems 4 ($\alpha=.829$) y 6 ($\alpha=.831$).

Posteriormente, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables de interés en la muestra final (Tabla 4): En promedio, los adolescentes tenían una edad de 15 años, con una desviación típica de 2 años, siendo la edad más baja 12 años y la más alta 19 años ($R=7$ años), siendo dividida la distribución en partes iguales en el punto de 15 años ($Md=15$). También es destacable que dicha distribución sea homogénea ($CV=13.33\%$). Además, la distribución presenta una asimetría positiva ($As=.196$) y una forma platicúrtica ($Ku=-.950$) por lo que las edades se distribuyen de manera que tienden a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución achatada (Gráfico 1).

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de las variables de estudio.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
Edad	12	19	15.31	2.21	.196	-.950
Dibujos Temáticos	35	60	44.76	8.26	.625	-.824
Actividad Conceptual	40	75	51.07	12.02	.774	-.796
Empatía	53	117	83.69	16.38	.303	-.581
Empatía Cognitiva	24	64	43.02	9.85	.262	-.196
Empatía Afectiva	25	57	40.67	8.36	-.032	-.386
Agresión	2	36	15.60	9	.692	-.161
Agresión Reactiva	2	28	12.07	6.28	.364	-.161
Agresión Proactiva	0	20	3.52	4.95	2.272	4.808

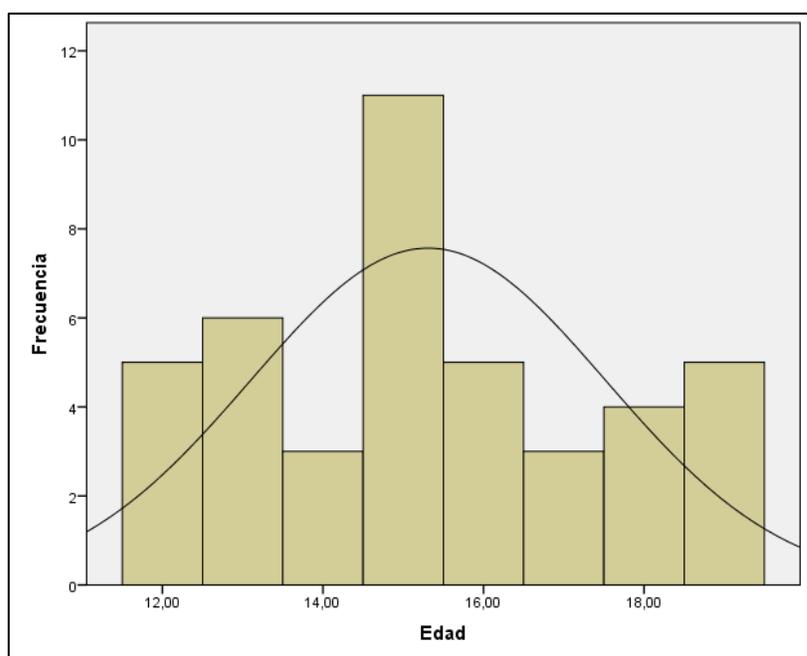


Gráfico 1. Histograma de la variable edad.

En cuanto a las medidas del nivel de funcionamiento, en la escala de dibujos temáticos (Gráfico 2), los adolescentes obtuvieron en promedio una puntuación de 44.76, con una desviación típica de 8.26, encontrándose el puntaje más bajo en 35 y el más alto en 60 ($R=25$), siendo la distribución dividida en partes iguales en el punto 40 ($Md=40$). Asimismo, presentan una variación heterogénea en dicha variable ($CV=18.45\%$). En cuanto a la forma, presenta una asimetría positiva ($As=.625$) y una forma platicúrtica ($Ku=-.824$) por lo que la ejecución de los adolescentes con TEA sin déficit intelectual, en cuanto a la actividad analítico-sintética, se distribuye de manera que tiende a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución achatada.

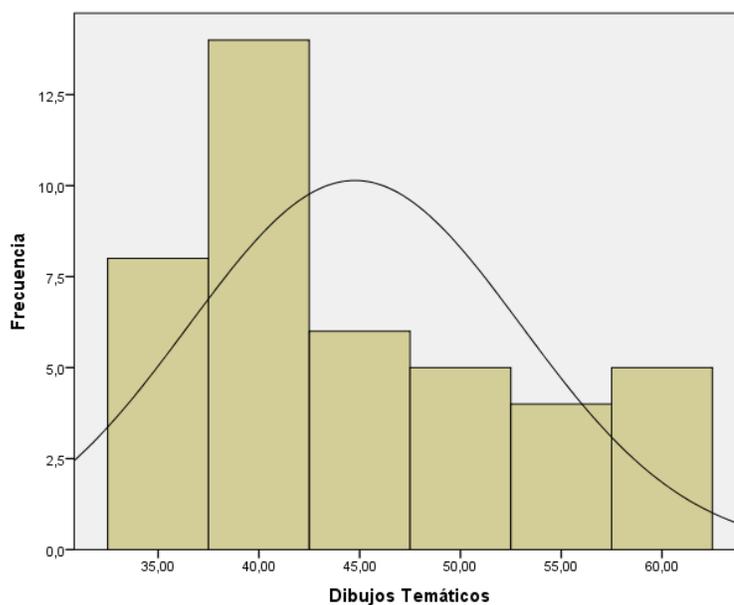


Gráfico 2. Histograma de la variable Dibujos Temáticos.

En la escala de actividad conceptual (Gráfico 3), se obtuvo una media de 51.07 y una desviación típica de 12.02, encontrándose el puntaje más bajo en 40 y el más alto en 75 ($R=35$); dicha distribución es dividida en dos partes iguales en el punto 45 ($Md=45$). También es destacable que dicha distribución sea heterogénea ($CV=23.54\%$). En cuanto a la forma, presenta una asimetría positiva ($As=.774$) y una forma platicúrtica ($Ku=-.796$) por lo que la ejecución de la actividad intelectual conceptual y discursiva de los adolescentes con TEA sin

déficit intelectual, se distribuye de manera que tiende a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución achatada.

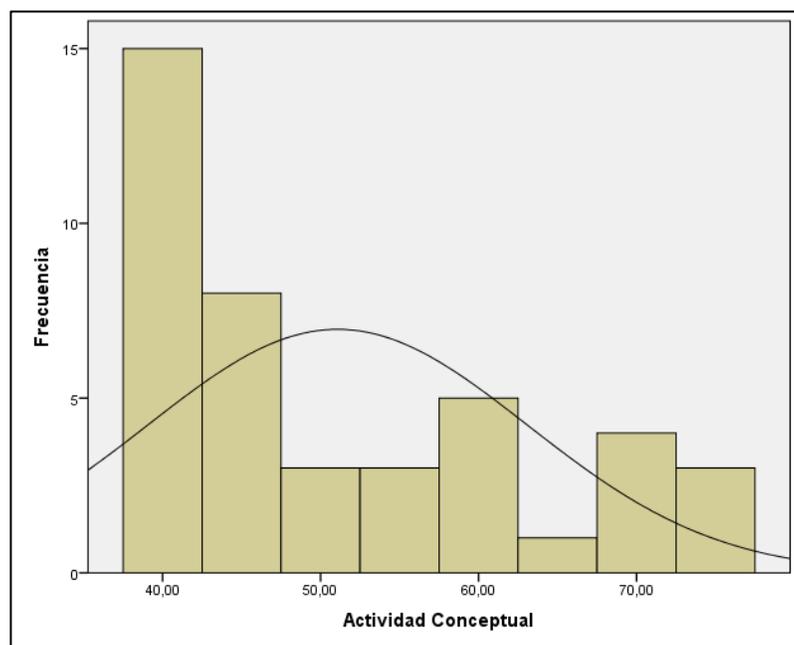


Gráfico 3. Histograma de la variable Actividad Conceptual.

Posteriormente, se calcularon los estadísticos correspondientes a las escalas totales: en lo que respecta a la empatía (Gráfico 4), esta tuvo un puntaje promedio de 83.69, con una desviación típica de 16.38, encontrándose el puntaje más bajo en 53 y el más alto en 117 ($R=64$), siendo dicha distribución divididas en dos partes iguales en el punto 81 ($Md=81$). Asimismo, presentan una variación heterogénea en dicha variable ($CV=19.57\%$). La forma de esta distribución es asimétrica positiva ($As=.303$) y de forma platicúrtica ($Ku=-.581$) por lo que estos adolescentes diagnosticados con TEA tienden a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución achatada; esto quiere decir que presentan menores niveles de empatía pero los puntajes de estos se encuentran esparcidos entre niveles bajos y relativamente altos de esta.

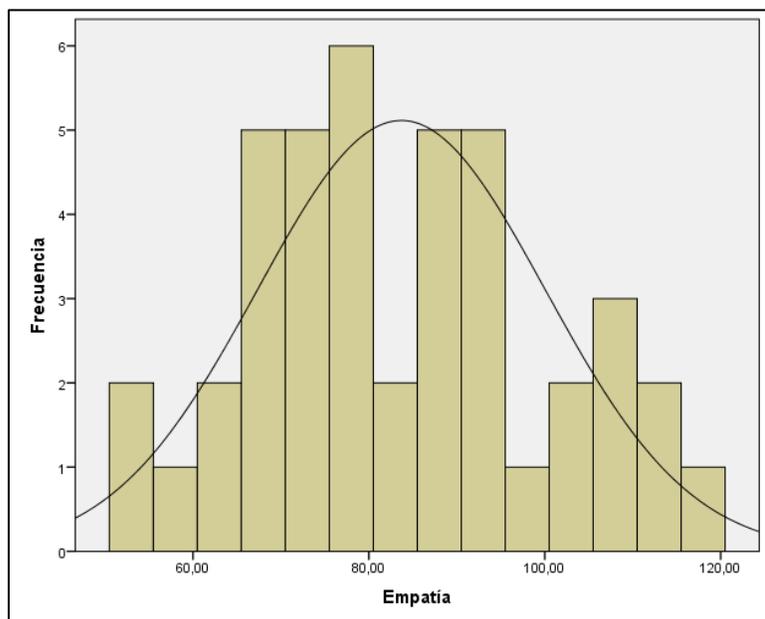


Gráfico 4. Histograma de la variable empatía.

En las medidas de empatía, la Empatía Cognitiva (Gráfico 5) tuvo un puntaje promedio de 43.02, con una desviación típica de 9.85, encontrándose el puntaje más bajo en 24 y el más alto en 64 ($R=40$), siendo dicha distribución dividida en dos partes iguales en el punto 42 ($Md=42$) y heterogénea ($CV=22.90\%$). En cuanto a la forma, presenta una asimetría positiva ($As=.262$) y una forma platicúrtica ($Ku=-.196$) por lo que los procesos cognitivos de comprensión y de adopción de perspectivas de estos adolescentes con TEA se distribuyen de manera que tiende a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución achatada; es decir, presentan menores niveles de empatía cognitiva aunque los puntajes se encuentran esparcidos dentro de casi todo el rango de puntuaciones.

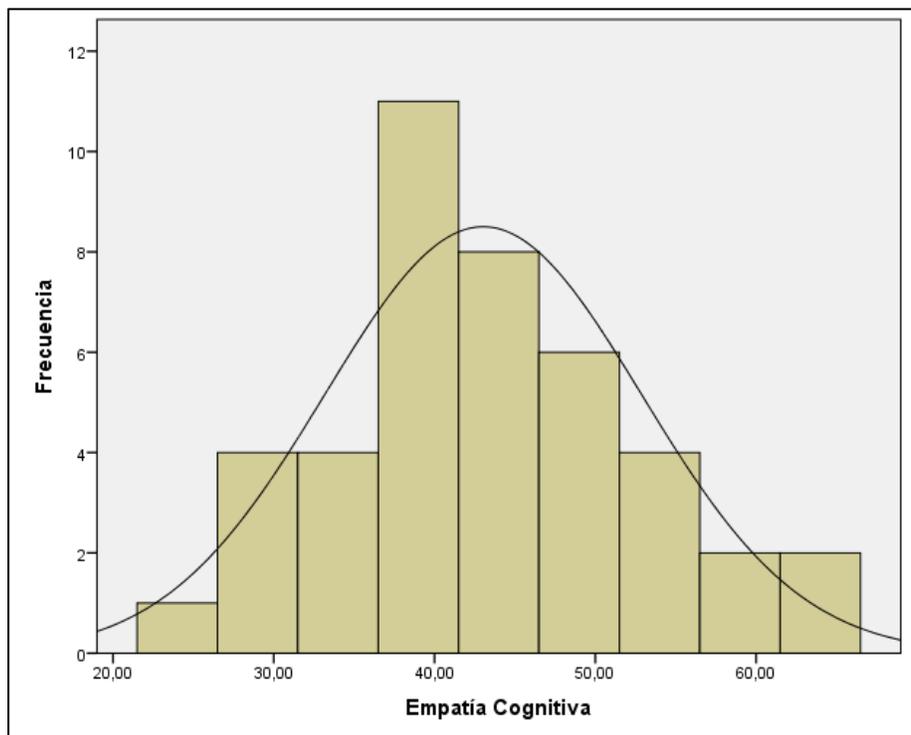


Gráfico 5. Histograma de la variable Empatía Cognitiva.

En la Empatía Afectiva (Gráfico 6) los adolescentes obtuvieron en promedio una puntuación de 40.67, con una desviación típica de 8.36, encontrándose el puntaje más bajo en 25 y el más alto en 57 ($R=32$), siendo la distribución dividida en partes iguales en el punto 41 ($Md=41$). Por otra parte, presentan una variación heterogénea en dicha variable ($CV=20.56\%$). En cuanto a la forma, presenta una asimetría negativa ($As=-.032$) y una forma platicúrtica ($Ku=-.386$) por lo que en procesos emocionales de simpatía y experiencia de sentimientos coherentes con la experiencia ajena, estos adolescentes diagnosticados de TEA tienden a reportar mayores niveles de estos, en una distribución más achatada; es decir, reportan mayores niveles de empatía afectiva aunque los puntajes se encuentran esparcidos dentro de una parte del rango de puntuaciones.

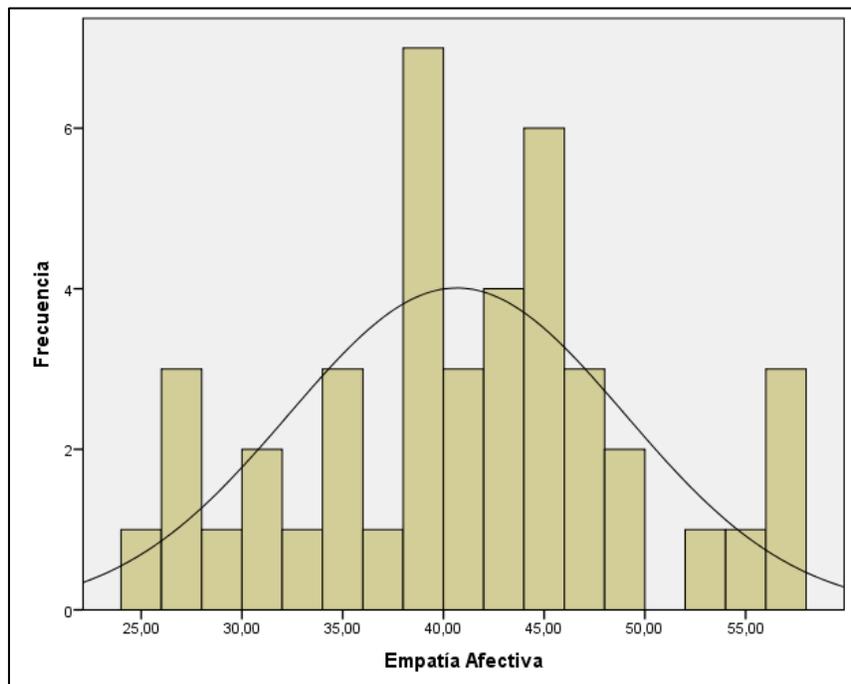


Gráfico 6. Histograma de la variable Empatía Afectiva.

Los adolescentes puntuaron en la agresión (Gráfico 7) un promedio de 15.60, con una desviación típica de 9, encontrándose el puntaje más bajo en 2 (debido a que no respondió toda la escala) y el máximo en 36 (R=34), siendo 13 el punto que divide la distribución en dos partes iguales (Md=13). También es destacable que la dispersión de los datos sea muy heterogénea (CV=57.69%). En lo que respecta a la forma, se trata de una distribución asimétrica positiva (As=.691) y de forma platicúrtica (Ku=-.161) por en lo que respecta a los niveles de agresión, los adolescentes de la muestra objetivo dieron respuestas que tienden a encontrarse en la parte inferior de la distribución aunque pueden estar repartidas entre puntajes de agresión muy bajos y medios; es decir, presentan menores niveles de agresión.

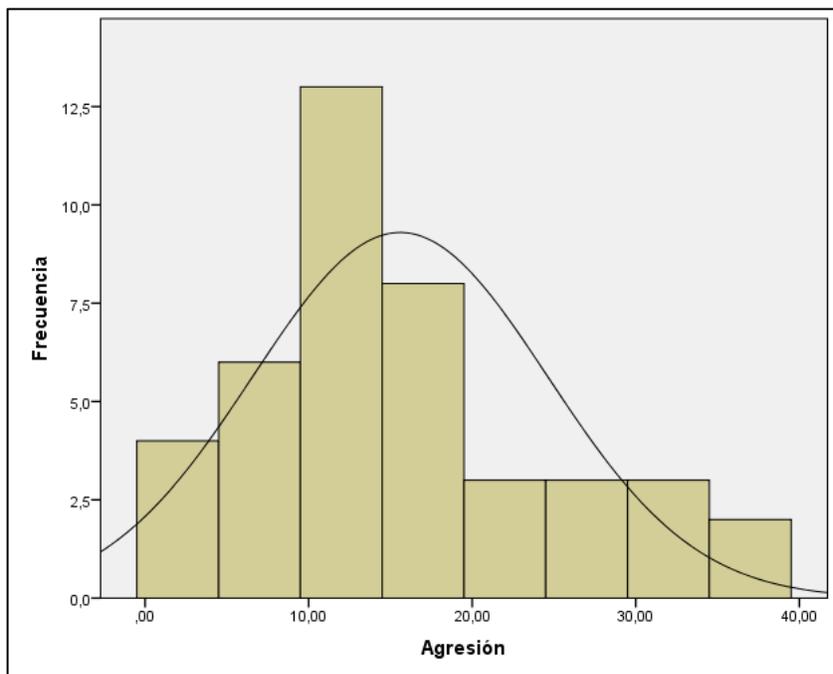


Gráfico 7. Histograma de la variable agresión.

Por otra parte, en la Agresión Proactiva (Gráfico 8), se obtuvo un promedio de 3.52 con una desviación típica de 4.95, encontrándose el puntaje más bajo en 0 y el más alto en 20 ($R=20$), siendo dividida tal distribución en dos partes iguales en el punto 2 ($Md=2$). Asimismo, los datos presentan una variación muy heterogénea ($CV=140.63\%$). En cuanto a la forma, presenta una asimetría positiva ($As=2.272$) y una forma leptocúrtica ($Ku=4.808$) por lo que en lo que respecta a las acciones desencadenadas intencionalmente para resolver conflictos o para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor se distribuyen de manera que tiende a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución puntiaguda; es decir, presentan menores niveles de agresión proactiva, estando estos agrupados en general en los niveles más bajos.

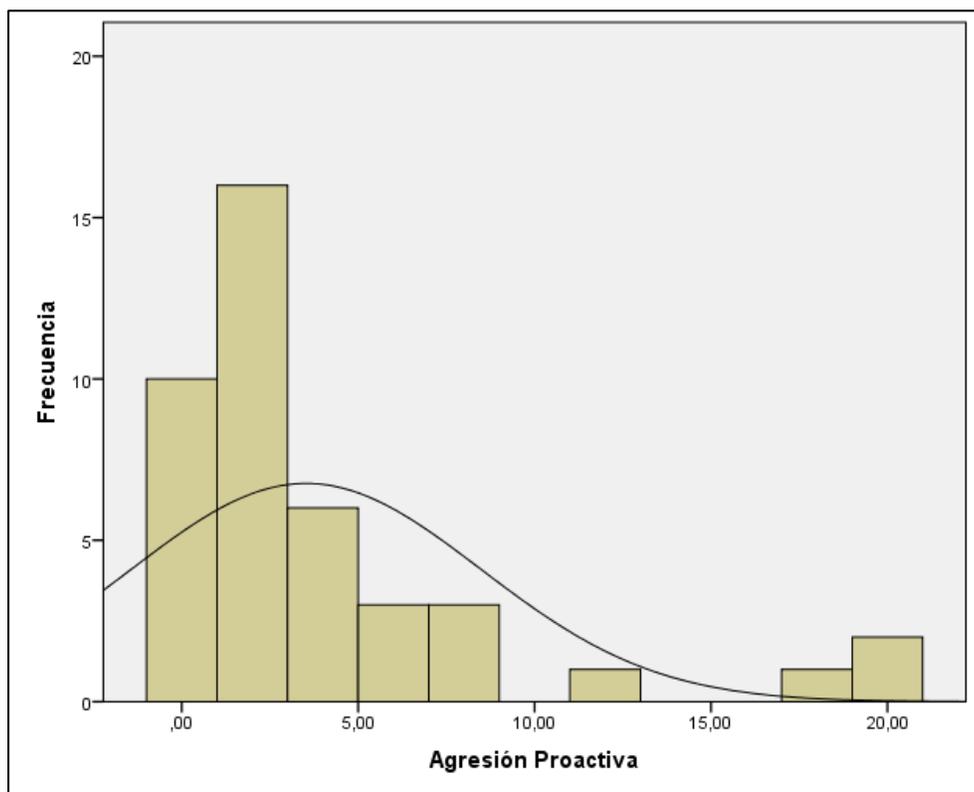


Gráfico 8. Histograma de la variable Agresión Proactiva.

Por último, en la Agresión Reactiva (Gráfico 9), los adolescentes reportaron un promedio de 12,07 y una desviación típica de 6.28, encontrándose el puntaje más bajo en 2 y el más alto en 28 ($R=26$), siendo la distribución dividida en dos partes iguales en el punto 11 ($Md=11$) y presentando una variación muy heterogénea ($CV=52.03\%$). En cuanto a la forma, presenta una asimetría positiva ($As=.364$) y una forma platicúrtica ($Ku=-.161$) por lo que las conductas que se suscitan como reacción a una provocación o a una amenaza percibida de estos adolescentes se distribuyen de manera que tiende a encontrarse en la parte inferior de la distribución y es una distribución achatada; es decir, presentan menores niveles de agresión reactiva aunque los puntajes se encuentran esparcidos dentro de casi todo el rango de puntuaciones.

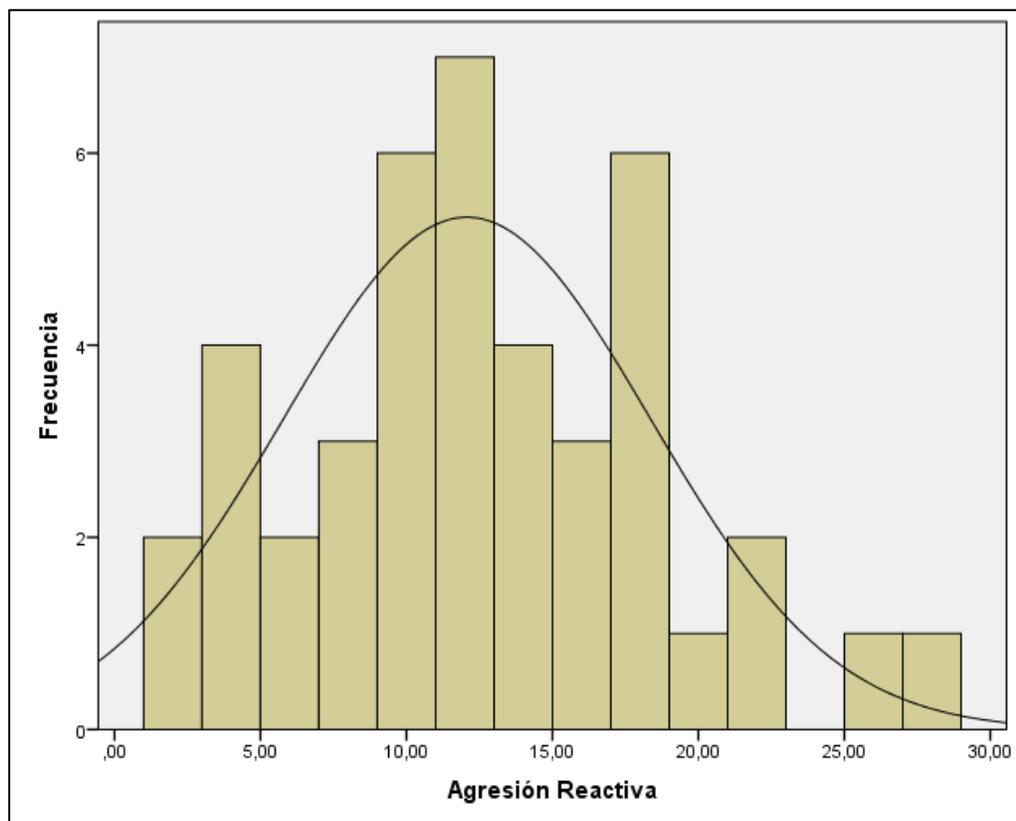


Gráfico 9. Histograma de la variable Agresión Reactiva.

Las variables anteriormente mencionadas no se distribuyen normalmente, lo cual es comprobado, en general, mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov (Tabla 5) y la inspección de los gráficos Q-Q (Anexo G); la empatía (K-S=.083), la agresión reactiva (K-S=.092), la empatía cognitiva (K-S=.080) y la afectiva (K-S=.089) resultaron ser las únicas que se ajustaron a la curva normal ($p=.200$). No obstante, el ajuste de la agresión reactiva no se ve comprobado mediante la inspección del Q-Q plot (AnexoG) y tampoco mediante los coeficientes de asimetría y curtosis; las otras variables si bien cumplen el criterio de que la mayoría de los puntos estén sobre la recta en el gráfico Q-Q (Anexo G), tienen coeficientes de asimetría y curtosis que no permiten afirmar totalmente que son normales.

Tabla 5.

Pruebas de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov	<i>p</i>
Edad	.151	.017
Dibujos temáticos y textos.	.242	.000
Actividad Conceptual y discursiva.	.241	.000
Empatía.	.089	.200
Empatía Cognitiva.	.080	.200
Empatía afectiva	.089	.200
Agresión.	.137	.046
Agresión reactiva.	.092	.200
Agresión proactiva.	.280	.000

Debido a que las distribuciones no son normales y el tamaño muestral es pequeño ($n=50$), se utilizará una técnica no paramétrica, ya que estas no consideran la forma en la que se distribuye la población (Pérez-Tejada, 2009) por lo que se utilizará el coeficiente de Spearman (r_s).

En cuanto a las correlaciones significativas se encontró que (Tabla 6): existe una correlación alta, positiva y significativa al 5% entre la empatía y la empatía cognitiva ($r_s=.906$, $p=.000$) por lo que mayores niveles de empatía están asociados con mayores niveles de empatía cognitiva; igualmente, existe una correlación alta, positiva y significativa al 5% entre la empatía y la empatía afectiva ($r_s=.876$, $p=.000$) por lo que mayores niveles de empatía están asociados con mayores niveles de empatía afectiva. Asimismo, existe una relación moderada, positiva y significativa al 5% entre la empatía cognitiva y la empatía afectiva ($r_s=.636$, $p=.000$) por lo que mayores niveles de empatía

cognitiva están asociados moderadamente con mayores niveles de empatía afectiva.

De igual manera, existe una relación alta, positiva y significativa al 5% entre la agresión y la agresión reactiva ($r_s=.888$, $p=.000$) por lo que mayores niveles de agresión están asociados con mayores niveles de agresión reactiva; a su vez, también existe una relación moderada, positiva y significativa al 5% entre la agresión y la agresión proactiva ($r_s=.592$, $p=.000$) por lo que mayores niveles de agresión están asociados moderadamente con mayores niveles de agresión proactiva. Por último, existe una relación baja, positiva y significativa al 10% entre la agresión reactiva y la agresión proactiva ($r_s=.282$, $p=.061$) por lo que mayores niveles de agresión reactiva están asociados de manera baja con mayores niveles de agresión proactiva.

Tabla 6.

Correlaciones entre las variables de estudio.

	Empatía	Empatía Cognitiva	Empatía Afectiva	Agresión	Agresión Reactiva	Agresión Proactiva
Empatía	-	.906**	.876**	.092	.098	.066
Empatía Cognitiva	-	-	.636**	.254	.200	.159
Empatía Afectiva	-	-	-	.061	.136	.022
Agresión	-	-	-	-	.888**	.592**
Agresión Reactiva	-	-	-	-	-	.282*
Agresión Proactiva	-	-	-	-	-	-

* $p=.061$; ** $p=.000$

Debido a que las hipótesis correlacionales del estudio no resultaron significativas entre las variables, se probó repetir las correlaciones excluyendo 9 sujetos que obtuvieron puntajes T menores a una desviación y media por debajo en la subescala de “Procesos “Intelectuales” de la Batería Luria-DNA, con el objeto de ver si estos, al presentar un funcionamiento intelectual y de lenguaje disminuido, enmascaraban alguna correlación existente entre las variables de estudio.

Como se observa en la Tabla 7, los resultados no variaron en cuanto a las significancia de las correlaciones planteadas; las medidas de empatía se correlacionan significativamente entre sí, al igual que las medidas de agresión, encontrándose, la relación entre agresión proactiva y reactiva de forma positiva y significativa al 5%, lo que quiere decir que, excluyendo estos sujetos, mayores niveles de agresión reactiva se asocian de manera baja con mayores niveles de agresión proactiva; por lo que se confirma la influencia del nivel de funcionamiento intelectual y de lenguaje, como variable moderadora entre la empatía y la agresión.

Por último, a pesar de que la hipótesis principal no se confirma de forma estadísticamente significativa al extraer los 9 sujetos, surgieron varias relaciones negativas: empatía con agresión ($r_s = -.036$) y con agresión proactiva ($r_s = -.063$), y empatía afectiva con agresión ($r_s = .022$) y con agresión proactiva ($r_s = .907$), por lo que se puede estimar una tendencia a que estas variables se relacionen de forma negativa, donde a mayor presencia de una, menor de la otra, y viceversa.

Tabla 7

Correlaciones entre las Variables de Estudio, Excluyendo Nueve Sujetos.

	Actividad Conceptual	Agresión	Agresión Reactiva	Agresión Proactiva	Empatía	Empatía Cognitiva	Empatía Afectiva
Agresión	-	-	.860**	.532**	-.036	.149	-.022
Agresión Reactiva	-	-	-	.180	.002	.112	.081
Agresión Proactiva	-	-	-	-	-.063	.052	-.058
Empatía	-	-	-	-	-	.883**	.907**
Empatía Cognitiva	-	-	-	-	-	-	.658**

* $p < .10$; ** $p < .05$

Discusión

El presente estudio tiene como objetivo verificar la relación entre la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva de adolescentes con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante (SDI-SDL).

Se plantea como hipótesis principal, encontrar una relación negativa y significativa entre la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva reportada por la población de adolescentes varones con TEA SDI-SDL; los resultados no permitieron confirmar la misma.

Sin embargo, el presente trabajo encontró que los adolescentes varones con TEA SDI-SDL, participantes de este estudio, arrojaron puntuaciones medias en las medidas de las variables que merecen atención; ya que, al considerar el rango de puntuación total para cada escala, los sujetos tienden a puntajes altos en empatía, tanto cognitiva como afectiva, y bajos en agresión proactiva-reactiva; esto quiere decir que estos se perciben a sí mismos como empáticos, toda vez que la media de las puntuaciones en agresión fueron bajas.

Este resultado concuerda con lo reportado por Shamay-Tsoory et al. (2002), quienes no encontraron deterioro en la empatía cognitiva ni en la emocional, pero sí en la integración de las mismas en dos adolescentes con Trastorno Asperger. Aunque mayormente se reportan niveles más bajos de empatía en niños y adolescentes con TEA que en la población sin diagnóstico, hay estudios como el de Yirmiya et al. (1992) que, utilizando como medida un test audiovisual, muestran que los niños con autismo de alto nivel de funcionamiento a pesar de tener un desempeño menor en las medidas de empatía que los niños de desarrollo típico, sus medidas no son necesariamente bajas.

Cabe considerar además, el tipo de empatía que se evalúa y la edad de la población, ya que Rogers et al. (2007), utilizando la escala IRI, tal como el presente estudio, en una muestra de adultos, encontraron que el grupo con TEA demostraba niveles significativamente más bajos de empatía cognitiva, más no reportaron diferencias en la empatía afectiva, coincidiendo con lo encontrado por Dziobek et al. (2008), en pacientes adultos con TEA a través de la Prueba Multifacética de Empatía; por lo que en adultos se puede esperar poca capacidad empática, sobre todo de tipo cognitivo, tal como resultó en las distribuciones de los puntajes de empatía cognitiva y afectiva en este estudio: para la cognitiva presentaron menores niveles, mientras que reportan mayores niveles de empatía afectiva.

La dificultad de las personas con TEA para ser empáticas dependerá entonces de muchos factores. En la muestra seleccionada, donde se controló la edad y el nivel de funcionamiento de los adolescentes con TEA, asegurando la ausencia de déficit intelectual y el deterioro del lenguaje, la media de los participantes demostró que ellos tienen una percepción empática de sí mismos.

Esto puede encontrar explicación, en el Modelo organizacional de Davis(1996), quien otorga un peso importante a la interacción de los antecedentes y los procesos cognitivos de la persona que va a empatizar, para dar explicación a la respuesta empática o no que se emita; estos factores (antecedentes y procesos) se consideran en la muestra de estudio de la presente investigación:

- Capacidad biológica: adolescentes varones entre 12 y 19 años con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje asociado a la condición.

- Diferencias individuales: propias de cada uno.
- Historia de aprendizaje: todos incluidos en escuelas regulares y/o participantes de grupos de destrezas sociales en las instituciones especializadas en trastornos del desarrollo neurológico. Lo que se amplía

un poco más abajo porque se considera un aspecto central en los resultados

- La situación en la que se va a empatizar: correspondió a las planteadas en los ítems de la Escala IRI.
- Procesos cognitivos asociados a los antecedentes: que de acuerdo a los puntajes obtenidos por los participantes en el “Área de Procesos Intelectuales” de la Batería Luria-DNA, los mismos presentaban una capacidad analítico-sintética necesaria para la comprensión de mensajes y metáforas que supera al 31% de la población sin diagnóstico; y una capacidad para formar conceptos o ideas abstractas y de solución de problemas que supera a la mitad de la población sin diagnóstico, pertenecientes a un nivel de educación media.

En este sentido, las características de la muestra, referentes a la historia de aprendizaje y las situaciones planteadas en la escala IRI, parecen favorecer el hecho de que estos adolescentes, a pesar de tener condiciones biológicas que los pueden predisponer a un déficit en sus capacidades empáticas, se perciban a sí mismos como capaces de emitir este tipo de respuestas, tanto cognitivas como afectivas, aunque las afectivas en mayor nivel.

De acuerdo con el modelo de procesamiento de la información de Crick y Dodge (1994), que considera las capacidades biológicas, la base de datos referente a las experiencias socio-cognitivas pasadas y los indicios sociales de la situación experimentada; se puede inferir que las últimas dos tienen mayor peso en las actuaciones de los adolescentes con TEA SDI-SDL, que las condiciones biológicas asociadas a su diagnóstico; ya que los mismos reportan tener un adecuado procesamiento de la información ante situaciones sociales, evitando la emisión de respuestas agresivas.

También es significativo contemplar la influencia que pudo tener sobre los resultados, otra variable derivada de los sujetos, que se refiere a las experiencias de aprendizaje e intervención a los cuales los participantes han sido expuestos; esta no se contempló previamente, debido a que surgió como

producto de la técnica de muestreo (de tipo no probabilístico, propositivo), de acuerdo con la cual la mayoría de los adolescentes que fue posible contactar y cuyos padres o ellos mismos accedieron a participar, formaban parte de intervenciones grupales enfocadas en el mejoramiento de sus competencias sociales, dirigidas por las instituciones especializadas en los trastornos del neurodesarrollo.

De igual modo, aun si los participantes no pertenecían a alguna de estas intervenciones, los mismos estaban integrados a colegios de educación regular (U.E. Patria de Bolívar) o asistían a un colegio que brindaba formación integral e individualizada dentro del sistema regular de educación (Colegio Sierra Grande); con lo cual están inmersos dentro de un entorno que ofrece oportunidades para desarrollar sus habilidades sociales.

A este respecto, la literatura demuestra que la exposición a este tipo de actividades grupales o intervenciones, pueden mejorar la sintomatología de los niños con TEA, y dependiendo del objetivo de la misma se pueden mejorar el coeficiente intelectual, el uso del lenguaje, los comportamientos adaptativos, los problemas de conducta y el funcionamiento social (Rogers y Dawson, 2010; Marcos-Palacio, 2015); siendo esta última la que está siendo trabajada en los participantes de la muestra y la misma que está siendo estudiada en la presente investigación, por lo que, en concreto, se pudo ver afectado lo esperado por las hipótesis planteadas.

Rogers y Dawson (2010) en el estudio por ellos realizado plantean que hasta el coeficiente intelectual de niños sometidos a un modelo de intervención temprana, especialmente antes de los tres años de edad, puede modificarse hasta un promedio de 17,6 puntos lo que a su vez trae como consecuencia una mejoraría en los comportamientos de adaptación, problemas de conducta, funcionamiento social, uso del lenguaje, y, en general, en todo el comportamiento adaptativo del individuo. Lo anterior lo explican los autores en función de la plasticidad cerebral haciendo que redes menos adaptativas desarrolladas de manera compensatoria por los niños con TEA se vuelvan más

adaptativas limitando así las dificultades propias del autismo. Encontraron que las diferencias pueden no observarse al comienzo del proceso de intervención pero que al cabo de los cinco años que duró su investigación inclusive siete de los niños en el grupo de intervención tuvieron bastante mejoría en las habilidades generales que justificaban un cambio en el diagnóstico de autismo a la más leve afección conocida para ese momento, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, mientras que solo un niño del grupo control había mejorado de esa forma.

Por su parte, en el estudio de Marcos-Palacio (2015), cuyo objetivo fue verificar si había modificaciones en el comportamiento de adolescentes diagnosticados con síndrome de Asperger luego de la implementación de talleres para el desarrollo de competencias sociales, se encontró que hubo efectos positivos en la muestra estudiada inclusive con una notable mejoría en la empatía mostrada en la relación hacia sus compañeros.

De manera que los dos estudios anteriormente señalados pueden explicar cómo los sujetos estudiados presentan puntuaciones altas en la media de empatía cognitiva-afectiva y, según la bibliografía revisada, por ende, puntúan con valores más bajos en la media de agresión proactiva-reactiva, lo que se discute a continuación.

La empatía también se ha asociado a lo largo de la literatura, de forma positiva, con variables prosociales, mientras que se relaciona negativamente con conductas sociales perturbadoras, como las de agresión, las antisociales y las de retraimiento (Garaigordobil, 2009), lo que entonces explica el resultado obtenido en cuanto a la variable agresión proactiva-reactiva que reportaron los participantes del presente estudio sobre sí mismos, los puntajes medios tendían a encontrarse en la parte inferior del rango de puntuación en el cuestionario, esto quiere decir que mostraron niveles bajos de agresión, siendo la media de agresión proactiva 8, 55 puntos más baja que la media de la agresión reactiva.

Se considera además que, la especificación en el diagnóstico del TEA sobre la no deficiencia intelectual ni del lenguaje, favorece menor agresión en la muestra de la presente investigación, ya que el comportamiento agresivo reportado a esta condición podría estar asociado a un mayor compromiso cognitivo y de lenguaje en aquellas personas con TEA acompañado de déficit intelectual y mayor severidad del trastorno, hacia lo moderado o severo (Lecavalier, 2006; Garaigordobil, 2009; Tsiouris et al., 2011).

Por otro lado, aunque ambas dimensiones de la agresión tendieron a la parte inferior de la distribución, es válido señalar que la media de agresión reactiva resultó 8,55 puntos por encima de la media de la proactiva, lo cual, de acuerdo con el modelo de Crick y Dodge (1994), se corresponde con un déficit en el proceso de representación (paso 2 del modelo) a la hora de interpretar los indicios del entorno, los cuales se interpretan como hostiles y pudiéndose emitir consecuentemente una respuesta agresiva.

Una investigación realizada recientemente concuerda con los resultados obtenidos en cuanto a agresión. Kaartinen et al. (2014) encontraron refutada la hipótesis de que, al menos los varones con TEA, podrían tener un déficit general en el control de su agresión reactiva, ya que no observaron diferencias significativas en la intensidad de la agresión reactiva entre los grupos con y sin TEA, ante lo cual sugirieron más investigaciones que pusieran a prueba la veracidad en cuanto a que la mala regulación de las emociones se asocia con agresión reactiva en la población con TEA.

En lo que se refiere a la edad, se ha demostrado que tiene un efecto negativo y significativo sobre la agresión, lo que sugiere que al aumentar la edad, los comportamientos agresivos se vuelven menos probables (Kanne y Mazurek, 2011); esto también podría explicar los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que, al ser adolescentes y no niños, ellos mismos pudieron reportar sus bajos niveles de agresión, aun cuando se considera que también pudieron haber influido variables contextuales y las derivadas de la actuación del sujeto.

Kaukiainen et al. (1999), encontraron una correlación negativa y significativa de la empatía con la agresión física, verbal e indirecta en alumnos de 10, 12 o 14 años mediante el reporte de sus pares. Garaigordobil (2009) encontró una relación negativa entre la empatía y las conductas sociales perturbadoras, como las de agresión, las antisociales y las de retraimiento, en participantes de 10 a 14 años; confirmando los estudios previos. Por su parte, Yeo et al. (2011), confirmaron relaciones negativas y significativas entre empatía afectiva con la agresión física, y entre la empatía cognitiva con la agresión indirecta en una muestra de niños de 4° y 5° grado.

De manera que los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto a los niveles de empatía y agresión, pueden explicarse por (a) el nivel de funcionamiento intelectual y de lenguaje de los mismos, (b) la influencia positiva de la exposición de los mismos a una educación regular y psicoterapias grupales centradas en la mejoría de sus destrezas sociales y (c) la edad de los participantes.

Sin embargo, se considera de importancia considerar algunas variables contextuales que pudieron influir en los resultados, y que al ser obtenidos mediante auto-reporte son importantes señalar.

En principio, las características del método de recolección de los datos (auto-reporte), implican la influencia de una cantidad de variables derivadas del propio sujeto investigado, entre ellas se incluyen las características propias de la muestra de estudio, donde toma un papel relevante la teoría de la mente (TOM), hipótesis teórica que fundamenta el TEA (Baron-Cohen et al., 1985; Rivière et al. 1994; Perner et al., citado en Wicks-Nelson e Israel, 1997; Gillberg, citado en Gillberg y Coleman, 2000), donde se postula que esta población se caracteriza por un déficit en la misma, es decir, una dificultad para inferir estados mentales sobre sí mismos y sobre los demás.

Lo anterior pudo sesgar la comprensión adecuada de los ítems, produciendo algunas respuestas poco ajustadas a la realidad, esto sobre todo

para aquellos participantes con menor nivel de funcionamiento intelectual y de lenguaje (reportado por el “Área de Procesos Intelectuales” de la Batería Luria-DNA) para los cuales los procesos de inferencia correspondientes a la teoría de la mente pueden resultar más interferidos.

Unas de las variables que pudieron haber tenido mayor influencia sobre la validez tanto interna como externa de la investigación, fueron algunas de las que han sido reportadas en población sin diagnóstico, que se derivan de la actuación de los sujetos participantes; entre estas se encuentra la deseabilidad social, que en el presente estudio, pudo actuar en algunos adolescentes con TEA, sobre todo en aquellos con un mejor nivel de funcionamiento (reportado por el “Área de Procesos Intelectuales” de la Batería Luria- DNA), como un motivador para falsear sus respuestas con el objeto de no impresionar de forma negativa lo que es aceptado socialmente, esto es más probable para el cuestionario RPQ, ya que el contenido del mismo hace referencia a conductas negativas, generalmente mal vistas por las autoridades que los participantes frecuentan (profesores, padres, entre otras).

Así mismo, el efecto Hawthorne, de acuerdo con el cual los sujetos al sentir que están siendo tratados de manera diferente y especial, por la misma novedad que supone la situación de investigación, mejoran o empeoran su rendimiento en las variables estudiadas (Santalla de Banderali, 2011); en este caso los participantes pudieron auténticamente considerar que sus capacidades empáticas son buenas y su agresión baja, ignorando posiblemente algunos hechos de la realidad.

Otro aspecto a considerar que podría constituir una limitación del estudio se refiere al contexto en el cual se toman los datos de la muestra que puede haber afectado la validez interna del estudio, ya que el lugar de recolección de los datos, dependía de la institución en la cual se realizaba el contacto con los sujetos, algunas de estas constaban de espacio suficiente para que la autora de la investigación realizara la entrevista adecuadamente, mientras que otras disponían de espacios más concurridos, externos o afectados por el ruido y

otros factores distractores (paso de personas, conversaciones contiguas, reuniones, etc), también cabe mencionar que los momentos de evaluación para algunos participantes coincidían con sus actividades regulares, esto es de especial importancia ya que en las personas con TEA, la extracción de sus rutinas puede generar resistencia, ansiedad y afectar su comportamiento (Kanner, 1943; Merril, 2013).

Todo lo anterior, pudo influenciar la atención prestada por los sujetos a la entrevista e incluso la presencia de fatiga que pudo generar algunas respuestas azarosas que les permitieran volver a sus actividades regulares. Sin embargo, cuando la autora percibía alguna de estas características, otorgó minutos de descanso e intentó no coincidir con los horarios ya ocupados de estos sujetos.

En este sentido, se considera que el objetivo del presente estudio se cumplió en cuanto a medir de forma válida y confiable los fenómenos de empatía y agresión tal como son percibidos por los mismos integrantes de la población, es decir, los adolescentes varones entre 12 y 19 años con TEA sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante.

Esta población es una de las más referidas para intervención psicológica (Shattuck et al., 2011), por lo que conocer cómo se presentan estas variables en adolescentes con TEA, permite añadirlas a la práctica y el ejercicio del psicólogo especialista en los trastornos del neurodesarrollo, con el objeto de mejorar el comportamiento y funcionamiento de los pacientes con esta condición, en los entornos sociales que suelen frecuentar lo que en sí mismo constituye un aporte al campo de la Psicología.

Conclusiones y Recomendaciones

El presente estudio tiene por objeto evaluar relación entre la empatía cognitiva-afectiva y la agresión proactiva-reactiva en adolescentes diagnosticados con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) sin déficit intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante (SDI-DLC).

Las personas con TEA presentan en su sintomatología dificultades en la comunicación e interacción social, esto se ha visto relacionado con déficits en la empatía, la cual se ha reportado como un factor inhibitor de la agresión; en este sentido, se quiso comprobar una hipótesis correlacional entre estas variables, donde menores niveles de empatía se encontrarían asociados a una mayor agresión en los adolescentes con TEA SDI-SDL.

Las bases teóricas consideradas para explicar estos fenómenos en la población estudiada fueron la Teoría de la Mente de Premack y Woodruff (1978), el Modelo Organizacional de Davis (1996) y el Modelo del déficit de procesamiento de la información de Crick y Dodge (1994).

Para responder al objeto de investigación, se realizó un estudio no experimental, de campo con diseño transversal correlacional, no paramétrico, utilizando dos escalas de auto-reporte, como son el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) de Davis (1980) y el Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva para niños y adolescentes de Raine et al. (2009).

Los resultados obtenidos en los adolescentes con TEA (SDI-DLC), varones, con edad entre 12 y 19, con un nivel de educación media, integrados a escuelas regulares y/o participantes de intervenciones grupales para destrezas sociales en institutos especializados, ubicados en Caracas-Venezuela, arrojan que estos no presentan niveles bajos de empatía y altos de agresión, como se

planteó en las hipótesis, de acuerdo a lo reportado por la literatura teórica y empírica.

De hecho, la media de empatía, en los sujetos participantes de este estudio, se ubica en la parte superior de la distribución, tanto cognitiva como afectiva; mientras que la media de agresión tiende a la parte inferior, en sus dos dimensiones, proactiva y reactiva.

Esto permitió concluir que, utilizando escalas de auto-reporte de empatía cognitiva-afectiva (IRI) y de agresión proactiva-reativa (RPQ), en una población de adolescentes varones con TEA SDI-DL, la educación regular y/o la estimulación de destrezas sociales en intervenciones grupales puede afectar de forma positiva la empatía y actuar como efecto inhibitor de la agresión.

Es relevante mencionar las limitaciones de la investigación, entre las cuales se contempla la carencia de estadísticas básicas y actualizadas de Venezuela, en cuanto a la población concreta de adolescentes diagnosticados con trastorno del espectro del autismo; producto de esto, se hace necesario el estudio de la prevalencia del mismo que permita desarrollar investigaciones sobre la base de la misma, las cuales también son pocas en el país.

Otro aspecto que va de la mano con el anterior, es el difícil acceso que se tiene a la población clínica de los TEA, debido a la delicadeza con la que se debe tratar su idiosincrasia y la protección que, por lo mismo, le otorgan sus padres o representantes, en este sentido, entrevistar a los participantes resulta un procedimiento complejo, alargado y en muchas ocasiones no permitido.

Aunado a lo anterior, aun cuando los padres accedían a la entrevista, en ocasiones las numerosas actividades a los cuales los sujetos asisten semanalmente condicionan bastante las posibilidades de acordar la entrevista, imposibilitando la realización de las mismas o generando ansiedad en los sujetos por deber faltar a sus actividades regulares; en cuando a esto, vale

acotar que fue únicamente la autora del presente trabajo, quien realizó cada uno de los contactos con los colegios e instituciones asociados a la muestra.

También se debe considerar que los espacios con los que contaban algunas instituciones eran insuficientes para realizar la entrevista en un ambiente libre de ruido, por lo que el mismo pudo influir en el tipo de respuestas emitidas por los sujetos en función de su capacidad y la posibilidad de atender, concentrarse, así como pudo generar también fatiga o ansiedad en los participantes.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se recomienda comprobar la relación planteada entre estas variables, verificando la validez de los instrumentos en esta población y midiéndolas mediante otras técnicas de recolección de datos, complementarias al auto-reporte, donde las variables contextuales que puedan interferir se vean mermadas; así mismo, se recomienda considerar el efecto de las intervenciones psicológicas en la población o incluir grupos comparativos que, por ejemplo, no asistan a dichas intervenciones, presenten diferentes niveles de severidad de los síntomas o de funcionamiento intelectual y de lenguaje distintos.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association (APA). (2015). All Psychology Topics [Apartado de página web]. Recuperado de: <https://apa.org/topics/index.aspx>
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2010). Diccionario Conciso de Psicología (1° ed.). Washington D.C., Estados Unidos: VandenBos.
- Andreu-Rodríguez, J. M., Peña-Fernández, M. E. & Ramírez, J. M. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 37-49. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01585.x.
- Andreu, J. M., Ramirez, J. M. & Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de agresión y su evaluación mediante dos autoinformes: el CAMA y el RPQ. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 5, 25-42. DOI: 10.4438/1988-592X-RE-2013-361-237
- Ardila, Alfredo (2001). El impacto de la educación en la evaluación cognoscitiva. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 3 (1), 50.
- Arsenio, W. F. & Lemerise, E. A. (2001). Varieties of childhood bullying: Values, emotion processes, and social competence. *Social Development*, 10(1), 59-73. DOI: 10.1111 / 1467-9507,00148
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés American Psychiatric Association). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 117(1), 76-136. DOI: 10.1007/BF01837709

- Baker, A. F. (1983). Psychological assessment of Autistic children. *Clinical Psychology Review*, 3, 41-59.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46. DOI:10.1016/0010-0277(85)90022-8.
- Bauer, R.M. (1994). *The flexible battery approach to neuropsychological assessment*. (2da. ed.). London, Inglaterra: LEA. R.D. Vanderploeg
- Belinchón, M., Gortázar, P., Martínez-Palmer, M., Flores, V. y García-Alonso, A. (1996) La comprensión verbal en el autismo?: Alteraciones morfosintácticas, semánticas o conceptuales?. En 5th *Congress Autism-Europe* (459-474). Barcelona, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Carrasco-Ortiz, M.A., Delgado-Egido, B., Barbero-García, M.I., Holgado-Tello, F.P.& Barrio-Gándara, M.V. (2011). Propiedades psicométricas del Interpersonal ReactivityIndex (IRI) en población infantil y adolescente española. *Psicothema*, 23(4), 824-831. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3962.pdf>
- Carrillo, P. O., & Berges, B. M. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. *Iniciación a la Investigación*, (4).
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2012). Understanding Autism Spectrum Disorder and Other Developmental Disabilities [Artículo de página Web]. Recuperado de http://www.cdc.gov/NCBDDD/autism/states/ADDM_fact_sheet_2012.pdf
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2015, Agosto 12). Autism Spectrum Disorder (ASD): Data & Statistics [Artículo de página Web]. Recuperado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child development*, 67(3), 993-1002. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01778.x
- Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information – processing mechanisms in children’s social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74 – 101. DOI: 10.1037/0033-2909.115.1.74
- Crick, N.R., & Grotpeter, J.K. (1995). "Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment". *Child Development*, 66(3), 710–722. (ERIC Journal No. EJ503787)
- Crick, N.R., Casas, J.F. y Nelson, D.A. (2002). Toward a more comprehensive understanding of peer maltreatment: studies of relational victimization. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 98 – 101
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. Recuperado de http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis_1980.pdf
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T. et al. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of autism and developmental disorders*, 38(3), 464-473. DOI: 10.1007/s10803-007-0486-x.
- Edelson, M. G. (2006). Are the majority of children with autism mentally retarded? A systematic evaluation of the data. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(2), 66-83.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.

- Federación de Psicólogos de Venezuela F.d.P (1981). Código de ética profesional del psicólogo. *Caracas: Colegio de Psicólogos del distrito capital*. Recuperado de <http://fpv.org.ve/documentos/codigodeetica.pdf>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24 (2), 284-298. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/12-24_2.pdf
- Feshbach, N. D. (1983). Learning to care: A positive approach to child training and discipline. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 12(3), 266-271. DOI: 10.1080/15374418309533142.
- Fundación Autismo en Alta Voz (2012, Mayo 01). "Dando un paso adelante por "un Mundo sin igual" [Comentario de Blog en la Web]. Recuperado de <https://visionparticular.wordpress.com/2012/05/01/dando-un-paso-adelante-por-un-mundo-sin-igual/>
- Garaigordobil, M. (2009). A comparative analysis of empathy in childhood and adolescence: Gender differences and associated socio-emotional variables. *International Journal of Psychology and psychological therapy*, 9(2), 217-235. DOI: 10.1037//00332909.107.2.238
- García-Sancho, E., Salguero, J. M. & Fernández-Berrocal, P. (2015). Déficits en el reconocimiento facial de las emociones y su relación con la agresión: una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 21(1).DOI:10.1080/17405629.2014.950221
- Gillberg, C. & Coleman, M. (2000). *The biology of the autistic syndromes* (3ra ed.). Holborn, Londres: Mac Keith Press.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. (5ta ed.). Madrid, España: Prentice Hall.

- Hernández-Sampeiro, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta ed.) México, McGraw-Hill Interamericana,
- Hernández, I. & Rubín, C. (1998). *Forma característica del patrón de habilidades cognitivas de niños con autismo*. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Características de los Adolescentes en el País según el Censo 2011. *Boletín Demográfico*, 4 (4), p. 2. Recuperado de http://www.ine.gov.ve/documentos/Boletines_Electronicos/Estadisticas_Demograficas/Boletin_Demografico/pdf/embarazo_adolescente.pdf
- Kaartinen, M., Puura, K., Helminen, M., Salmelin, R., Pelkonen, E.&Juujärvi, P. (2014). Reactive aggression among children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(10), 2383-2391. DOI: 10.1007/s10803-012-1743-1
- Kanne, S. M. & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(7), 926-937. DOI: 10.1007/s10803-010-1118-4
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Acta paedopsychiatrica*, 35(4), 100-136. http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf
- Kaukiainen, A., Björkqvist, K., Lagerspetz, K., Österman, K., Salmivalli, C., Rothberg, S.&Ahlbom, A. (1999). The relationships between social intelligence, empathy, and three types of aggression. *Aggressive behavior*, 25(2), 81-89. DOI: 10.1002/(SICI)1098-2337

- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*.(4ta ed.) Mexico: McGraw-Hill.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 36 (8), 1101-1114. DOI:10.1177/1362361315577519
- Manga, D., & Ramos, F. (2000). *Luria-DNA. Diagnóstico neuropsicológico de adultos*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Marcos-Palacio, B. (2015). Intervención e Investigación en Síndrome de Asperger: Análisis de los talleres de habilidades sociales en la adolescencia (Trabajo de Grado de Maestría). Universidad de Oviedo, Oviedo, España.
- Mathersul, D., McDonald, S. & Rushby, J. A. (2013). Understanding advanced theory of mind and empathy in high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 35(6), 655-668. DOI: 10.1080/13803395.2013.809700
- Mestre-Escrivá, V., Frías-Navarro, M.D. & Samper-García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Índice de Reactividad Interpersonal. *Psicothema*, 16 (2), 255-260. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1191.pdf>
- Miller-Wilson, Kate (2012) Different Levels of Autism [Grupo de noticias en la web]. Recuperado de http://autism.lovetoknow.com/Different_Levels_of_Autism.
- Moreno de Ibarra, M. (2005). Conceptualización Neuropsicobiológica del Espectro Autista. Analogías del Comportamiento, *Boletín de la Escuela d Psicología de la UCAB*, 8, 37-78.

- Moya-Albiol, L., Herrero, N., & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*, 50(2), 89-100.
- Papalia, D. E., Wendkos-Olds, S. & Duskin-Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano* (11ma. ed.). México, D.F.: The McGraw-Hill Companies.
- Pérez-Tejada, H. E. (2009) Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud (3era ed.). México D.F., México: Cengage Learning.
- Pérez-Albéniz, A., De-Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M.P. & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15 (2), 267-272. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1056.pdf>
- Pichot, P., López-Ibor-Aliño, J. J., & Miyar, M. V. (1995). DSM-IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.(1ra. Ed.) Mexico: Editorial Masson, SA
- Premack, D.& Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(04), 515-526. DOI: 10.1017/S0140525X00076512
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., et al. (2006). The reactive–proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive behavior*, 32(2), 159. DOI: 10.1002/ab.20115
- Richardson, D.S. y Green, L.R. (2003). Defining non direct aggression raises general questions about the definition of aggression. *International Review of Social Psychology*, 16 (3), 5 – 10.
- Rivet, T. T.& Matson, J. L. (2011). Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 957-976. DOI:10.1016/j.rasd.2010.12.003

- Rivière, A. (1999). Lenguaje y autismo. En D. Valdez (Eds), *Autismo, enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación* (pp. 15-42). Buenos Aires, Argentina: Fundec
- Rivière, A., Sotillo, M., Sarriá, E. y Núñez, M. (1994). Metarrepresentación, intensionalidad y verbos de referencia mental: un estudio evolutivo. *Estudios de Psicología*, 51, 23-32.
- Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O. T. & Convit, A. (2007). Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(4), 709-715. DOI: 10.1007/s10803-006-0197-8.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. New York, USA: Guilford Press.
- Ruggieri VL.(2013) Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista Neurol*, 56 (Supl 1), S13-21.
- Rutter, G., y Schopler, E. (1978) *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*. Nueva York, USA: Plenum Press
- Ryan, J.B., Hughes, E.,Katsiyannis, A., McDaniel, M. & Sprinkle, C. (2014).Research-based educational practices for students with autism spectrum disorders.*TeachingExceptionalChildren*, 47 (2), 94 –102.DOI: 10.1177/0040059914553207
- Sandison, R. (2016). *A Parent's Guide to Autism: Practical Advice. Biblical Wisdom*. USA:. Charisma Media.
- Santalla de Banderali, Z., Pérez de Antelo, A.G., Colmenares, C., D'Aubeterre-López, M. G.; González, M., Pocaterra, M., et al. (2011). *Introducción a la metodología de la investigación en psicología*. Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.

- Schwenck, C., Mergenthaler, J., Keller, K., Zech, J., Salehi, S., Taurines, R., et al. (2012). Empathy in children with autism and conduct disorder: group-specific profiles and developmental aspects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (6), 651–659. DOI:10.1017/S0033291714002487
- Senland, A. K.& Higgins-D'Alessandro, A. (2013). Moral reasoning and empathy in adolescents with autism spectrum disorder: implications for moral education. *Journal of Moral Education*, 42(2), 209-223. DOI: 10.1080/03057240.2012.752721
- Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Yaniv, S. & Aharon-Peretz, J. (2002). Empathy deficits in Asperger syndrome: a cognitive profile [Abstract]. *Neurocase*, 8(2), 245-252. DOI: 10.1093/neucas/8.3.245.
- Shattuck, P. T., Orsmond, G. I., Wagner, M. & Cooper, B. P. (2011). Participation in social activities among adolescents with an autism spectrum disorder. *PLoS One*, 6(11), e27176. DOI: 10.1371/journal.pone.0027176
- Shechtman, Z. (2002). Cognitive and affective empathy in aggressive boys: Implications for counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 24(4), 211-222. DOI: 10.1023/A:1023316712331
- Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *Psychological Record*, 56(1), 3. DOI:10.1177/1073191115599055
- Tirapu-Ustárroza, J., Pérez-Sayesa, G., Erekatxo-Bilbaoa, M.&Pelegrín-Valerob, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente?. *RevNeurol*, 44(8), 479-489. DOI:10.5579/rnl.2012.0108
- Tsiouris, J. A., Kim, S. Y., Brown, W. T.& Cohen, I. L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: a large-scale survey. *Journal of*

Intellectual Disability Research, 55(7), 636-649. DOI: 10.1111/J.1365-2788.2011.01418.X

Universidad Católica Andrés Bello (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología* (1ra ed). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

Vivanti, G., & Pagetti, D. (2013). New criteria for diagnosing autism under the DSM-5. *Autism-Europe*, (60), 8-10.

Merrill, A. (2013, Abril 15). Ansiedad y Trastornos del Espectro del Autismo. [Grupo de noticias en la web]. Recuperado de <http://autismodiario.org/2013/04/15/ansiedad-y-trastornos-del-espectro-del-autismo/>

Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, España: Prentice Hall.

Yeo, L. S., Ang, R. P., Loh, S., Fu, K. J. & Karre, J. K. (2011). The role of affective and cognitive empathy in physical, verbal, and indirect aggression of a Singaporean sample of boys. *The Journal of psychology*, 145(4), 313-330. DOI: 10.1080/00223980.2011.568986

Yirmiya, N., Sigman, M.D., Kasari, C. & Mundy, P. (1992). Empathy and cognition in high-functioning children with autism. *Child Development*, 63, 150-160. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1992.tb03603.x

ANEXO A

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

Apellidos y Nombre _____
 Edad _____
 Curso _____
 Sexo: V () M ()

Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo te describe eligiendo la puntuación de 1 a 5 (1= No me describe bien; 2= me describe un poco; 3= me describe bastante bien; 4= me describe bien y 5= me describe muy bien). Cuando hayas elegido tu respuesta, marca con una cruz la casilla correspondiente.

Lee cada frase cuidadosamente antes de responder. Contesta honestamente. GRACIAS.

	1	2	3	4	5
1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder					
2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo					
3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona					
4. A veces no me siento muy preocupado por otras personas cuando tienen problemas					
5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela					
6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo					
7. Soy normalmente objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente					
8. Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión					
9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo					
10. Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva					
11. A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)					
12. Resulta raro para mí implicarme completamente en un buen libro o película					
13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer calmado					
14. Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho					
15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás					
16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes					
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto					
18. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él					
19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de emergencias					
20. A menudo estoy bastante afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren					
21. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes					
22. Me describiría como una persona bastante sensible					
23. Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente situarme en el lugar del protagonista					
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias					
25. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento					
26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí					
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo					
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar					

ANEXO B

Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva (RPQ) para niños y adolescentes

Cuestionario de agresión reactiva y proactiva en adolescentes

En algunas ocasiones, la mayoría de nosotros nos sentimos enfadados o hemos hecho cosas que no deberíamos haber hecho. Señala con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes cuestiones. No pases mucho tiempo pensando las respuestas, sólo señala lo primero que hayas pensado al leer la cuestión.

¿Con qué frecuencia?	nunca	a veces	a menudo
1. Has gritado a otros cuando te han irritado.			
2. Has tenido peleas con otros para mostrar quién era superior			
3. Has reaccionado furiosamente cuando te han provocado otros			
4. Has cogido cosas de otros compañeros sin pedir permiso			
5. Te has enfadado cuando estabas frustrado.			
6. Has destrozado algo para divertirte			
7. Has tenido momentos de rabietas			
8. Has dañado cosas porque te sentías enfurecido			
9. Has participado en peleas de pandillas para sentirte «guay»			
10. Has dañado a otros para ganar en algún juego			
11. Te has enfadado o enfurecido cuando no te sales con la tuya			
12. Has usado la fuerza física para conseguir que otros hagan lo que quieres			
13. Te has enfadado o enfurecido cuando has perdido en un juego			
14. Te has enfadado cuando otros te han amenazado			
15. Has usado la fuerza para obtener dinero o cosas de otros			
16. Te has sentido bien después de pegar o gritar a alguien			
17. Has amenazado o intimidado a alguien			
18. Has hecho llamadas obscenas para divertirte			
19. Has pegado a otros para defenderte			
20. Has conseguido convencer a otros para ponerse en contra de alguien			
21. Has llevado un arma para usarla en una pelea			
22. Te has enfurecido o has llegado a pegar a alguien al verte ridiculizado			
23. Has gritado a otros para aprovecharte de ellos			

ANEXO C

Luria-DNA

LURIA-DNA

DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE ADULTOS

Nombre: _____

Edad: Sexo: V M Lateralidad manual: Diestro Zurdo Ambidextro

Años de educación: _____

Ocupación o profesión: _____

Convivencia familiar: _____

Examinador y lugar de aplicación: _____

Fecha de aplicación: _____

PUNTUACIONES EN LA BATERÍA LURIA-DNA

			Puntos posibles	Punt. directa	Punt. típica	Vacil. I - A - T
ÁREA VISOESPACIAL	1	Percepción visual (ítems 1-8)	16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2	Orientación espacial (ítems 9-16)	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁREA DEL LENGUAJE ORAL	3	Habla receptiva (ítems 22-31)	31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4	Habla expresiva (ítems 32-41)	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁREA DE LA MEMORIA	5	Memoria inmediata (ítems 42-55)	42	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	6	Memorización lógica (ítems 56-62)	24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁREA INTELLECTUAL	7	Dibujos temáticos (ítems 63-70)	23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	8	Actividad conceptual (ítems 71-81)	27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRUEBA DE ATENCIÓN		Control atencional (ítems 17-21)	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUNTUACIÓN TOTAL				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Autores: Donisio Mangs y Francisco Ramos.
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID - Printed in Spain. Impreso en España

ÁREA INTELECTUAL

Subtest 7. Dibujos temáticos y textos

- 63 **N 14-18** Estos dibujos que le enseño cuentan una historia, pero están desordenados. Trate de ponerlos en el orden apropiado lo más rápidamente que pueda y, cuando haya terminado, dígame.
- Se colocan las 5 tarjetas N 14-18, de izquierda a derecha del sujeto, en una serie desordenada: 6/8/4/7/5 (*). Puntuación: El orden correcto logrado en los 20 segundos iniciales, una vez presentada la serie desordenada, puntúa dos puntos. Si ese orden correcto se consigue entre los 21 y 40 segundos, puntúa 1 punto. Llegados los 40 segundos sin la solución correcta, se interrumpe la prueba y la puntuación será cero. Si el sujeto comete espontáneamente su error de orden dentro del tiempo, se admite, pero se anota como «Vacilación».
- Orden de las tarjetas:
- Tiempo invertido: 1 - 10" 11 - 20" 21 - 40"
- La ejecución correcta dentro de los 10 primeros segundos será primada con 1 punto. Así, en ese tiempo se pueden obtener 3 puntos en total.
- (*) Esta numeración se marcará a lápiz en la parte posterior de las tarjetas, Punt.
y corresponderá al orden correcto de 14 - 15 - 16 - 17 - 18. Vacil.
- 64 **N 20-21** Cuénteme lo que pasa en estos dibujos.
- La tarjeta N 20 se muestra en zona superior y la N 21 en zona inferior; ambas puestas a la vista, comienza a contar el tiempo. Puntuación: La máxima puntuación son 3 puntos, si la historia es contada correctamente, y completa, en 30 segundos. Si esto ocurriera en los 40 segundos iniciales, se conceden dos puntos.
- Explicación correcta: N 20 N 21 Tiempo: 1-30" 31-40"
- Si pasados los 40 segundos no ha puntuado, se le pregunta por la significación del círculo negro de la 1ª viñeta de N 20. En caso de contestar correctamente, se concederá al ítem un solo punto. Punt.
Vacil.
- 65 **N 22-23** Cuénteme lo que pasa en estos otros dibujos.
- Las instrucciones, con N 22 y N 23, son como en el ítem anterior. Para la puntuación, sólo cambia el tiempo para la obtención de los 3 posibles puntos.
- Explicación correcta: N 22 N 23 Tiempo: 1-20" 21-30" Punt.
Vacil.
- 66 **J 30** Voy a leerle una historia. Ponga mucha atención, porque después le preguntaré algunas cosas de ella. Se lee J 30 (*). A continuación se hacen las 4 preguntas; para cada respuesta sólo se darán 10 segundos.
- Pedro, que tiene siete años, fue ayer al río a pescar. Se llevó con él a su perro Bobi. El río se había desbordado y salido de su cauce por las lluvias. Pedro resbaló y cayó donde el río era profundo. Se habría ahogado si el perro no se hubiera tirado al agua y le hubiera ayudado a llegar a la orilla.**
- ¿A dónde había ido Pedro?
1 punto por la idea central de «ir a pescar al río».
- ¿Cómo estaba aquel día el río?
1 punto por la idea central de «desbordado por las lluvias».
- ¿Qué le pasó a Pedro?
1 punto por la idea central de «resbalar y/o caer al río».
- ¿Qué enseña de bueno esta historia?
1 punto por la idea central de que «el niño no se hubiera salvado sin la ayuda de su perro».
- (*) Se puede leer la historia escrita en este Cuaderno, sin tener que utilizar J 30. Punt.
Vacil.

67 **¿Qué quiere decir la expresión «corazón de piedra»?**
Se obtendrá 1 punto por interpretar la metáfora como de «ser poco sensible a las penalidades ajenas»
Tiempo:

¿Qué quiere decir la expresión «ojo de lince»?
Se obtendrá 1 punto por interpretar la metáfora como de «percibir o darse cuenta de cosas o detalles que para la mayoría pasan desapercibidos».

Punt. Vacil.

68 **¿Qué quiere decir «no es oro todo lo que reluce»?**
1 punto por interpretar que las apariencias engañan).

¿Qué se quiere decir cuando se dice: «No cuentes tus pollos antes de que salgan del cascarón»?
1 punto por la idea de que conviene calcular bien, o estar seguro de lo que se posee, o de las verdaderas posibilidades en la vida.

Punt. Vacil.

69 **N 24-25 ¿Cuál de estas tres explicaciones corresponde al refrán de arriba:**
«Golpea mientras el hierro está caliente»?
Se muestra N 24, y se obtiene un punto si señala la c. a) b) c)

¿Y a este otro refrán: «Agua tranquila, agua profunda»?
Se muestra N 25, y se obtiene un punto si señala la a. a) b) c)

Punt. Vacil.

70 **N 26 Por favor, atienda a lo que le voy a leer. Después le haré algunas preguntas sobre cómo lo ha entendido. Se titula «El león y el zorro». ¡Atención!**
Se lee N 26 a velocidad normal, y con todos los matices entonativos y de buena pronunciación que exige el texto.

El león y el zorro

«Un león se había hecho viejo y ya no podía cazar. Así, pues, decidió vivir a base de artimañas. Se tumbó en su guarida y se hacía el enfermo. Los animales iban a visitarle, pero el león agarraba y se comía a todo aquel que entraba en su guarida. Un día, un zorro se acercó a la entrada de la guarida y preguntó: «¿Cómo estás?»

«No muy bien. ¿Por qué no pasas adentro?»

Entonces el zorro respondió:
«Veo pisadas. Muchos animales han entrado en tu guarida, pero ninguno ha salido».

Al finalizar la lectura se le dice: **A ver si lo ha entendido bien. Dígame:**

¿Cuándo el león se hizo viejo, cómo se las arreglaba para vivir?

1 punto si contesta la idea de «mediante artimañas, engaños, haciéndose el enfermo...».

¿Cómo trataba a los que le visitaban?

1 punto por la idea de «se los comía, se alimentaba de ellos...».

¿Qué dijo el león cuando le vino a ver el zorro?

1 punto por la respuesta que entrara porque no se encontraba bien».

¿Qué respondió el zorro al león?

1 punto por la idea de «haberse dado cuenta de que quien entra a la cueva del león no sale».

Punt. Vacil.

TOTAL DEL SUBTEST 7 (puntos) = (Punt. - Vacil. / 4)

OBSERVACIONES DE REALIZACIÓN DEL SUBTEST 7

ANEXO D

**Institutos, organizaciones y fundaciones especializadas
en los TEA, que atienden adolescentes con TEA.**

Institutos, organizaciones y fundaciones especializadas en los TEA, que atienden adolescentes con TEA.

INSTITUTO	UBICACION	TELEFONO	TEA
Fundación en Autismo Alta Voz - ONG (CEPIA)	Urb. Colina Valle Arriba. Calle C Edif. Autismo en Voz Alta. Caracas. Venezuela	+58.212.2042112 / +58.212.2042471	TA, SA, DA, AL, DAH
Venezolana para niños y adultos AUTISTAS (SOVENIA)SOVENIA	Calle el Huerto/Calle El Mirador, Quinta Elena, La Campiña. Caracas. Venezuela	+58.212.7316342 / +58.212.731.5656	TA, SA, DA, AL, DAH
Centro de Atención Integral para Personas con Autismo (CAIPA)	Lisandro Alvarado. Quinta Al Mar. Santa Mónica. Caracas- Venezuela	+58.2126627837	TA, SA, DA, AL, DAH
Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño. Centro de Evaluación y Tratamiento (INVEDIN)	Final Calle Guaicaipuro, frente a la calle Capure – Quinta INVEDIN. El Marques. Caracas. Venezuela	+58212.2421147 / +58.212.2432582 / +58.212.2432874	TA, SA, DA, AL, DAH
Colegio Sierra Grande	Av. Araure con calle Cuchiveros. Colinas Del Marques. Caracas- Venezuela	+58.212.6361106	TA, SA, DA, AL, DAH
U. E. Patria De Bolívar	Av. Rhahn Edificio Manuelita. Urbanización Santa Mónica. Caracas- Venezuela	+58.212.6902969	TA, DAH, DA, AL, SA,

Nota: Siglas: Síndrome de Asperger (SA), Autismo Leve (AL), Dificultades de Aprendizaje (DA), Parálisis Cerebral (PC), Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH), Trastornos Auditivos (TA).
Elaborado por la autora.

ANEXO E.

Escala IRI de Davis (1980), Confiabilidad Ítem-Escala

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	CorrectedItem- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ag_1	14,0444	72,362	,410	,814
Ag_3	13,7556	74,553	,210	,822
Ag_5	14,3333	70,591	,441	,812
Ag_7	14,5556	75,253	,200	,822
Ag_8	14,6667	73,500	,277	,819
Ag_11	14,1556	69,771	,455	,811
Ag_13	14,5556	69,934	,452	,811
Ag_14	13,8444	72,543	,213	,827
Ag_16	14,5333	67,209	,558	,805
Ag_19	14,1556	67,680	,507	,808
Ag_22	14,5556	67,662	,553	,805
Ag_2	14,5778	68,204	,504	,808
Ag_4	15,2222	77,722	,088	,823
Ag_6	15,2000	76,845	,171	,822
Ag_9	15,0222	70,659	,497	,809
Ag_10	15,2000	74,209	,351	,816
Ag_12	15,1111	73,010	,389	,815
Ag_15	15,2222	74,631	,319	,817
Ag_17	15,0222	73,159	,402	,814
Ag_18	15,1556	72,362	,573	,809
Ag_20	14,9556	72,362	,401	,814
Ag_21	15,2667	75,927	,282	,819
Ag_23	15,2000	76,391	,201	,821

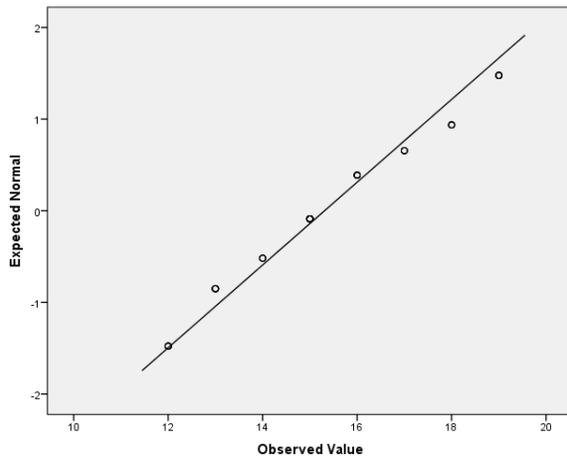
ANEXO F

RPQ de Raine et al. (2006), Confiabilidad Ítem-Escala

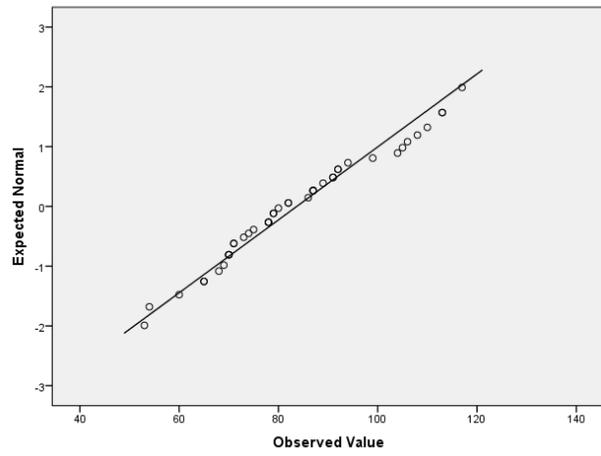
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	CorrectedItem -Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Em_2	80,1522	256,532	,423	,819
Em_4	79,5217	262,833	,334	,823
Em_6	80,0217	261,711	,327	,823
Em_9	79,6957	259,861	,449	,819
Em_10	80,6304	264,060	,301	,824
Em_13	80,9130	275,014	,054	,832
Em_14	80,1739	254,102	,437	,819
Em_17	80,7826	267,774	,190	,828
Em_18	79,6522	263,299	,272	,825
Em_19	79,6304	277,171	,002	,833
Em_20	80,9565	254,220	,485	,817
Em_22	80,0870	253,103	,497	,816
Em_24	81,1957	271,139	,150	,829
Em_27	81,0217	256,377	,453	,818
Em_1	79,8478	259,999	,372	,821
Em_3	80,2391	276,675	,007	,834
Em_5	80,0000	258,444	,369	,821
Em_7	79,8043	264,383	,253	,826
Em_8	80,0652	263,218	,347	,822
Em_11	80,0435	255,065	,486	,817
Em_12	80,1957	263,716	,271	,825
Em_15	80,2391	272,586	,080	,832
Em_16	80,0435	247,065	,600	,812
Em_21	80,2826	257,807	,395	,820
Em_23	80,1304	262,027	,328	,823
Em_25	81,0652	251,396	,574	,814
Em_26	80,0435	244,620	,647	,810
Em_28	80,4348	250,829	,546	,814

ANEXO G.

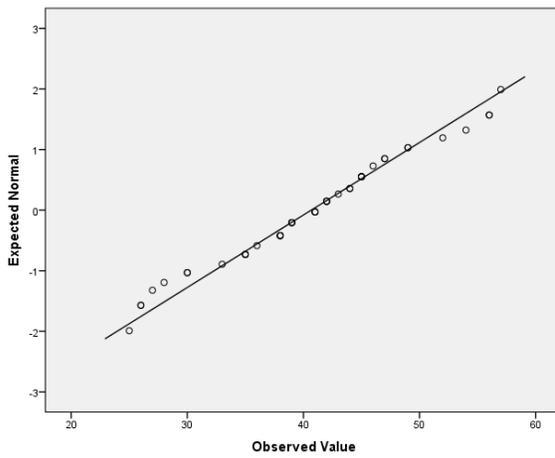
Gráficos Q-Q



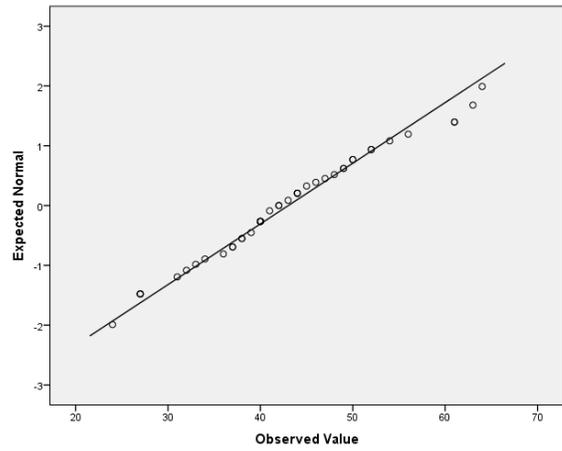
(a) Edad



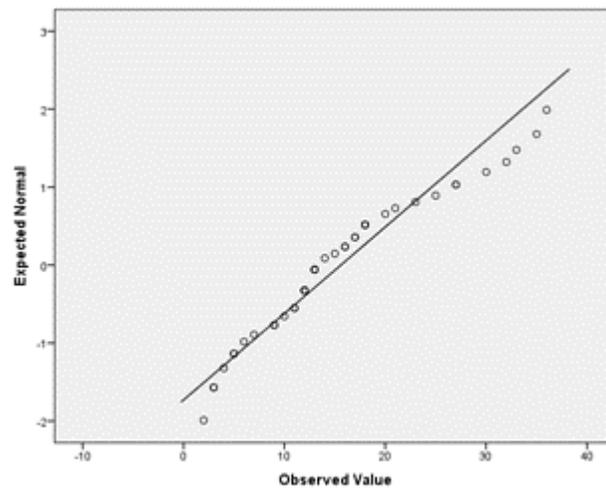
(b) Empatía



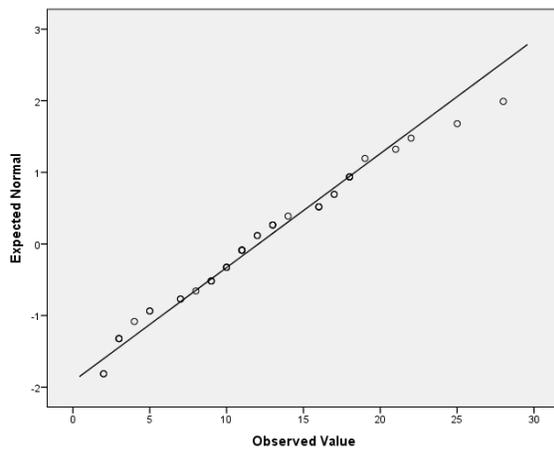
(c) Empatía Afectiva



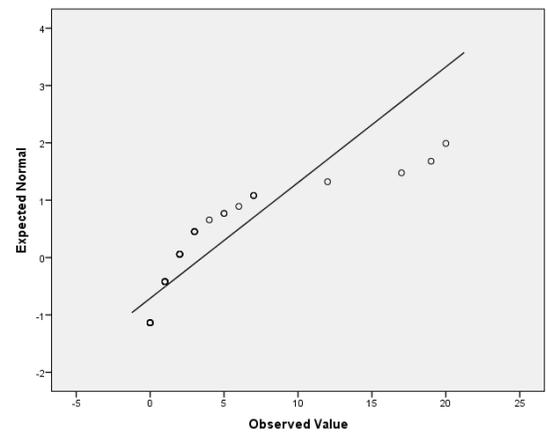
(f) Empatía Cognitiva



(g) agresión



(h) Agresión Reactiva



(i) Agresión Proactiva