



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA

ISBN: 978-958-8399-80-5

¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN SOCIAL Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA?

Autores:

Paula Andrea Montoya Zuluaga
Olber Eduardo Arango Tobón

¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN SOCIAL Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA?

Autores:

Paula Andrea Montoya Zuluaga
Olber Eduardo Arango Tobón

Fundación Universitaria Luis Amigó
Facultad de Psicología y Ciencias Sociales
Grupo de Investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas



RESEÑA

El grupo de investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas de la Fundación Universitaria Luis Amigó, asume como asunto fundamental que los resultados de los diferentes estudios ejecutados al interior de cada una de las líneas de investigación no solo deben ser divulgados a través de artículos científicos (investigación, teóricos, reflexión), cursos de extensión y proyección social y en las cátedras a nivel de pregrado y posgrado, sino que deben utilizarse diversas herramientas de divulgación para que el conocimiento adquirido no solo se socialice en las comunidades académico-científicas, sino que esté al alcance de la sociedad en general, lo que posibilitará el impacto de los hallazgos investigativos en el contexto real. Partiendo de lo anterior, se decide diseñar y publicar la presente cartilla y contemplar en la misma los análisis realizados sobre las características de la Cognición Social en adolescentes infractores con y sin rasgos de trastorno disocial de la conducta. Para ello, además de conceptualizar y mostrar la manera de evaluar cada uno de los constructos (Cognición social y trastorno disocial de la conducta), se identifican y se relacionan la expresión facial emocional, la sensibilidad emocional-social y las características empáticas entre adolescentes infractores con y sin rasgos de trastorno disocial de la conducta, lo que permite conocer no solo la relación existente entre ambas dimensiones, sino que posibilita evaluar las herramientas que hasta el momento se han utilizado en la población que presenta características disociales, como las que deben surgir para mantener conductas prosociales en la población adolescente.

155.5134 M798

Montoya Zuluaga, Paula Andrea

¿Cómo es la relación entre cognición social y trastorno disocial de la conducta? [recurso electrónico] / Paula Andrea Montoya Zuluaga, Olber Eduardo Arango Tobón . -- Medellín : Fundación Universitaria Luis Amigó, 2015

96 p.

Incluye bibliografía

CONDUCTA (PSICOLOGÍA); NEUROCIENCIA COGNITIVA; MENTE - CEREBRO; COGNICIÓN SOCIAL; TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA ; Arango Tobón, Olber Eduardo.

¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN SOCIAL Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA?

© Fundación Universitaria Luis Amigó

Transversal 51A 67 B 90. Medellín, Antioquia, Colombia

Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711. Departamento de Fondo Editorial)

www.funlam.edu.co - fondoeditorial@funlam.edu.co

ISBN: 978-958-8399-80-5

Fecha de edición: 9 de febrero de 2015

Autores: Paula Andrea Montoya Zuluaga
Olber Eduardo Arango Tobón

Corrección de estilo: Rodrigo Gómez Rojas

Diagramación y diseño: Arbey David Zuluaga Yarce

Edición: Departamento Fondo Editorial Funlam

Jefe Departamento Fondo Editorial: Carolina Orrego Moscoso

Hecho en Colombia / Made in Colombia

Texto resultado de la investigación "Cognición Social en jóvenes infractores y no infractores con y sin rasgos de Trastorno Disocial de la Conducta". Financiación realizada por la Fundación Universitaria Luis Amigó y el Centro de Investigaciones de la Provincia de los Religiosos Terciarios Capuchinos.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en esta cartilla, así como del respeto a los derechos de autor; por lo tanto, no compromete en ningún sentido a la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin autorización escrita de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a la Fundación Universitaria Luis Amigó, que posibilitó el apoyo financiero y el recurso humano; a los jóvenes pertenecientes a las diferentes instituciones educativas y de reeducación de los Religiosos Terciarios Capuchinos por su voluntaria participación; a la Provincia San José de la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos; al Coordinador de Investigaciones de la Provincia San José; a los Coordinadores de cada una de las instituciones participantes; a los estudiantes de la Especialización en Gestión Educativa que decidieron realizar un ejercicio investigativo participando de esta investigación; a los estudiantes del semillero Neuro y Psicología que decidieron aprender a investigar aportando al trabajo de campo, a la realización de la base de datos y dando apoyo al grupo de investigación en la construcción de esta cartilla; al grupo de investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas porque su línea de cognición social fue quien realizó esta importante propuesta de investigación; y a toda la comunidad universitaria y sociedad en general, porque con la lectura de esta cartilla está posibilitando dar a conocer los resultados de la investigación... y de alguna manera, viabiliza entregar herramientas para la intervención con los jóvenes infractores.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN

SECCIÓN 1. APRENDIENDO DE COGNICIÓN SOCIAL Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA	9
Generalidades conceptuales de la cognición social (CS) y el trastorno disocial de la conducta (TDC)	9
<i>Cognición social (CS)</i>	9
<i>Trastorno disocial de la conducta (TDC)</i>	12
<i>¿Por qué una persona puede presentar características disociales?</i>	13
SECCIÓN 2. RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN SOCIAL (CS) Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)	16
Reflexionemos	19
SECCIÓN 3. HALLAZGOS DEL ESTUDIO	21
Cognición social (CS) en jóvenes con y sin características de trastorno disocial de la conducta (TDC) participantes en el estudio	21
<i>Características sociodemográficas</i>	21
<i>Características de trastorno disocial de la conducta (TDC)</i>	22
<i>Coefficiente intelectual (CI)</i>	22
<i>Componentes de la cognición social</i>	23
<i>La empatía</i>	23
<i>Juicio social de rostros</i>	24
<i>Teoría de la mente</i>	24

SECCIÓN 4. FORMA DE RECONOCER PROBLEMAS DE COGNICIÓN SOCIAL (CS) Y PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)	26
¿Cómo reconocer que una persona tiene características de TDC?	26
¿Cómo calificarlo?	30
¿Cómo interpretar los resultados?	30
Evaluación dimensiones de la Cognición Social(CS)	30
Metida de pata o Faux Pas (Baron-Cohen, O'Rioldan, Stone, Jones & Plaisted, 1999)	30
¿Cómo se aplica?	31
¿Cómo se califica?	42
¿Cómo se interpretan los resultados?	43
Test de las miradas	43
¿Cómo se aplica?	44
¿Cómo se califica?	83
¿Cómo se interpretan los resultados?	84
Índice de Reactividad Interpersonal-IRI	84
¿Cómo se aplica?	84
¿Cómo se califica?	86
¿Cómo se interpretan los resultados?	86
Nota final	87
 SECCIÓN 5. EVALUANDO LOS APRENDIZAJES	88
Y ahora ¿qué tanto sabe sobre CS y TDC?	88

REFERENCIAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Circuitos de la región prefrontal	11
---	----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Puntuaciones en dimensiones del IRI en el grupo de adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC	23
Tabla 2: Puntuaciones Test de las Miradas en el grupo de adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC	24
Tabla 3: Puntuaciones Test Metida de Patas o Faux Pas en el grupo de adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC	25

Tabla 4: Módulo P MINI-Kids Trastorno Disocial (de la Conducta)	28
Tabla 5: Historias del Faux Pas o Test de Metidas de pata	32
Tabla 6: Respuestas correctas ítems que involucran metida de patas del Test Metidas de pata o Faux Pas	42
Tabla 7: Respuestas ítems que involucran no metida de patas, del Test Metidas de pata o Faux Pas	42
Tabla 8: Fotografías Test Lectura de las miradas	44
Tabla 9: Hoja de respuestas Test Lectura de las miradas	82
Tabla 10: Respuestas correctas Test Lectura de las miradas	83
Tabla 11: Índice De Reactividad Interpersonal (IRI)	85
Tabla 12: Ítems que evalúan las 4 dimensiones de la empatía en el IRI	86
Tabla 13: Puntuaciones medias (Davis, 1980) de las dimensiones de la Empatía evaluadas mediante el IRI	87

PRESENTACIÓN

Para dar respuesta a cómo es la relación entre cognición social (CS) y trastorno disocial de la conducta (TDC), el grupo de investigación, Neurociencias Básicas y Aplicadas (NBA), línea de investigación Cognición Social, de la Fundación Universitaria Luis Amigó y el Centro de Investigación de la Provincia de los Religiosos Terciarios Capuchinos, realizaron un estudio desde el enfoque empírico-analítico (comúnmente llamado investigación cuantitativa) y examinaron las características de la CS en adolescentes infractores con y sin rasgos de TDC, que pertenecían a diferentes instituciones de la Congregación de Terciarios Capuchinos, que tienen por objeto social brindar educación básica, secundaria y media, los cuales conformaron el grupo control, es decir, se asumió que quienes estaban en este tipo de instituciones, no presentarían características de un TDC y que, por lo tanto, tendrían un funcionamiento de la CS, clínica y estadísticamente diferente a los que pertenecen a las llamadas instituciones de reeducación y que constituían el grupo caso. El objeto social de las últimas instituciones mencionadas es realizar las intervenciones interdisciplinarias requeridas para aquellos adolescentes infractores y que han sido privados de la libertad por la gravedad de sus conductas.

Se evaluaron en los adolescentes tanto del grupo caso, como del grupo control, aquellos atributos que señalarían dominios de la CS. Se realizó una aproximación a identificar si poseían capacidad para reconocer las emociones de otras personas, para hacer lectura de las señales sociales y para entender y vivenciar las emociones displacenteras de los otros. Ello se realizó puesto que se asume que una de las condiciones, probablemente explicativas, para que un adolescente deje entrever conductas disruptivas, es precisamente la ausencia de estas características. Se planteó entonces la hipótesis de la existencia de limitaciones y déficits en los adolescentes infractores con rasgos de TDC, relativos a la identificación de las conductas previamente descritas.

Los hallazgos de esta investigación se divulgan en la presente cartilla, la cual es de fácil acceso y entendimiento no solo para los profesionales de las Ciencias Sociales, Humanas y de la Salud que requieran de dicho conocimiento, sino para los padres de familia y todas aquellas personas que deseen conocer y aproximarse a la explicación de este tipo de fenómenos, que son más comunes de lo que habitualmente creemos.

La intencionalidad, además de divulgar a la comunidad en general los resultados y conclusiones, es generar espacios de reflexión propiamente terapéutica, que posibiliten el diseño de planes de intervención interdisciplinaria en cada una de las instituciones de reeducación, así como la creación de proyectos en las instituciones educativas que aminoren el riesgo para la presentación de conductas disruptivas, que pudieran llegar a constituir un verdadero problema de conducta, habitualmente definido, como TDC.

La cartilla está organizada en cinco (5) secciones:

Sección 1. Aprendiendo de cognición social y trastorno disocial de la conducta.

Sección 2. Relación entre cognición social y trastorno disocial de la conducta.

Sección 3. Hallazgos del estudio.

Sección 4. Forma de reconocer problemas en la cognición social (CS) y presencia de características de un trastorno disocial de la conducta (TDC).

Sección 5. Evaluando los aprendizajes.

SECCIÓN 1.

APRENDIENDO DE COGNICIÓN SOCIAL Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA

Generalidades conceptuales de la cognición social (CS) y el trastorno disocial de la conducta (TDC)

Cognición social (CS)

Para que sea posible comprender el término de CS, se requiere contextualizarlo dentro de la denominada Neurociencia Social, en la cual confluyen disciplinas como la Clínica, Psicología Social, Ciencias Cognitivas, Neurociencia Afectiva (Fernández-Duque, 2008), que tratan de explicar cómo la información social se procesa mediante similares (Fernández-Duque y Bair, 2005) o diferentes (Duchaine, Cosmides y Tooby, 2001) mecanismos cognitivos, sensoriales y emocionales a los requeridos para el procesamiento de la información no social.

Al hablar de Neurociencia, el lector debe ubicarse en las posiciones teóricas que asumen un funcionamiento cognitivo coherente con la organización cerebral, es decir, existe una estrecha relación entre cerebro y conducta. Lo que una persona finalmente termina dejando entrever a nivel conductual (conducta social), no es más que el resultado de un funcionamiento psíquico superior. Es así que la conducta social termina siendo el resultado de lo que acá se denomina CS.

La conducta social es la habilidad de reconocer, manipular y conducirse con relación a una información social relevante, es una conducta en respuesta a los otros individuos de la misma especie. La CS, por su parte, se refiere a los procesos cognitivos que subyacen a la conducta, en respuesta a los otros individuos

de la misma especie; es la habilidad para construir representaciones de las relaciones entre uno mismo y los otros y usar estas representaciones en forma flexible, para guiar nuestras conductas (Butman, Abel y Allegri, 2003; Abel, Stein, Galarregui, Garetto, Mangone, Genovese, Allegri y Sica, 2007; Fernandes y Roberts, 2014).

Dicho de esta manera, la CS debe entenderse como un proceso que posibilita que los seres humanos identifiquemos y realicemos lecturas de los signos sociales y respondamos coherentemente con dicha información (Butman et al., 2003). Para que ello sea posible, será importante la participación de varios circuitos cerebrales, en especial el orbitofrontal (Fernández-Duque, 2008), cuya dinámica estará relacionada con la manera cómo una persona enfrenta y resuelve situaciones de la cotidianidad y la capacidad que tiene de interpretar y utilizar la información social para manifestar conductas sociales.

Es probable que en este punto el lector se esté preguntando sobre qué factores pudieran facilitar o imposibilitar un funcionamiento de la CS que evidencie la específica conducta social. Existen varios factores dentro de la etiología del daño cerebral que serían una explicación para que algunas personas presenten conductas sociales indicadoras de disfunciones en la CS, pero también existen factores del neurodesarrollo que explicarían este funcionamiento.

Aunque, el interés de esta cartilla no está centrado en hacer una compilación sobre aquellos factores del neuro/desarrollo que pudieran facilitar o entorpecer el proceso de la CS (si el lector desea ahondar sobre este asunto, podrá consultar, por ejemplo, a Wellman, Cross y Watson, 2001; Wilde, Astington y Barriault, 2001), sí se enfatiza en que las prácticas disciplinarias cumplen un rol necesario, más no suficiente, para el funcionamiento de la CS, toda vez que las mismas vayan en vía de propiciar retardo a la gratificación, desarrollos en el autosistema de la autorregulación y competencia social (Arce, Fariña y Vázquez, 2011; Littler, Henrich, Jones & Hawley, 2003; Fernandes et al., 2014), que indiscutiblemente son fundamentales desde el inicio del desarrollo humano, cuando se asumen las estrategias de las personas significativas, al momento de enfrentar situaciones sociales, que sin lugar a dudas, evidencian el funcionamiento de la CS. Estos factores netamente ambientales, terminan posibilitando desarrollos neurológicos importantes que aseguran conductas sociales.

En el caso de los adolescentes que desarrollan un TDC, es frecuente encontrar la ausencia de los factores ambientales mencionados, lo que termina posibilitando que dejen entrever conductas sociales relacionadas con un funcionamiento anómalo de la CS (Arce et al., 2011; Littler et al., 2003; Fernandes et al., 2014).

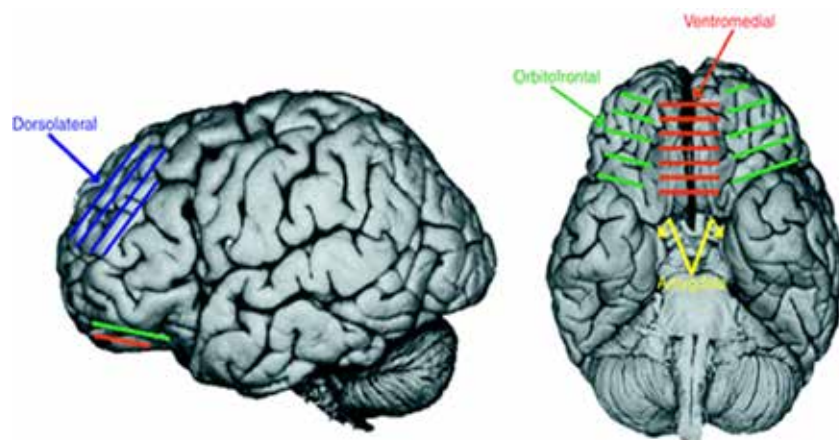
Hasta el momento, se puede concluir que la CS es un constructo con múltiples dimensiones o componentes. Involucra la forma en la cual nos relacionamos con los demás, usamos la información que inferimos de los otros para planear nuestras propias conductas y cogniciones y a partir de ahí, establecemos relaciones

interpersonales. Al ser un constructo con múltiples componentes asumimos que el procesamiento de la información social va a estar influenciado por las cogniciones, motivaciones y emociones; por lo tanto, la CS será el resultado de la percepción social y se evidenciará por medio de la conducta social (Butman y Allegri, 2001).

Desde la Neurociencia Social se destacan los siguientes componentes de la CS:

1. Juicio social de rostros: es el reconocimiento de las emociones desde la expresión facial. Neuroanatómicamente la amígdala cumple un papel importante para procesar las emociones negativas y los estímulos potencialmente peligrosos.
2. Simulación y empatía: es la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar los sentimientos, pensamientos y experiencias de otros, sin que estos hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita (Jiménez-Cortés, Pelegrín-Valero, Tirapu-Ustárrroz, Guallart-Balet, Benabarre-Ciria, Olivera-Pueyo, 2012). Se requiere de la simulación para lograr juzgar lo que otros sienten, simular las emociones del otro en uno mismo, posibilita entenderlas (Blair, 2003). Adolphs (1999) por su parte reconfirma que la corteza somatosensorial derecha cumple un papel importante para los procesos de simulación y empatía.
3. Toma de decisiones y Teoría de la mente: antes de entrar a puntualizar ambos componentes, es importante comprender desde las Neurociencias las bases neurológicas de la conducta social. Aún reconociendo que esta depende de varias regiones cerebrales, una de las más estudiadas y a la cual se le atribuyen responsabilidades específicas en la toma de decisiones y en la teoría de la mente, es la llamada región prefrontal, la cual se divide en tres (3) importantes circuitos, cada uno con responsabilidades específicas (ver figura 1).

Figura 1. Circuitos de la región prefrontal



Imágenes tomadas de <http://thebrain.mcgill.ca>

Al circuito orbitofrontal se le responsabiliza de la capacidad que tenga el sujeto de adherirse a las normas sociales en el diario vivir. Una persona con compromisos en este circuito, no presenta dificultades en entender las normas sociales (habilidad que está relacionada con el circuito dorsolateral), sino que no se adhiere a ellas porque tiene un déficit emocional.

Para experimentar emociones negativas porque nuestra conducta ha de ser desaprobada, se requiere atribuir pensamientos a otras personas; precisamente esto es lo que no logran las personas que tienen características de un TDC. Blair (2003) afirma que las personas con características delincuenciales, frente a las emociones negativas de los otros no logran desencadenar una respuesta autonómica normal (el circuito orbitofrontal es el que guía la conducta social), presentando dificultad para distinguir entre reglas convencionales de conducta y reglas morales. Esta explicación de Blair (2003) no es más que lo advertido por Damasio (1996), quien explica que las situaciones de aversión desencadenan respuestas fisiológicas que están reguladas por el circuito orbitofrontal y se utiliza esa respuesta fisiológica para guiar la conducta (Teoría de la señal somática).

La capacidad que se tenga de explicar un comportamiento realizado por otro a partir de las inferencias que podamos realizar de lo que pase por su mente (deseos, creencias e intenciones) es lo que se conoce como teoría de la mente. Por otro lado, cuando hablamos de toma de decisiones, estamos refiriéndonos a la capacidad que tenemos de seleccionar una opción de respuesta; para lograrlo debemos razonar y juzgar, dos asuntos que inicialmente están conectados con la señal somática. Para decidir, se supone que se tiene conocimiento de la situación, de las opciones de respuesta y de las consecuencias que cada una de estas traerá en un futuro inmediato o posterior (Damasio, 1994). Ambos componentes de la CS se ven facilitados por el funcionamiento del circuito orbitofrontal.

En resumen, la CS juega un papel fundamental en el desarrollo de relaciones sanas que generan confianza y empatía en los grupos sociales. Es una de las claves fundamentales para que en la sociedad se evidencie el establecimiento de convivencias sanas y pacíficas que permitan compartir afectos. El tener comprensión de los sentimientos del otro, nos ayuda a desarrollar conductas pro sociales y altruistas (Ruggeri, 2013).

Trastorno disocial de la conducta (TDC)

Hacer referencia al TDC, es aludir a un trastorno de conducta, con sintomatología suficiente como para definir que estas conductas provocan un deterioro significativo en los ambientes escolar, familiar y social (Caballo y Simon, 2002). Este tipo de conductas antisociales son los problemas más habituales presentados en la niñez y la adolescencia; por ejemplo Wells & Forehand (1985) encontraron que del 33 al 75% de los casos por asistencia clínica, fueron por conductas disociales.

Según el DSM-IV-TR (2001), el TDC no sería el único trastorno en esta categoría; están además el trastorno oposicionista-desafiante y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en cualquiera de sus tres (3) subtipos (inatento, combinado, hiperactivo-impulsivo).

Wicks-Nelson y Israel (1999), así como Mizock y Harkins (2011) han considerado que los trastornos de conducta tienen una trayectoria evolutiva interesante y preocupante; estiman así que un trastorno oposicionista desafiante no diagnosticado e intervenido a tiempo, puede llegar a evolucionar a un TDC. Eso significa que una conducta de oposición al cumplimiento de la norma y a seguir las instrucciones de la autoridad, fácilmente puede evolucionar a conductas atípicas indicadoras de inadaptación hacia el entorno, como serias peleas físicas con gente familiar o no familiar, destrucción de bienes propios o privados, enfrentamiento o ataque a una persona con armas, y otras conductas indicadoras de vandalismo.

Los adolescentes con TDC, presentan bajo rendimiento académico; sus profesores se quejan constantemente de las conductas que presentan dentro del aula de clase, como agredir a sus compañeros o iniciar desorden; en el ambiente familiar, desobedecen las órdenes de sus padres o los engañan para obtener lo que consideran necesitan; dentro de su entorno social, cometen actos vandálicos como robos en propiedades o atracos enfrentándose con la víctima.

Es más común que el TDC se presente en hombres (6-16%) que en mujeres (2-9%). No obstante, cuando aparece, las conductas manifiestas serán diferentes dependiendo del género; mientras que los hombres roban, pelean y muestran conductas de vandalismo, las mujeres tienden a mentir, faltar a clase, escaparse, abusar de sustancias psicoactivas y prostituirse (Caballo y Simon, 2001).

¿Por qué una persona puede presentar características disociales?

Existe una multifactorialidad (Murray y Farrington, 2010; Hill, 2002) que explicaría el desarrollo de características disociales. En la presente cartilla se destaca que uno de los factores más importantes que justifica la manifestación de dichas características es la ausencia de CS, asunto que pudiera entenderse por la presencia de factores ambientales que resultan ser similares a aquellos que facilitan la presencia de características disociales.

Según Caballo y Simon (2001), los niños que desarrollan precozmente conductas disociales (antes de los 6 años) tienen mayor riesgo de manifestar conductas antisociales cuando lleguen a la edad adulta, que aquellos que las presentan cuando son adolescentes. Adicionalmente, una historia paterna de conductas antisociales, facilitará la aparición de un TDC (Kazdin, 1995), así, la interacción entre factores genéticos y ambientales, es responsable de la variabilidad en la agresividad y del trastorno de conducta (Gallardo-Pujol, Forero, Mayden-Olivares y Andrés-Pueyo, 2009; Andújar-Martínez, 2011). Se reitera que las prácticas dis-

ciplinarias cumplen un papel importante, en tanto posibilitan no solo el retardo a la gratificación, sino el desarrollo de la autorregulación; y se esperaría que las características parentales tuvieran una relación directa con los estilos de crianza (González, Bakker y Rubiales, 2014; Sanabria y Uribe, 2010).

Entre los factores ambientales se encuentran los ecológicos (Wicks y Israel 1999), como por ejemplo la interacción con una comunidad violenta. Es así, que las conductas violentas aparecen de forma reactiva, es decir, como una respuesta defensiva a las agresiones del medio, donde la práctica y el refuerzo positivo del entorno terminan facilitando procesos atribucionales (Gómez Botero, Arango Tobón, Molina González, y Barceló, 2010), lo que desencadena la repetición de conductas delincuenciales en una generalidad de situaciones sociales y contextos (Sanabria et al., 2010).

Otro factor ambiental que facilitaría la aparición de conductas disociales serían las situaciones de maltrato en el ambiente familiar y el desarrollo de apegos inadecuados. Sanz Rodríguez, Gómez García de la Pedrosa, Almendro Marín, Rodríguez Campos, Izquierdo Núñez, y Sánchez del Hoyo (2009), y Baker (2013) afirman que las personas expuestas a estas situaciones y vivencias familiares, tendrían menos capacidad para identificar emociones en el otro y tener un desarrollo social esperado, pues son incapaces de mentalizar o intencionar (Frith, C. D. y Frith, U., 2006) un comportamiento, o lo que es igual, tener una teoría de la mente.

Por su parte, Teichner y Golden (2000) afirman que los jóvenes infractores manifiestan déficit en las habilidades cognitivas, lo que se evidencia en la pobre formación conceptual, razonamiento abstracto, flexibilidad cognitiva, dificultades de planeación y programación de metas.

Se ha encontrado que algunos adolescentes con TDC presentan una capacidad intelectual baja (Puerta, Martínez-Gómez y Pineda, 2002), lo cual explica parcialmente la relación que establece con su medio social, pues al tener menores habilidades cognitivas, se le imposibilita adelantarse a las consecuencias que sus actos pudieran traer y las conductas no se verían reguladas por un pensamiento, convirtiéndose en primarias e impulsivas. Aunque dicha explicación se relacionaría con la hipótesis de que los adolescentes con TDC tienen problemáticas relacionadas con la toma de decisiones, el factor de capacidad intelectual baja, terminaría explicando tal dificultad. Esto quiere decir que se está dentro de dos posibilidades cuando un adolescente tiene TDC, por un lado, explicaría su conducta el déficit en la toma de decisiones, pero por otro lado, evidentemente diferente, estaría el déficit cognitivo que le imposibilitaría tomar las decisiones adecuadas para la situación y el bienestar social y personal, por lo tanto, en este último caso, estaríamos haciendo alusión a conductas disociales guiadas por asuntos diferentes a la CS.

En resumen, se encuentra un sinnúmero de posibles factores que contribuirían al desarrollo de conductas infractoras y disociales durante la infancia y la adolescencia, factores que son necesarios, pero por sí solos ninguno es suficiente. Algunos autores (Bandura, 1973; Barkley, 1987; Kazdin, 1995; Hill, 2002; Sanabria et al., 2010) plantean una serie de variables que estarían estrechamente relacionadas con la aparición de conductas infractoras en los niños y los adolescentes; entre estas se destacan los factores parentales (educación rígida y punitiva, patrones de disciplina incorrectos, modelos parentales inadecuados, divorcio, el uso de alcohol y drogas al interior de la familia); factores socioculturales (recursos económicos, contexto inmediato como el barrio, falencias en redes de apoyo social); factores psicológicos (baja tolerancia a la frustración, temperamento, características de personalidad, existencia de trastornos mentales) y factores neuropsicológicos. Es de puntualizar, que cuando se hace alusión a los asuntos neuropsicológicos (Miller, 1988) implicados en el desarrollo de conductas disociales, estamos indicando la presencia de dificultades en el funcionamiento de los lóbulos frontales que interfieren con la capacidad para planificar las conductas, leer e interpretar los efectos de sus actos sobre los demás, alteraciones en el ámbito social e interpersonal relacionadas con las limitaciones para procesar efectivamente la información emocional y sus déficits en las capacidades empáticas (Jones, Forster, y Skuse, 2007).

SECCIÓN 2.

RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN SOCIAL (CS) Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)

Existen hallazgos investigativos que explican algunos componentes o dimensiones de la CS en adolescentes infractores, los cuales posibilitan aseverar que la relación entre CS y características disociales de la conducta es evidente. El objetivo en esta sección no es agotar el análisis de dichos hallazgos investigativos, sino realizar un marco general que puntualice y confirme la relación directa entre ambos constructos.

Sería interesante que el lector realice una revisión e identifique el tipo de relación que otros grupos de investigación han encontrado entre CS y TDC. Nótese que es válido hablar de TDC o conductas infractoras, dos categorías que indican la presencia de similares características, pero que no constituyen la misma entidad. Ello indica que no se puede asumir que todos los adolescentes infractores han desarrollado un TDC, pero quienes tengan un TDC, sí tienen conductas infractoras. No sería arriesgado en este punto asegurar que hay más implicaciones clínicas (obviamente por las repercusiones sociales que esto acarrea) cuando se está frente a la presencia de TDC que cuando se trata de conductas infractoras.

En este sentido, Jones et al., (2007) plantean la hipótesis de que los adolescentes infractores tienen pobres desempeños en tareas y ejecuciones relacionadas con la CS. Evaluaron 37 adolescentes (15 jóvenes infractores y 22 no infractores) y les aplicaron una serie de test para medir sus capacidades intelectuales, inteligencia social, el reconocimiento emocional en los otros y sus competencias sociales. Para identificar el coeficiente intelectual se usó la sub-escala de vocabulario del test de inteligencia de Wechsler (Wechsler, 1999); para la inteligencia social se utilizó el test de inteligencia social de Skuse (Skuse, Lawrence & Tang, 2005) el cual contiene una sub-escala para valorar las capacidades de lectura de emociones en los otros e interpretación de intenciones de otras personas (teoría de la mente); y por último, se aplicó el Youth Self-Report (YSR) que proporciona un auto-reporte en cuanto a competencias sociales (Achenbach, 1991).

Los resultados relacionados con la CS evidencian que hay una relación entre la habilidad para reconocer emociones faciales, el coeficiente intelectual verbal y procesos de atención. En la subprueba de lectura de miradas (reconocimiento emocional), en ambos grupos (infractores y no infractores) se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la velocidad en la que reconocían cada emoción; siendo el grupo de jóvenes infractores los que más tardaban en dicho reconocimiento. La evaluación de la teoría de la mente, no muestra diferencias entre los grupos, al menos en cuanto al nivel de intencionalidad o a la adecuación de las palabras para hacer descripciones de situaciones sociales y acciones de otras personas.

Finalmente, se encontraron diferencias significativas entre infractores y no infractores en las subescalas denominadas problemas de pensamiento, delincuencia y agresividad. En el grupo de jóvenes infractores esto sugiere deficiencias en las competencias sociales relativas a resolver problemas de interacción social, con otras personas y con su comunidad.

En otro estudio (Peets, Hodges y Salmivalli, 2010), se plantea que las habilidades en la CS tienen validez predictiva a la hora de determinar problemas en las conductas de los niños y adolescentes vinculadas con la agresión y las relaciones interpersonales. Se trabajó con una muestra de 195 niños (109 niños y 86 niñas) entre 11 y 12 años de edad. Para la evaluación de la CS se usó una adaptación del *Social – Cognitive Assessment Profile –SCAP-* (Hughes, Meehan, y Cavell, 2004), el cual estima la capacidad para el procesamiento de información emocional en niños y adolescentes. Este instrumento mide cuatro dimensiones, a saber: interferencia de hostilidad, construcción de objetivos hostiles, generación de soluciones agresivas y anticipación de resultados positivos de agresión. Los hallazgos muestran que los niños y niñas usan estrategias cognitivas para resolver situaciones sociales mediante conductas agresivas y hostiles y valorando positivamente dichas estrategias como métodos efectivos para lograr objetivos.

En una línea de tendencia más psicopatológica en adultos con trastorno antisocial de la personalidad (TAP), se han encontrado estudios como el planteado por Dolan y Fullam (2004), en el cual se analiza la teoría de la mente como un factor implicado en la patogénesis de la conducta antisocial. En su investigación usaron una muestra de 89 hombres que cumplían criterios clínicos para el TAP (los 89 sujetos fueron clasificados según criterios de psicopatía, con puntaje de corte 18 en check list del DSM IV) y 20 controles (pareados por edad entre 18 y 55 años). Se les aplicó el IRI (Del Inglés: The Interpersonal Reactivity Index, Davis, 1980), que evalúa cuatro dimensiones de la empatía (toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal); el test de falsas creencias; el test de metedura de patas (faux pas) y el test de expresión facial emocional (Baron–Cohen, Jolliffe, Mortimore, y Robertson, 1997). Los resultados de este estudio no mostraron diferencias significativas entre el grupo control y los grupos con TAP relacionadas con las tareas que medían teoría de la mente. No obstante, se pudo corroborar que al interior del grupo con TAP, aquellos que cumplían el criterio de psicopatía obtuvieron peores desempeños en el test de metida de patas. Por otra parte, en el test de expresión emocional, el grupo con trastorno antisocial no psicopático mostró

mayores limitaciones en la tarea de reconocer emociones básicas. Este estudio concluyó que los déficits en la teoría de la mente en estos sujetos están relacionados más con su falta de preocupación por el otro (poca preocupación por los efectos de sus conductas sobre sus víctimas) que con la supuesta incapacidad empática, resultados similares a los encontrados por Jones, Happé, Gilbert, Brunett & Viding (2010).

En síntesis, algunas de las dimensiones relacionadas con la CS están alteradas -o por lo menos afectadas- en sujetos que muestran características psicopatológicas en sus conductas y las relaciones con los otros. En los niños y los adolescentes con TDC, algunos componentes de la CS están significativamente afectados, alterando su capacidad para comprender la realidad del otro, acceder al reconocimiento de emociones, entender las normas de interacción social; lo que facilita la incapacidad de regularse y autorregularse emocional y cognitivamente, asunto fundamental para el proceso de interacción con normas, reglas, principios y valores de una sociedad.

Gómez et al. (2010) estudiaron las características del procesamiento emocional y empático en adolescentes con TDC. Tomaron una muestra de 60 menores infractores entre 10 y 16 años de edad (30 TDC y 30 no TDC) y les aplicaron las pruebas de lectura de las miradas (reconocimiento en la expresión facial de las emociones) y el test de metedura de patas. Los resultados de esta investigación muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, evidenciando en el de adolescentes infractores con TDC peores desempeños en la prueba de metedura de patas; esto sugiere que la condición diagnóstica tiene una influencia directa en la forma en que los adolescentes con TDC pueden interactuar socialmente y atribuir estados mentales a otras personas y situaciones de manera equivocada, y apunta a las deficiencias en la sensibilidad social para comprender y darle importancia a los sentimientos y emociones de los demás.

Por su lado, Fairchild, Van Goozen, Calder, Stollery y Goodyer (2009) examinaron si el TDC está asociado con diferencias en el reconocimiento de la expresión facial en la aparición temprana del TDC que surge en la infancia. Trabajaron con 42 adolescentes varones con o sin TDC de inicio temprano, 39 adolescentes con TDC de inicio tardío y 40 adolescentes que conformaban el grupo control (sin características ni diagnóstico de TDC). Se les aplicó el test de Benton de reconocimiento facial (Benton, Hamsher, Varney, y Spreen, 1983) que evalúa la capacidad para emparejar fotografías con rostros desconocidos y mide los déficits en la percepción básica de los rostros; también se empleó el Hexágono de la emoción, una prueba diseñada para valorar la precisión en el reconocimiento de la expresión facial (Calder, Young, Rowland, Perrett, Hodges & Etcoff, 1996).

Los resultados de este estudio muestran que el reconocimiento de la expresión facial de la ira, el asco y la felicidad se vio afectado de manera desproporcionada en el grupo de adolescentes con TDC de inicio temprano; mientras que en el grupo de adolescentes con TDC de inicio tardío solo se vio afectado el reconoci-

miento facial del miedo. El grupo con TDC con rasgos psicopáticos mostró limitaciones en el reconocimiento del miedo, la tristeza y la sorpresa en comparación con el grupo con TDC sin rasgos psicopáticos. Finalmente, no se hallaron diferencias significativas entre ambos en cuanto al reconocimiento de la identidad facial.

Revisado lo anterior, se reconfirma la relación entre TDC y CS, y establecer específicamente cómo es la misma en un grupo de adolescentes posibilita, por una parte, explicar y comprender el funcionamiento de la CS en los trastornos de conducta en jóvenes infractores; por otra, que cada uno de los profesionales que atienden adolescentes con estas características comportamentales específicas, analicen y propongan formas de evaluación, diagnóstico e intervención que apunten a la CS.

Es probable que con un riguroso proceso de evaluación y diagnóstico, los procesos de intervención sean más efectivos; esto posibilitará un impacto social significativo en cuanto a los recursos públicos que se invierten en la atención a los jóvenes infractores de nuestro país. Por esto, el interés por el abordaje tanto teórico como práctico de los trastornos de la infancia y la adolescencia es central para nuestra sociedad, específicamente de aquellos trastornos relacionados con conductas antisociales; bien sea porque representan una amenaza explícita y directa para el desarrollo de la nación y de su sociedad, para el crecimiento de los individuos y de las instituciones sociales (Vargas y Sánchez, 2010), o por los costos que dichas conductas generan al interior de sus familias y en las relaciones con su entorno inmediato, además de los montos económicos que implica la atención en salud derivada de la violencia y la puesta en marcha de programas psicoeducativos, de reeducación y rehabilitación que necesitan estos jóvenes.

Reflexionemos...

La investigación de la conducta antisocial ha estado enmarcada por la diferencia de pensamientos frente a esta; de un lado se encuentran quienes defienden que está asociada a una concepción legalista o psicopatológica, y otro grupo piensa que es una realidad que surge de la conducta que tiene entidad propia, al margen de que sean puestas o no en acción las articulaciones del procesamiento judicial o que sean la evidencia de un trastorno clínico.

Es usual que las conductas antisociales estén caracterizadas por implicaciones legales, pero también pueden cumplir criterios diagnósticos para ser consideradas como parte de un trastorno psicopatológico, es posible asociarlas a comportamientos de agresividad y violencia, o probablemente no tengan ninguna de estas características. La conducta antisocial está dotada de una gran heterogeneidad en cuanto a los comportamientos que la caracterizan; entre estos factores encontramos: escolares y académicos, intelectuales, afectivos, sociales, culturales y laborales.

Por otra parte, haciendo énfasis en la adolescencia como periodo crítico, se exponen dos conceptos que son relevantes para el fortalecimiento de habilidades prosociales, indispensables para que el joven interactúe satisfactoriamente en su realidad inmediata y se adapte a las múltiples situaciones presentadas en su diario vivir, consolidando la resiliencia, su bienestar, su salud física y mental y su capacidad, de manera que logre afrontar los múltiples obstáculos de su contexto inmediato.

El primer concepto es denominado “bienestar psicológico y ajuste social” (Martínez González, Inglés Saura, Piqueras Rodríguez y Oblitas Guadalupe, 2010); retoma la importancia que para el joven tienen las relaciones con sus pares como medio de socialización, interacción e intercambio de afinidades, emociones, afectos e intereses. A partir de estas relaciones, se favorece el desarrollo de habilidades interpersonales y, por ende, la disminución de conductas disociales que se evidencian en la incapacidad para relacionarse y en conductas agresivas y depresivas que impiden una relación interpersonal óptima y la aceptación de grupos sociales. Cuando se logra la admisión en estas comunidades, se fortalece la adquisición de nuevos aprendizajes que fundamentarán el bienestar de los jóvenes, en la medida que facilita la consolidación de estas habilidades por medio de la aceptación que tiene el otro de su ser.

Cuando el adolescente presenta conductas que impiden una interacción sólida y asertiva como la agresividad, el resentimiento, el maltrato y el abuso entre iguales, se origina un rechazo por parte del otro y dificultades para lograr la aceptación y vinculación a grupos sociales, impidiendo que se fortalezcan estas habilidades a través de un aprendizaje significativo desde el intercambio de ideas, de pensamientos, de emociones y afectos, es decir, de experiencias directas con el medio que lograrán fundamentar el saber vivir en comunidad.

El segundo concepto se enfoca hacia la salud física enmarcada en la relación existente entre habilidades prosociales y la adquisición de hábitos o estilos de vida, orientados por la influencia de los pares en este periodo.

Cuando se presentan conductas e influencias en el adolescente que impiden las relaciones activas y sólidas con el otro, se genera la posibilidad del consumo de drogas, de sustancias psicoactivas y de alcohol, y a la vez se disminuye su inteligencia emocional. Por el contrario, cuando la influencia permite la estructuración de habilidades prosociales y, en consecuencia, un óptimo desarrollo para generar relaciones interpersonales, se contribuye a la adquisición de hábitos saludables que facultan un desarrollo óptimo de la individualidad, de la resiliencia y de la inteligencia emocional.

Así que los adolescentes prosociales, asertivos y socialmente habilidosos son menos proclives a manifestar conductas de riesgo para la salud y avanzan en el desarrollo del bienestar subjetivo y social.

SECCIÓN 3.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

Cognición social (CS) en jóvenes con y sin características de trastorno disocial de la conducta (TDC) participantes en el estudio

Características sociodemográficas

Algunas variables sociodemográficas que definen cada uno de los grupos conformados son:

- » Grupo caso: adolescentes con medida privativa de la libertad y características de un TDC.
- » Grupo control: adolescentes pertenecientes a instituciones de educación secundaria y media sin características de un TDC.

Se evaluaron un total de 274 adolescentes; de ellos, 239 hombres y 35 mujeres. La proporción de género si se comparan los dos grupos, no es homogénea; por lo tanto, hacer un intento para cotejar ambos desde esta variable llevaría a conclusiones sesgadas, así que los resultados se limitan a una descripción de cada uno de los grupos de acuerdo a su género y posteriormente, se realizan comparaciones intragrupo.

Las edades de los adolescentes participantes estaban entre los 14 y 17 años de edad, encontrándose la mayor proporción de la muestra en 17 (43.4%) y la menor en los 14 años de edad (11.7%).

De la muestra total, el 56.2% pertenecían a un estrato socioeconómico bajo (1 y 2) y el 2.9%, correspondían al 5 y 6 (alto).

Características de trastorno disocial de la conducta (TDC)

A cada uno de los participantes, ya fueran del grupo caso o del control, se les aplicó la mini entrevista internacional neuropsiquiátrica estructurada para niños y adolescentes (del inglés: Mini International Neuropsychiatric Interview - sigla: MINI-KIDS) Módulo P Trastorno Disocial de la Conducta (Colón-Soto, Díaz, Soto y Santana, 2005), con el objetivo de identificar la presencia de características de un TDC. Se asumió dentro del grupo de investigadores, que aquellos adolescentes que estuvieran en las instituciones de educación básica, secundaria y media obtendrían puntuaciones menores a 3 y aquellos que estuvieran en las Instituciones de reeducación, obtendrían puntuaciones entre 4 y 9, dato que indica el número de características disociales, que tiene el adolescente según el DSM-IV-TR.

De los 239 jóvenes de género masculino, 157 obtuvieron puntuaciones en la MINI-Kids entre 4 y 9, lo que indica presencia de características de TDC y los 82 restantes calificaron entre 0 y 3, que para los fines del presente estudio se interpreta como ausencia de características de TDC. De las 35 mujeres, 18 registraron en la MINI-Kids entre 4 y 9 características de TDC, y las 17 restantes puntuaron entre 0 y 3, es decir, ausencia de características de TDC.

Coficiente Intelectual (CI)

Con el objetivo de controlar que las conductas delictivas no se explicaran mejor por déficit cognitivos, sino que se caracterizara realmente el funcionamiento de la CS, el grupo de investigadores evaluó el coeficiente intelectual (CI) mediante el Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-Bit), diseñado por Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman (1997), de aplicación Individual, con una duración de 20 minutos y apto para un amplio grupo poblacional (4 a 90 años de edad).

Sin realizar una discriminación por género, los hallazgos muestran que los 175 adolescentes con características de TDC, obtuvieron puntuaciones en el K-Bit para una CI Total de 88.1 (DE=18.5); y los 99 adolescentes sin características de TDC, obtuvieron registros en el K-Bit para una CI Total de 96.0 (DE=14.8). Lo anterior, indica que hubo diferencias clínicamente significativas en los CI Totales entre ambos grupos de adolescentes, viéndose mayores habilidades verbales y manipulativas en el grupo sin características de TDC. El análisis detenido de estos datos, permite afirmar que en el grupo caso, hubo adolescentes que obtuvieron puntuaciones con una desviación estándar (DE) por debajo de la media. Ello significa que están por debajo de lo que se esperaría en la población normal y aunque no indica un déficit cognitivo, muestra que hay menores habilidades cognitivas que pudieran interferir en los procesos de socialización.

Componentes de la cognición social (CS)

La empatía

Para caracterizar el componente empático se aplicó el Índice de Reactividad Interpersonal (Del Inglés: Interpersonal Reactivity Index - IRI; Davis, 1980). Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar empatía en infancia y adolescencia (Eisenberg y Miller, 1987, Mestre, Frías, y Samper, 2004; Mestre, Frías, Samper y Tur, 2009; Retuerto, 2004). Se caracteriza por la evaluación de la empatía atendiendo a una perspectiva multidimensional, que incluye factores cognitivos y afectivos. Su uso se ha dado complementariamente con otros instrumentos para investigar la relación entre disposición empática, razonamiento moral prosocial y la conducta prosocial (Eisenberg, Shea, Carlo, y Knight, 1991, Eisenberg, Carlo, Murphy, y Van Court, 1995; Myyry, Juujärvi, y Pessa, 2010).

Por medio del IRI se evidenciaron cuatro dimensiones de empatía, Toma de Perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación Empática (EC) y Malestar Personal (PD). Para cada una de estas dimensiones y de los grupos (adolescentes con características de TDC; adolescentes sin características de TDC), se encontró:

Tabla 1: Puntuaciones en dimensiones del IRI en el grupo de adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC

GRUPOS		MALESTAR PERSONAL	PREOCUPACIÓN EMPÁTICA	FANTASÍA	TOMA DE PERSPECTIVA
MUESTRA					
NO TDC	99	19,2 (3.9)	23,7 (3.8)	21,4 (3.9)	24,0 (4.2)
TDC	175	20,3 (4.7)	22,8 (4.2)	20,0 (4.5)	21,3 (4.7)

El aspecto cognitivo de la empatía, se analizó mediante las sub-escalas de toma de perspectiva y fantasía, y el aspecto emocional de la empatía por medio de malestar personal y preocupación empática. Los 175 adolescentes con características de un TDC obtuvieron puntuaciones más bajas que los 99 adolescentes sin características de un TDC (ver tabla 1). Las diferencias son significativas tanto clínicamente, como a nivel estadístico ($p < 0,05$). De acuerdo a lo anterior, los adolescentes con características de un TDC presentan dificultades para comprender, ser conscientes, sensibles o experimentar los sentimientos, pensamientos y experiencias de otros (Jiménez-Cortés et al., 2012; Blair, 2003; Arán Filippetti, López y Richaud, 2012); es probable que tengan una incapacidad de simular en ellos mismos lo que otros sienten.

Juicio social de rostros

Con el objetivo de analizar los aspectos emocionales complejos que surgen en la interacción social, se evaluó la capacidad que tienen los adolescentes con o sin características de un TDC de reconocer la emoción en el otro. Esto se realizó por medio del test de las miradas; en la tabla 2 se detallan las puntuaciones obtenidas en ambos grupos, control (sin características de TDC) y caso (con características de TDC).

Tabla 2: Puntuaciones Test de las Miradas en el grupo de adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC

GRUPOS		PUNTUACIONES-MEDIA (DE)	U DE MANN-WHITNEY
MUESTRA			
NO TDC	99	20,5 (5.2)	0,000
TDC	175	16,4 (4.8)	

Los resultados obtenidos muestran que a los adolescentes con características de TDC (grupo caso) se les dificulta el reconocimiento de las emociones desde la expresión facial y procesar las emociones negativas, en comparación con el grupo de adolescentes sin características de TDC. El rendimiento, y por ende las puntuaciones, cuando se evalúan este tipo de atributos son más deficientes en adolescentes con características de TDC.

Teoría de la mente

La evaluación de la sensibilidad social (Baron - Cohen, O'Rioldan, Stone, Jones & Plaisted, 1999) y la capacidad de mentalizar o intencionalizar los comportamientos de otras personas (Sharp, 2008), se identificaron con el test de metida de patas o faux pas. Para que una persona posea esta capacidad (atribuir estados mentales al comportamiento), requiere razonar acerca de los procesos mentales de los otros. Las situaciones del faux pas tienen un componente emocional (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998), por lo tanto, el tener un déficit emocional, generará pobres ejecuciones en la prueba.

En la tabla 3 se identifican las ejecuciones de ambos grupos y se ponen en evidencia las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo caso y el grupo control. Estas puntuaciones indican que realmente los adolescentes con TDC tienen una incapacidad importante para mentalizar los comportamientos de otros. Su déficit emocional les imposibilita intencionalizar las conductas, y está relacionado con la señal somática, por lo que al impedirle el desencadenamiento de la respuesta autonómica normal, serán incapaces de diferenciar entre las normas convencionales y morales.

Tabla 3: Puntuaciones Test Metida de Patas o Faux Pas en el grupo de adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC

GRUPOS		PUNTUACIONES-MEDIA (DE)	U DE MANN-WHITNEY
MUESTRA			
NO TDC	99	74,0 (21.8)	0,000
TDC	175	63,9 (18.1)	

Detallado lo anterior, se concluye que hay diferencias importantes en algunos componentes de la CS entre adolescentes con características de TDC y adolescentes sin características de TDC (Sharp, 2008), por tanto, es evidente la relación que existe entre un grupo de adolescentes con TDC y el funcionamiento de la CS (Scourfield, Martin, Eley & McGuffin, 2004). Se requiere de programas interdisciplinarios dirigidos a padres de familia y educadores, que logren potencializar en los períodos críticos del desarrollo, los procesos cognitivo-afectivos, asegurando de esta manera la manifestación de una conducta social. No se puede entender el campo de la neurociencia, en este caso social, como ajeno a la posibilidad de hibridación. No se asume una unidireccionalidad ontogenética, existe una multifactorialidad (asumida desde las neurociencias) que posibilita el desarrollo humano. Se asume que existe una relación bidireccional y transaccional de los factores biológicos-neurológicos con los factores a nivel ambiental, la cual posibilita que se mantengan o modifiquen las tendencias con las que nacemos y que están acordes con una organización cerebral específica.

Para profundizar sobre los hallazgos encontrados puede leerse el artículo científico producto de esta investigación, Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la adolescencia (Arango Tobón, Montoya Zuluaga, Puerta Lopera y Sánchez Duque, 2014).

SECCIÓN 4.

FORMA DE RECONOCER PROBLEMAS DE COGNICIÓN SOCIAL (CS) Y PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)

¿Cómo reconocer que una persona tiene características de TDC?

Si el niño o adolescente asume conductas frecuentes y repetitivas que claramente se identifican en una multiplicidad de situaciones y contextos (escolar, familiar, social) y que se relacionan con lo que a continuación se describe, es probable que se esté frente a la presencia de características disociales:

- » No tiene capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de las experiencias negativas.
- » No tiene la capacidad de prever las consecuencias que su conducta le traerá a él y a los otros.
- » Atropella los derechos básicos de las otras personas.
- » Se le dificulta de manera importante seguir las normas sociales que hostigaría cualquier persona a su edad.
- » Constantemente intimida o amenaza a los otros.
- » Inicia o se involucra en peleas físicas.
- » Manifiesta crueldad hacia otras personas o animales.
- » Utiliza armas con intención de herir al otro.
- » Realiza acciones que obligan a otra persona a tener relaciones sexuales con él.

- » Se involucra en la destrucción o ataque de una propiedad privada.
- » Realiza incendios con la intención de hacerle daño al otro.
- » Constantemente dice mentiras para poder manipular a las personas que tiene a su alrededor.
- » Realiza robos en su entorno social, por ejemplo, en el colegio, hogar, tiendas.
- » Utiliza armas para enfrentarse a otras personas quitándoles objetos de valor.
- » Se escapa o no asiste constantemente a la escuela.
- » Se ha fugado varias veces del colegio o de la casa.
- » Le gusta hacer bromas pesadas como ridiculizar al otro o agredirlo.

Si hay presencia de algunas de estas características, no necesariamente es porque haya un diagnóstico de TDC, pero será importante prestar atención frente a la aparición de las mismas.

La literatura (Lecrubier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Harnett Sheehan, et al., 1997; Sheehan DV, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, et al., 1998) enuncia la importancia de identificar mediante una prueba de oro o de referencia -gold estándar- (García-Castillo, Fernández-Mayo, Serrano-Drozdowskyj, Carmona, Martín-Calvo, Ovejero, et al., 2012) un diagnóstico positivo de un TDC. En la tabla 4 se presenta un conjunto de preguntas que corresponden a una prueba considerada gold estándar, específicamente al Módulo P Trastorno Disocial (De la Conducta) de la MINI-Kids.

La MINI-Kids es una adaptación al español de Colón-Soto et al. (2005) y fue diseñada originalmente por Sheehan, Lecrubier, Harnett-Sheehan, Janavs, Weiller, Bonora, et al. (1997), con algunos estudios de validación que aseguran las características de validez y confiabilidad del gold estándar (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller et al., 1998).

La MINI-Kids es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DMS IV y el CIE- 10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto y puede ser aplicada en un tiempo breve (de 11.6 a 18.7 minutos, promedio 15 minutos). Los clínicos la utilizan luego de una breve sesión de entrenamiento. Los entrevistadores no clínicos deben recibir una instrucción más intensa.

Todas las preguntas que se describen a continuación deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta tachando SÍ o NO. Antes de responder, la persona debe asegurarse que cada elemento de la pregunta ha sido tomado en cuenta, como por ejemplo, periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas. La sumatoria de las respuestas codificadas como SÍ, mostrarán la presencia o no de la sintomatología del TDC.

Tabla 4: Módulo P MINI-Kids Trastorno Disocial (de la Conducta)

TRASTORNO DISOCIAL (DE LA CONDUCTA)

(→ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

P1. ¿Alguien (maestros(as), cuidadores, padres, o amigos(as)) se ha quejado de manera permanente de tu comportamiento, de tu disciplina, o de tu rendimiento académico?	→ NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	
P2. Durante el último año:	
a. ¿Has estado amenazando o intimidando a los demás?	NO SI
b. ¿Has iniciado peleas o enfrentamientos físicos con otros?	NO SI
c. ¿Has usado armas para herir a otros?, ¿como cuchillos, navajas, pistolas, bates, garrotes u otros objetos?	NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	
d. ¿Intencionalmente has herido físicamente a otras personas?	NO SI
e. ¿Intencionalmente has herido o has sido cruel con los animales?	NO SI
f. ¿Has robado a alguien usando la fuerza?, ¿has atracado a alguien?, ¿Has usado armas para asaltar a alguien?, ¿Le has raponeado algo a alguien?	NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	
g. ¿Has obligado a alguien a tener sexo contigo?, ¿has violado a alguien?	NO SI

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	NO SI
h. ¿Has iniciado incendios con la intención de causar daños?	NO SI
i. ¿Has destruido intencionalmente cosas valiosas de otras personas?	NO SI
j. ¿Has entrado violentamente a carros o a las casas ajenas?	NO SI
k. ¿Has mentido muchas veces para obtener dinero o cosas valiosas? ¿has estafado a alguien?	NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	NO SI
l. ¿Has hurtado cosas valiosas cuando te dan la oportunidad?,	NO SI
m. ¿has hurtado cosas en supermercados?, ¿has sustraído dinero sin permiso?	NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	NO SI
n. ¿Te has quedado tarde en la noche por fuera de la casa sin permiso de tus padres?	NO SI
o. ¿Esto lo empezaste a hacer antes de los 13 años?	NO SI
CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO SI
p. ¿Te has fugado o te has volado de la casa dos o más veces?	NO SI
q. ¿Te has fugado o te has volado varias veces del colegio? ¿Empezaste a volarte del colegio antes de los 13 años?	NO SI NO SI
CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	→
RESUMEN P2: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2 CON AL MENOS UNA DE ELLAS PRESENTE EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?	NO SÍ
P3. ¿Estas conductas te han ocasionado problemas serios en el colegio? ¿En la casa?, ¿Con otros familiares?, ¿Con los amigos?	NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	TRASTORNO DISOCIAL (DE LA CONDUCTA) ACTUAL

¿Cómo calificarlo?

Después de responder todas las preguntas, se debe contar el número de Sí. Cada apartado tiene de manera diferenciada unos Sí (los que están subrayados). Cuando se realice el conteo de esos Sí señalados, se anota el total, el cual puede ir de 0 a 9.

¿Cómo interpretar los resultados?

El paso siguiente es saber qué significa el número de Sí.

Si la puntuación total está entre el rango 0-3: indica que no hay características de un TDC.

Si la puntuación es mayor a 4: indica presencia de características de un TDC. Conocer si ello indica presencia de un diagnóstico TDC, requiere de una evaluación clínica amplia.

Frente a esta última puntuación, es probable que en múltiples situaciones y contextos, la persona presente problemas en la relación con los otros. Lo anterior, lleva a un punto importante y álgido y es precisamente el conocer la explicación de la adopción de tales conductas, que indiscutiblemente conllevan a problemas en las relaciones interpersonales y en el bienestar objetivo.

Para que sea posible iniciar la exploración e identificación de las habilidades para construir representaciones de las relaciones entre nosotros y los otros y usarlas en forma flexible para guiar las propias conductas, o lo que puede sintetizarse como los diferentes componentes de la CS, pueden utilizarse ciertos instrumentos como a los que a continuamos se describen.

Evaluación dimensiones de la Cognición social (CS)

Metida de patas o Faux Pas (Baron-Cohen, O'Rioldan, Stone, Jones & Plaisted, 1999).

Es un test creado en 1999 por el grupo de Baron Cohen. Inicialmente se creó con la intención de identificar la sensibilidad social en niños con diagnóstico de síndrome de Asperger -conjunto de condiciones mentales y conductuales que forman parte del espectro autista, en el cual la persona muestra dificultades en la interacción social y la comunicación (Baron-Cohen, 1990).

Aunque el Faux Pas fue diseñado con la intencionalidad de identificar uno de los síntomas de los niños con síndrome de Asperger, se ha evidenciado que tiene sensibilidad para evaluar a sujetos con trastorno de personalidad antisocial con y sin psicopatía, teniendo en cuenta que ellos pueden captar y comprender las historias que el instrumento presenta, pero no experimentan ningún impacto emocional, es decir, que pueden definir lo que siente la persona, más no experimentarlo (empatía).

Este test consiste en indagar sobre el grado de sensibilidad social y teoría de la mente (capacidad para atribuir sentimientos y emociones a las demás personas). Dicha capacidad se evalúa de acuerdo a la interpretación y deducción de lo que las personas responden en cada una de las historias planteadas.

Ahora bien, el test está compuesto por 20 historias, en 10 hay metida de patas y en 10 no hay; éstas últimas son preguntas control y cumplen la función de discriminar que las respuestas erróneas de las personas no se relacionen con problemas en la capacidad de mantener información en una memoria a corto plazo o traer información del almacén de memoria a largo plazo (memoria de trabajo). En definitiva, posibilitan clarificar si el problema está en la memoria de trabajo o realmente está en la capacidad para atribuir o intencionalizar desde estados mentales, los comportamientos de los demás (Dolan & Fullan, 2004).

No hay un límite de tiempo, pero se estima que se realiza en aproximadamente 20 o 30 minutos. La versión para adultos se realiza a personas de 12 años en adelante.

¿Cómo se aplica?

Se leen unas historias y después se le realizarán una serie de preguntas relacionadas con las mismas. Se resalta a los participantes la importancia de prestar atención para que puedan dar la respuesta que más se acerque a la realidad de la historia.

Quien vaya a aplicar el test, debe tener presente que en las 20 historias, las que involucran una metida de patas (2, 4, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18) ameritan que se realicen las 8 preguntas que hay para cada historia. Diferente a las que no involucran una metida de patas (1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 17, 19, 20), pues en estas, si la respuesta a la pregunta 1 es negativa, inmediatamente se realizan las preguntas control, que son las 7 y 8. Si la persona responde de manera afirmativa en la pregunta 1 de aquellas historias que no son metidas de patas, quien le esté realizando la prueba deberá continuar con la pregunta 2.

En la Tabla 5 se describen las historias con las preguntas correspondientes. No se recomienda la autoaplicación.

Tabla 5: Historias del Faux Pas o Test de Metidas de pata

1. Viviana estaba en una fiesta en la casa de su amigo Oscar. Ella estaba hablando con Oscar cuando llegó una mujer que era vecina de él. La mujer dijo “Hola”, luego se dio vuelta hacia Viviana y le dijo, “¿Creo que no nos conocemos?. Yo soy María, ¿cómo es tu nombre?” ... “Yo soy Viviana”. “¿Alguien quiere algo de beber?” preguntó Oscar.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o dijo algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o dijo algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porque era inapropiado?

4. Por qué crees que ella/ él lo dijo?

5. Sabía Oscar que Vivi y María no se conocían?

6. Como crees que se sintió Vivi?

7.: En la historia, donde estaba Vivi?

8. Vivi y María se conocían?

2. El marido de Elena estaba organizando una fiesta sorpresa para el cumpleaños de ella. El invitó a Sara, una amiga de ella y le dijo, “no le cuentes a nadie, y menos a Elena”. El día antes de la fiesta, Elena estaba en la casa de Sara y Sara volcó el café sobre un vestido nuevo que estaba colgando sobre su silla. “Oh!” dijo Sara, “yo iba a usar esto en tu fiesta!” “¿Que fiesta?” dijo Elena. “Vamos” dijo Sara, “Veamos si podemos sacar la mancha”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o dijo algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o dijo algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porque era inapropiado?

4. Por qué crees que ella/ él lo dijo?

5. Recordaba Sara que la fiesta era una fiesta sorpresa?

6. Cómo crees que Elena pensó?

7. En la historia, para quién era la fiesta sorpresa?

8. A quién se le volcó algo en el vestido?

3. Javier estaba de compras buscando una camisa que hiciera juego con su traje. El vendedor le mostró varias. Javier las miró y finalmente encontró una que era del color correcto. Pero cuando se la fue a probar, no le cabía. “Es muy chica” le dijo al vendedor. “No se preocupe” le dijo el vendedor, “nosotros la próxima semana tendremos tallas más grandes” “Muy bien, volveré entonces” dijo Javier.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuándo se probó la camisa, sabía Javier que no habían de su tamaño?

6. Cómo crees que Javier se sintió?

7. En la historia, qué estaba comprando Javier?

8. Porqué volvería en la semana siguiente?

4. Julia que se acababa de mudar a su nuevo apartamento había comprado unas cortinas nuevas para su dormitorio. Cuando terminaba de decorar el apartamento, llegó su mejor amiga Alicia. Julia le mostró el apartamento y le preguntó, “¿te gusta mi dormitorio?” “Esas cortinas son horribles” dijo Alicia, “espero que las cambies por unas nuevas!”

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Lisa sabía quién había comprado las cortinas?

6. Cómo crees que Julia se sintió?

7. En la historia, qué acababa de comprar Julia?

8. Cuánto tiempo había vivido Julia en este departamento?

5. Roberto fue al peluquero para un corte de cabello. “¿Cómo quisiera Usted que le corte?” preguntó el peluquero. “Me gustaría el mismo estilo que tengo ahora, sólo saque unos dos centímetros de largo” contestó Roberto. El peluquero le cortó algo desperejo en la frente, por lo que tuvo que cortarlo más corto. “Me temo que está un poco más corto que lo que me pidió” dijo el peluquero. “Ah, está bien” contestó Roberto, “ya crecerá”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué no ella/ él debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Mientras le estaba cortando, Roberto se dio cuenta que el peluquero le estaba cortando muy corto?

6. Cómo crees que Roberto se sintió?

7. En la historia, como quería Roberto su corte?

8. Cómo le corto el peluquero el pelo?

6. Juan se detuvo en la estación de servicio camino a su casa y llenó el tanque. Le dio a la cajera su tarjeta de crédito. La cajera la pasó por la máquina registradora y le dijo “lo siento, la máquina no acepta su tarjeta” “Mmm” dijo Juan, “bueno, pagaré al contado”. El le dio veinte mil pesos y le pidió que llene el tanque con gasolina sin plomo.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué no ella/ él debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuándo le dio su tarjeta a la cajera, sabía Juan que la máquina no aceptaría su tarjeta?

6. Cómo crees que Juan se sintió?

7. En la historia, qué se detuvo a comprar Juan?

8. Porqué pagó con efectivo?

7. Susana es una niña de 3 años con cara redonda y cabello rubio corto, que estaba en la casa de su tía Carolina. Sonó el timbre y su tía abrió la puerta. Era una vecina, María. “Hola” dijo la tía Carolina, “que bueno que estés por acá!” María dijo “hola”, luego miró a Susana y dijo “eh, creo que no conozco a este pequeño niño. ¿Cómo es su nombre?”

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. María sabía que Susy era una niña?

6. Cómo crees que Susy se sintió?

7. En la historia, donde estaba Susy?

8. Quién vino de visita?

8. Julieta llevó a su perro Sultán al parque. Ella le tiraba un palo para que lo agarrara. Cuando llevaban allí un rato, pasó Paula, una vecina de ella. Ellas charlaron por unos minutos. Después Paula preguntó, “¿te estás yendo a tu casa?”, ¿quieres que nos vayamos caminando juntas?” “Bueno”, dijo Julieta. Ella llamó a Sultán que estaba ocupado persiguiendo palomas y este no volvió. “Parece que no está listo para volver” dijo ella, “creo que nos quedaremos”. “ok” dijo Paula, “te veré más tarde”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué no debió él/ella haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuándo la invitó, sabía Paula que Julieta no iba a poder volver caminando con ella?

6. Cómo crees que Paula se sintió?

7.: En la historia, donde había llevado Julieta a Sultán?

8. Porqué no regresó con su amiga Paula?

9. Juanita había tenido un rol destacado en la obra de teatro de la escuela el año anterior y este año quería el rol protagónico. Tomó clases de actuación y dio una prueba para la obra. El día que se anunciaron las decisiones, fue antes de la clase para revisar la lista de quienes harían la obra. Ella no tenía el protagónico y en cambio le habían asignado un rol menor. Ella se dirigió a su novio que estaba en la entrada y le contó lo que había sucedido. “*Que pena*” dijo él, “*debes estar desilusionada*”. “*Sí*” contestó Juanita, “*tengo que decidir si aceptaré este rol*”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué no debió él/ella haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuándo el corrió hacia ella primero en la entrada, sabía el novio de Juanita que ella no había ganado el rol?

6. Cómo crees que Juanita se sintió?

7. En la historia, qué rol ganó Juanita?

8. Qué le dijo su novio?

10. José estaba en la biblioteca. El encontró el libro que quería sobre cómo escalar el Aconcagua y fue al mostrador del frente para registrarlo. Cuando miró en su billetera, descubrió que había dejado su credencial en casa. “*Discúlpeme*” le dijo a la mujer del mostrador, “*dejé la credencial en mi casa*” “*Esta bien*” contestó ella. “*Dime tu nombre, y si nosotros lo tenemos en la computadora, puedes registrar el libro sólo mostrándome tu licencia de conducir*”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuando José fue a la biblioteca, se dio cuenta que se había dejado su tarjeta?

6. Cómo crees que José se sintió?

7. En la historia, qué libro sacó de la biblioteca?

8. Lo pudo chequear?

11. Jorge Gómez, el gerente de “ABC Programaciones”, llamó a todo su personal a una reunión. “Tengo algo que decirles” dijo. “Juan Mercado, uno de nuestros contadores, está en el hospital muy enfermo con cáncer”. Todos se quedaron mudos, asimilando la noticia, cuando Roberto un ingeniero de sistemas que llegó tarde, dijo “hola, escuché un buen chiste anoche!”, “¿qué le dijo el paciente terminal a su doctor?” Jorge dijo “ok, vamos abajo a trabajar”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuando llegó, sabía Roberto que el contador estaba enfermo de cáncer?

6. Cómo crees que Jorge, la gerente, se sintió?

7. En la historia, qué le dijo Jorge, la gerente, a la gente en la reunión?

8. Quién llegó tarde a la reunión?

12. Miguel, un niño de nueve años que acababa de comenzar en una nueva escuela, estaba en uno de los baños de la escuela. José y Pedro, otros dos chicos, entraron charlando al baño. José dijo, “¿viste el chico nuevo de la clase? Su nombre es Miguel, ¿no es raro? y es tan pequeño!. Miguel salió del baño y José y Pedro lo vieron. Pedro dijo, “oh, hola Miguel! ¿vamos a jugar al futbol?”.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuando José estaba hablando con Pedro, sabía que Miguel estaba en uno de los baños?

6. Cómo crees que Miguel se sintió?

7. En la historia, dónde estaba Miguel mientras José y Pedro estaban hablando?

8. Qué dijo José de Miguel?

13. El primo de Karina, Sergio venía de visita y Karina le hizo una tarta de manzana especialmente para él. Luego de la cena, ella dijo, *“hice una tarta para ti, está en la cocina”* “Mmm” contestó Sergio, *“que rico olor! Me encantan las tartas, menos la de manzana, por supuesto.”*

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuándo olió la tarta, Sergio sabía que era de manzana?

6. Cómo crees que Karina se sintió?

7. En la historia, qué clase de tarta hizo Karina?

8. Cómo se conocían Karina y Sergio?

14. Josefina le compró a su amiga Ana como regalo de bodas una fuente de cristal. Ana tuvo una gran boda con un montón de regalos. Alrededor de un año después, Josefina estaba una noche cenando en la casa de Ana. A Josefina se le cayó por accidente una botella de vino sobre la fuente de cristal, que se rompió. *“Discúlpame, rompí la fuente”* dijo Josefina. *“No te preocupes”* dijo Ana. *“Nunca me gustó, alguien me la regaló para mi matrimonio”*.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Ana recordaba que Josefina le había dado esa fuente?

6. Cómo crees que Josefina se sintió?

7. En la historia, qué le regaló Josefina a Ana en su boda?

8. Cómo se rompió la fuente?

15. En la escuela primaria, había un concurso de cuentos. Todos habían sido invitados a participar. Varios alumnos de quinto grado participaron. A Cristina le encantaba la historia que había enviado al concurso. Unos días más tarde, se anunciaron los resultados de la competencia: la historia de Cristina no había ganado nada, y un compañero de su clase, Julián, había ganado el primer premio.

Al día siguiente, Cristina estaba sentada en un banco con Julián. Ellos estaban mirando el trofeo del primer premio. Julián dijo, “fue tan fácil ganar este concurso, todas las historias en esta competencia eran horribles” “¿Dónde vas a poner tu trofeo?” preguntó Cristina.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Sabía Julián que Cristina había inscripto una historia en el concurso?

6. Cómo crees que Cristina se sintió?

7. En la historia, quién gano el concurso?

8. Ganó algo la historia de Cristina?

16. Tito estaba en un restaurante y se le cayó accidentalmente el café. “Le traeré otra taza de café” dijo el mozo quien luego se fue un largo rato. Héctor, otro cliente del restaurante estaba parado en la caja esperando para pagar. Tito fue hacia Héctor y le dijo, “se me volcó café en mi mesa, ¿puede ir a limpiarlo?”

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué no debió él/ella haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Sabía Tito que Héctor era otro cliente?

6. Cómo crees que Héctor se sintió?

7. En la historia, porqué estaba Héctor parado al lado de la caja?

8. Qué volcó Tito?

17. Leonor estaba esperando en la parada del colectivo. El colectivo estaba retrasado y ella había estado mucho tiempo parada. Tenía 65 años y estaba cansada de estar parada tanto tiempo. Cuando el colectivo vino finalmente, estaba lleno y no había asientos libres. Ella vio a un vecino, Pablo, parado en el pasillo que le dijo:

“Hola Leonor, ¿estuviste esperando mucho?” Ella contestó: ***“Como 20 minutos”***.

Una mujer joven que estaba sentada se paró y le dijo *“¿quiere Usted mi asiento?”*

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuando Leonor subió al colectivo, sabía Pablo cuánto tiempo ella había estado esperando?

6. Cómo crees que Leonor se sintió?

7. En la historia, porqué estuvo Leonor esperando el colectivo por 20 minutos?

8. Había asientos libres en el colectivo cuando se subió?

18. Rodolfo comenzó a trabajar en una oficina nueva. Un día en el bar, estaba hablando con un compañero nuevo, Andrés. Este le preguntó: ***“¿a qué se dedica tu esposa?”***. Rodolfo contestó ***“Ella es abogada”***. Unos minutos más tarde, Clara llegó al bar, se veía irritada. Les contó ***“Acabo de recibir una llamada de teléfono terrible, los abogados son todos arrogantes y avaros, no los soporto”***. Andrés le pidió a Clara. ***“¿Quieres mirar esos informes?”*** Ella contestó ***“Ahora no, necesito mi café”***.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Sabía Clara que la esposa de Rodolfo era abogada?

6. Cómo crees que Rodolfo se sintió?

7. En la historia, qué hacía la esposa de Rodolfo para vivir?

8. Dónde estaban Rodolfo y Andrés hablando?

19. Ricardo compró un auto nuevo, un Peugeot rojo. Unas semanas después que lo había comprado, chocó de atrás al auto de su vecino Tomás, un viejo escarabajo VW. Su auto no se dañó y tampoco le hizo mucho daño al auto de Tomás, solo un rayón en la pintura del guardabarro. De todas maneras, fue y golpeó a su puerta. Cuando Tomás contestó, Ricardo le dijo, *“realmente lo siento, acabo de hacer un pequeño rayón en tu auto”*. Tomás lo miró y le dijo, *“No te preocupes, fue sólo un accidente”*.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué ella/ él no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Sabía Ricardo como iba a reaccionar su vecino Tomás?

6. Cómo crees que Ricardo se sintió?

7. En la historia, qué le hizo Ricardo al auto de Tomás?

8. Cómo reaccionó Tomás?

20. Luisa fue a la carnicería a comprar un pollo. El negocio estaba lleno y ruidoso. Ella le pidió al carnicero, *“¿tiene algún pollo sin menudos?”* El lo negó y comenzó a envolver un pollo asado. *“Perdón”* dijo ella, *“debo no haber hablado claramente. Le pregunté si tenía pollos sin menudos”*. *“Oh, perdón”,* dijo el carnicero *“no tenemos más”*.

1. Alguien dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

si es afirmativo:

2. Quién dijo algo que no debió decir o algo inconveniente?

3. Por qué él/ella no debió haberlo dicho o porqué era inapropiado?

4. Por qué crees que él/ella lo dijo?

5. Cuando empezó a envolver el pollo para Luisa, sabía el carnicero que ella quería un pollo sin menudos?

6. Cómo crees que Luisa se sintió?

7. En la historia, donde fue Luisa?

8. Porqué el carnicero comenzó a envolverle un pollo asado a ella?

¿Cómo se califica?

Se deben calificar cada una de las historias teniendo en cuenta si son o no metida de patas. Con el objetivo de que se discrimine correctamente, las historias *metidas de pata* están señaladas en naranja y las no metidas de patas en verde.

En las tablas 6 y 7 se encuentran las respuestas correctas para cada una de las historias, lo que permite calificar la prueba.

Tabla 6: Respuestas correctas ítems que involucran metida de patas del Test Metidas de pata o Faux Pas

Ítems Historias	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Sí	Sara/que tiró café	Fiesta sorpresa	No recordó	Sí	Sorprendida	Elena	Sara
4	Sí	Alicia/amiga	No sabía	No sabía	No	Triste	Cortinas	Nuevo
7	Sí	María/vecina	Porque era nena	Pelo corto	No	Vergüenza	Tía Carolina	María/la vecina
11	Sí	Roberto/chico que llegó	Porque hablaban de un enfermo	Porque no sabía	No	Vergüenza	Juan tenía cáncer	Roberto
12	Sí	José/y Pedro	Porque estaba escuchando	Porque no sabía	No	Triste/enojado	Baño	Era raro
13	Sí	Sergio/primo	Porque había pastel de manzana	Porque no sabía	No	Triste	Manzana	Primo
14	Sí	Ana/casada	Porque se lo regaló	Porque no sabía	No	Triste	Bol	Lo golpeó
15	Sí	Julián/que ganó	Porque ella participó	No sabía	No	Enojada	Julián	No
16	Sí	Tito/que tiró café	Porque era cliente	No era mozo	No	Enojado	Para pagar	Café
18	Sí	Clara/señora	Porque la esposa era abogada	Porque estaba enojada	No	Ofendido	Abogada	Café

Tabla 7: Respuestas ítems que involucran no metida de patas, del Test Metidas de pata o Faux Pas

Ítem Historias	1	7	8
1	No	Casa Óscar	No
3	No	Camisa	Más grande
5	No	¿Cómo quería pelo?	¿Cómo lo cortó?
6	No	Nafta	No aceptó tarjeta
8	No	Parque	Sultán persigue pichones
9	No	Rol principal	Debes estar desilusionada
10	No	Trepar el Gran Cañón	No tenía la credencial
17	No	Porque no venía	No
19	No	Un rayón	No se enojó
20	No	Carnicería	Porque no escuchó

Las historias que involucran una metida de patas, obtienen una puntuación máxima de 8. A cada pregunta correctamente contestada se le da un puntaje de 1; si la respuesta es incorrecta, la puntuación será de 0.

Las historias que no involucran una metida de patas, obtienen una puntuación máxima de 3. A cada pregunta correctamente contestada se le da un puntaje de 1; si la respuesta es incorrecta, la puntuación será de 0.

La puntuación máxima que puede obtener una persona en el Faux Pas será de 110.

¿Cómo se interpretan los resultados?

La regla general es que a mayor puntuación, mayor capacidad de atribuir estados mentales a las conductas de las otras personas, mayor capacidad de mentalizar o intencionalizar (o lo que es lo mismo, la persona tiene teoría de la mente).

Test de las miradas

El test de la lectura de la mirada o lectura mental de la mirada (versión revisada, 2001) es una prueba para medir la empatía de un sujeto, término que se refiere a la respuesta emocional, similar a lo que la otra persona está sintiendo, proveniente de la comprensión del estado o situación de los demás (Eisenberg, 2000 2009).

El test fue diseñado por Simon Baron-Cohen, Therese Jolliffe, Catherine Mortimore y Mary Robertson (1997). Ha sido utilizado en los últimos años en la práctica clínica y en trabajos de investigación como prueba indispensable para la evaluación de las habilidades de teoría de la mente en pacientes con demencia (Gregory, Lough, Stone, Erzinglioglu, Martin, Baron-Cohen & Hodges, 2002), esquizofrenia (Palha, 2008), autismo y síndrome de asperger (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001).

Esta prueba consta de 36 fotografías en las que se observan las miradas de hombres y mujeres que expresan un sentimiento o pensamiento. Cada fotografía tiene cuatro respuestas posibles que aparecen en la pantalla y el sujeto debe elegir la más adecuada. Según Baron-Cohen, O'Rioldan, Stone, Jones & Plaisted (1999) se trata de un test más complejo y avanzado en la medida en que valora aspectos emocionales complejos y que surgen en la interacción social, además de que el sujeto debe ponerse en el lugar de la otra persona. Esta prueba permite evaluar la empatía y el reconocimiento emocional en el otro.

¿Cómo se aplica?

Se aplica a personas de 12 años en adelante e individualmente; no se establece un tiempo límite para la realización de la prueba, pero se estima que se efectúe aproximadamente en 15 minutos.

En el test se emplean 36 fotografías de rostros de ambos sexos, en blanco y negro, de la misma región ocular. La persona a quien se le está aplicando el test deberá “leer la mirada” y elegir entre cuatro palabras, una que mejor describa el estado emocional (la emoción, el afecto, el sentimiento) que está experimentando el rostro de la fotografía. Además, debe identificar el género de la persona que está en cada fotografía.

A continuación se presentan las fotografías (ver tabla 8) y la hoja de respuestas (Tabla 9)

celoso

aterrado



arrogante

odioso

P

alegre

compasivo



irritado

aburrido

aterrorizado

preocupado

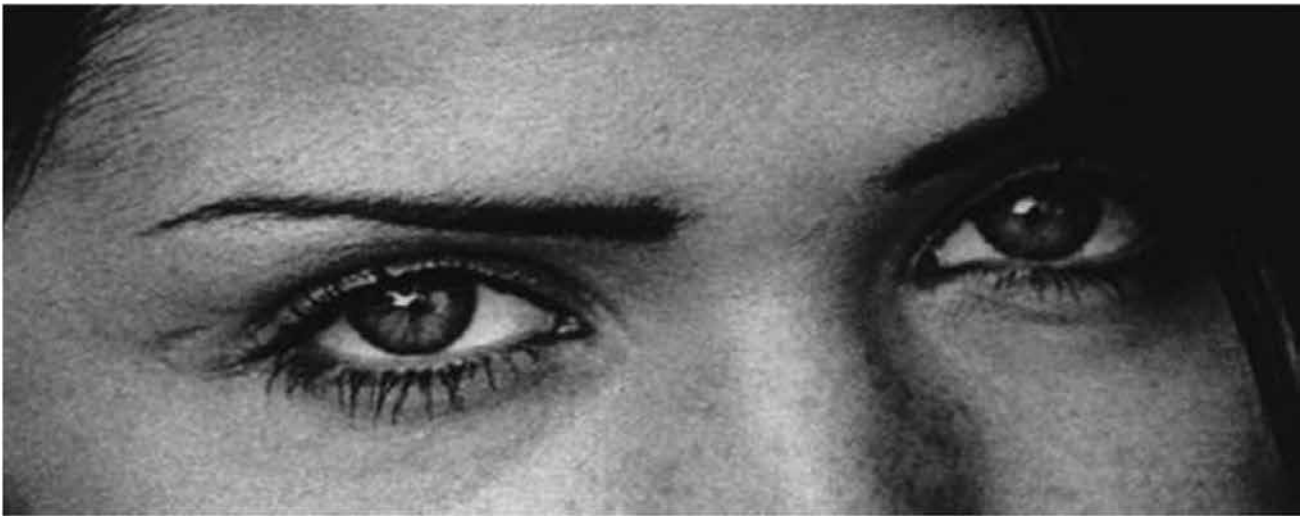


arrogante

molesto

chistosa

conmocionada



deseosa

convencida

chistoso

insistente



divertido

relajado

irritado

sarcástico



preocupado

simpático

aterrada

soñadora



impaciente

alarmada

apenado

simpático



incómodo

desanimado

desanimado

aliviado



tímido

excitado

molesta

hostil



horrorizada

ensimismada

cauteloso

insistente



aburrido

aterrado

aterrorizado

divertido



arrepentido

adulador

indiferente

abochornado

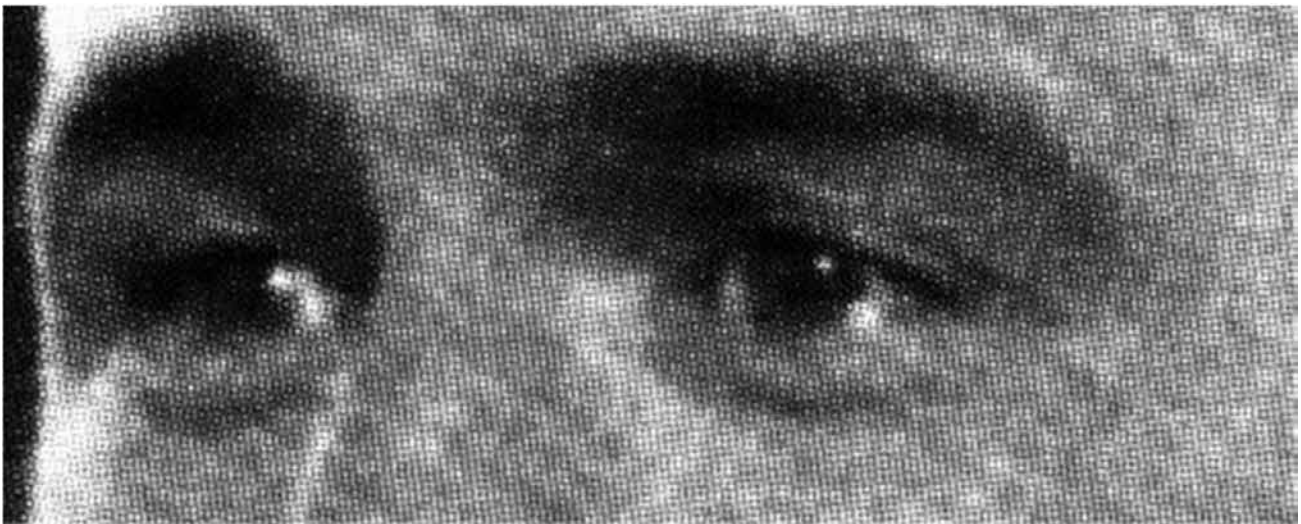


escéptico

desanimado

resuelto

expectante



amenazante

tímido

irritado

desilusionado



deprimido

acusante

contemplativa

conmocionada



alentadora

divertida

irritado

pensativo



alentador

comprensivo

dubitativo

cariñoso

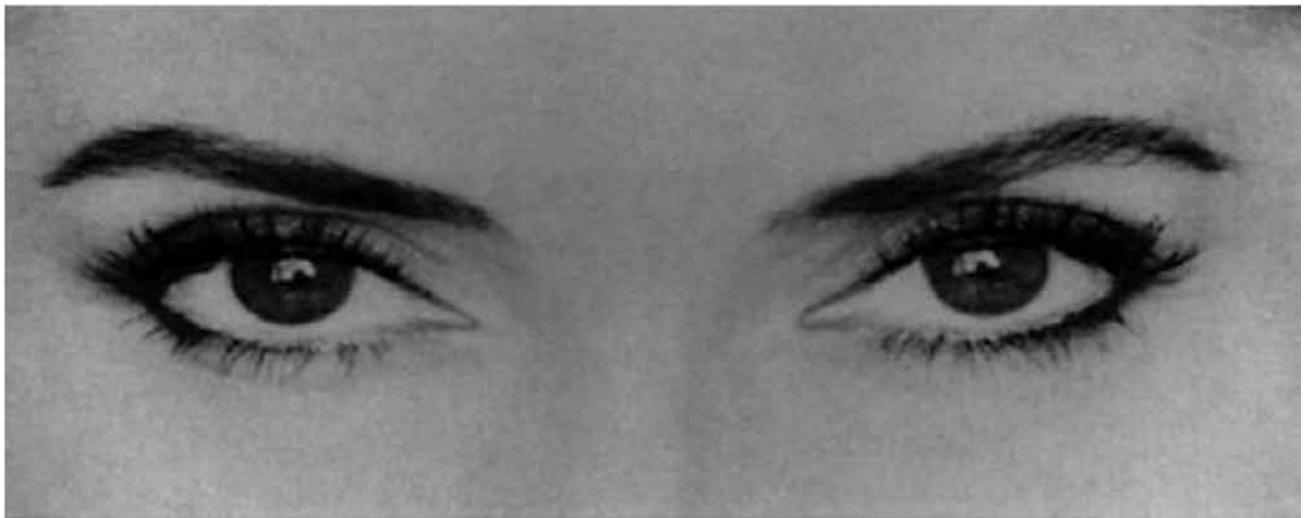


alegre

aterrado

resuelta

divertida



aterrada

aburrida

arrogante

agradecida



sarcástica

dubitativa

dominante

simpático



culpable

horrorizado

abochornada

soñadora



confundida

aterrada

ensimismada

agradecida



insistente

implorante

satisfecho

apenado



desafiante

curioso

pensativo

irritado

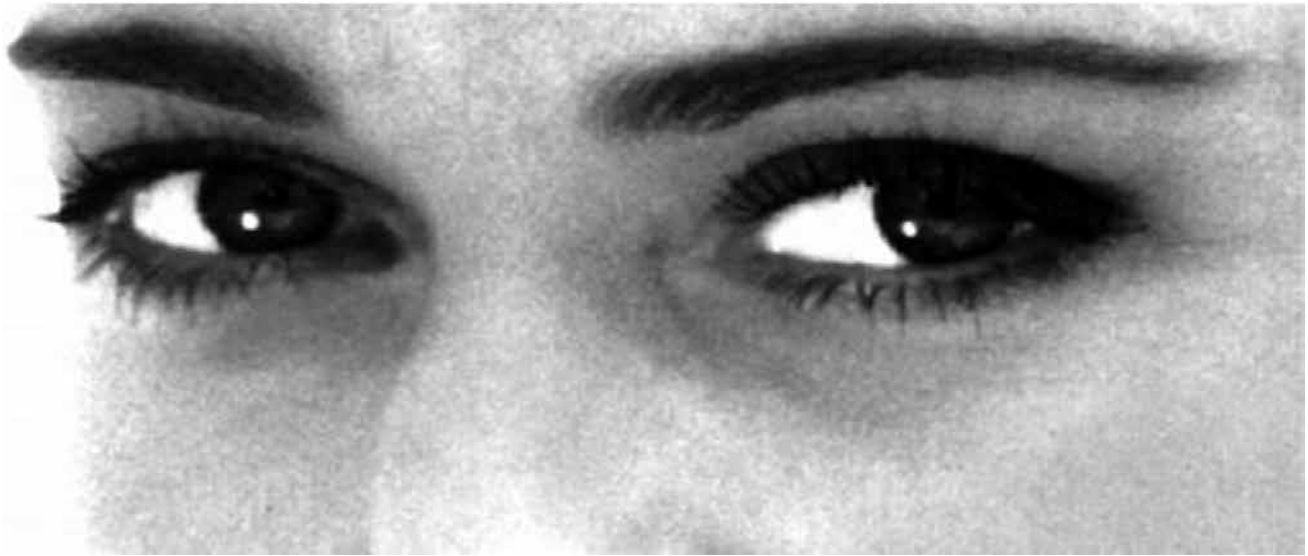


excitado

hostil

aterrada

incrédula

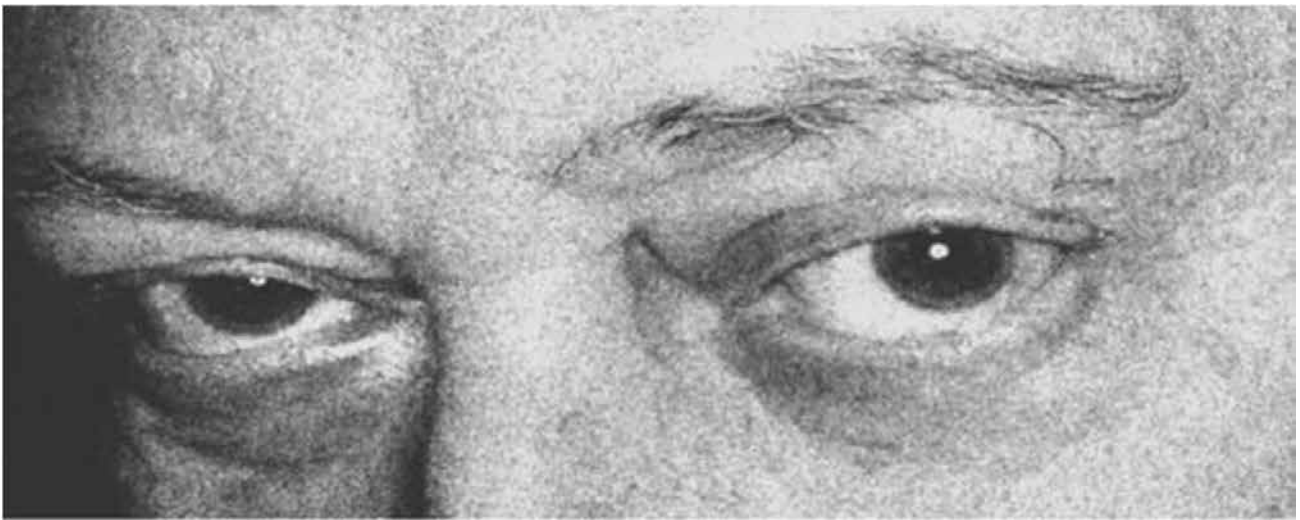


desanimada

interesada

alarmado

tímido



hostil

ansioso

chistosa

cautelosa



arrogante

tranquilizadora

interesada

chistosa



cariñosa

satisfecha

impaciente

aterrada



irritada

reflexiva

agradecida

coquetteadora



hostil

desilusionada

avergonzada

confiada



chistosa

desanimada

serio

avergonzado



desconcertado

alarmado

abochornado

culpable



soñador

intranquilo

aterrada

desconcertada



desconfiada

aterrorizada

desconcertada

nerviosa



insistente

contemplativa

avergonzado

nervioso



suspicaz

indeciso

Tabla 8: Fotografías Test Lectura de las miradas

Tabla 9: Hoja de respuestas Test Lectura de las miradas

E	Celoso	Asustado	Arrogante	Odio
1	Entusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantásiosa	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaído
8	Abatido	Relajado	Tímido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Horrorizado
11	Aterrado	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Escéptico	Decaído
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entretenida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretenida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantásiosa	Confundida	Asustada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Asustada	Incrédula	Abatida	Interesada
26	Alarmado	Tímido	Hostil	Ansioso
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizador
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hostil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaída
32	Serio	Horrorizada	Aturdido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantásioso	Inquieto
34	Horrorizada	Desconcertada	Recelosa	Aterrada
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso
Puntuación total				

¿Cómo se califica?

El resultado más alto que se obtiene en la prueba es de 36 puntos, número que es igual a la cantidad de imágenes que se presentan; por lo tanto, cada respuesta correcta tiene una puntuación de 1 y la sumatoria dará la calificación total. Una respuesta adecuada se obtiene si la persona definió acertadamente la emoción de la fotografía. En la tabla 10 se resaltan las respuestas correctas.

Tabla 10: Respuestas correctas Test Lectura de las miradas

E	Celoso	Asustado	Arrogante	Odio
1	Entusiasmado	Reconfortante	Irritado	Aburrido
2	Aterrado	Compungido	Arrogante	Enojado
3	Bromista	Agitada	Deseo	Convencida
4	Bromista	Insistente	Entretenido	Relajado
5	Irritado	Sarcástico	Preocupado	Simpático
6	Horrorizada	Fantásiosa	Impaciente	Alarmada
7	Disculpante	Simpático	Intranquilo	Decaído
8	Abatido	Relajado	Tímido	Excitado
9	Enojada	Hostil	Aterrorizada	Acongojada
10	Prudente	Insistente	Aburrido	Horrorizado
11	Aterrado	Entretenido	Arrepentido	Seductor
12	Indiferente	Abochornado	Escéptico	Decaído
13	Contundente	Expectante	Amenazante	Severo
14	Irritado	Decepcionado	Deprimido	Acusar
15	Pensativa	Agitada	Ilusionada	Entretenida
16	Irritado	Meditativo	Ilusionado	Compasivo
17	Insegura	Afectuosa	Entusiasmada	Horrorizada
18	Contundente	Entretenida	Horrorizada	Aburrida
19	Arrogante	Agradecida	Sarcástica	Vacilante
20	Imponente	Simpático	Culpable	Aterrorizado
21	Abochornada	Fantásiosa	Confundida	Asustada
22	Acongojada	Agradecida	Insistente	Suplicante
23	Satisfecho	Disculpante	Desafiante	Curioso
24	Caviloso	Irritado	Excitado	Hostil
25	Asustada	Incrédula	Abatida	Interesada
26	Alarmado	Tímido	Hostil	Ansioso
27	Bromista	Prudente	Arrogante	Tranquilizadora
28	Interesada	Bromista	Afectuosa	Satisfecha
29	Impaciente	Horrorizada	Irritada	Reflexiva
30	Agradecida	Seductora	Hostil	Decepcionada
31	Avergonzada	Segura	Entusiasmada	Decaída
32	Serio	Horrorizada	Aturdido	Alarmado
33	Abochornado	Culpable	Fantásioso	Inquieto
34	Horrorizada	Desconcertada	Recelosa	Aterrada
35	Confusa	Nerviosa	Insistente	Pensativa
36	Avergonzado	Nervioso	Desconfiado	Indeciso

¿Cómo se interpretan los resultados?

La regla general es que a mayor puntuación, mayor capacidad en el reconocimiento de las emociones desde la expresión facial y habilidad para procesar las emociones negativas y los estímulos potencialmente peligrosos. Las personas con resultados cercanos a 36, son empáticas y logran atribuir estados mentales como emociones, pensamientos e intenciones a las conductas de las personas que las rodean.

Índice de Reactividad Interpersonal-IRI

El IRI consta de 28 ítems distribuidos en cuatro sub-escalas de siete agregados cada una, que miden cuatro dimensiones separadas del concepto global de empatía. Permite estimar tanto el aspecto cognitivo como la reacción emocional del individuo al adoptar una actitud empática. Como menciona Retuerto (2004), el aspecto cognitivo de la empatía es medido a través de las sub-escalas: toma de perspectiva y fantasía, y el emocional de: preocupación empática y malestar personal; cada una de estas mide características específicas de la siguiente forma:

Toma de perspectiva: se indican los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de otra persona.

Fantasía: evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine o la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.

Preocupación empática: evalúa las reacciones emocionales ante las experiencias negativas de los otros. Se miden los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros (sentimientos orientados a los demás).

Malestar personal: mide las reacciones emocionales ante las experiencias negativas de los otros. Se evalúan los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (se trata de sentimientos orientados al yo).

¿Cómo se aplica?

La aplicación de este instrumento es sencilla. Su contenido consta de 28 ítems que a su vez abarcan afirmaciones que deben ser respondidas señalando la opción que mejor describa a la persona.

A continuación se encuentra la hoja de respuesta del IRI (ver tabla 11), cuestionario que puede autoaplicarse.

Tabla 11: Índice De Reactividad Interpersonal (IRI)

Por favor responda a las siguientes preguntas con toda sinceridad; no hay respuestas adecuadas o inadecuadas, solo ponga una equis (X) debajo del número que usted considere, según la siguiente escala:

1= no me describe bien, 2= me describe un poco, 3= me describe medianamente, 4= me describe bien y 5= me describe muy bien.

ÍTEM	RESPUESTAS				
	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 dificultades en ver las cosas desde el punto de vista de otra persona					
4 A veces no me siento muy preocupado/a 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/a e incómodo/a					
7 Soy normalmente objetivo/a cuando veo una película y 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 se quieren aprovechar de otra persona, intento protegerla					
10 Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva					
11 A menudo intento comprender mejor a mis amistades imaginándome cómo ven ellos/as 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/a					
14 Las desgracias de otras personas normalmente no me molestan mucho					
15 Si tengo la seguridad de tener la razón en algún asunto, 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 en tensión me asusto					
18 Cuando veo a una persona que está siendo tratado injustamente, a veces no siento ninguna compasión por ella					
19 Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de las emergencias					
20 A menudo me afectan bastante emocionalmente situaciones 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					

ÍTEM	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
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/a 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					

¿Cómo se califica?

Se deben contar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que evalúan las 4 dimensiones. En la tabla 12 se describen por cada dimensión los ítems correspondientes a la evaluación de la misma.

Tabla 12: Ítems que evalúan las 4 dimensiones de la empatía en el IRI

Toma de perspectiva: 3, 8, 11, 15, 21, 25, 28
Fantasia: 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26
Preocupación empática: 2, 4, 9, 13, 14, 18, 20, 22
Malestar personal: 6, 10, 17, 19, 24, 27

¿Cómo se interpretan los resultados?

Las puntuaciones que se obtengan en cada una de las dimensiones se comparan con las de las medias arrojadas en el estudio de Davis (1980, 1983a,b), que se registran en la tabla 13. Después de aplicado el IRI, se deben separar cada uno de los componentes y realizar la sumatoria correspondiente por componente.

Si se decide iniciar con la calificación de malestar personal, se deberán considerar las respuestas dadas en los ítems que evalúan este componente (6, 10, 17, 19, 24, 27), cada una tiene un número que va de 1 a 5, dependiendo de la casilla marcada, se escribe el número y se suma. El total es lo que se compara, según el género (hombre o mujer) de la persona que respondió la prueba, con las puntuaciones de la tabla 13. Por ejemplo, si a todos los ítems de malestar personal una mujer respondió me describe un poco, respuesta que equivale a 2, la puntuación total para este componente sería 12. Si se compara con la puntuación del cuadro de Davis, en esta dimensión las mujeres puntuarán 12.28, pero los resultados entre 7 y 17 (véase el número que está en paréntesis, 5.01, el cual indica que al 12.28 se le suma o se le resta esa cantidad

y todas las puntuaciones que se encuentren en ese rango se consideran las esperadas) indicarían que se tiene capacidad para experimentar reacciones emocionales ante las experiencias negativas de los otros. Si la puntuación fuera menor a 7 y mayor a 17, significa que el atributo evaluado está por defecto o exceso, respectivamente.

Tabla 13: Puntuaciones medias (Davis, 1980) de las dimensiones de la Empatía evaluadas mediante el IRI.

DIMENSIONES	HOMBRES	MUJERES
Escala de toma de perspectiva	16,78 ($\pm 4,72$)	17,96 ($\pm 4,85$)
Escala de fantasía	15,73 ($\pm 5,60$)	18,75 ($\pm 5,17$)
Escala de preocupación empática	19,04 ($\pm 4,21$)	21,67 ($\pm 3,83$)
Escala de Malestar personal	9,46 ($\pm 4,55$)	12,28 ($\pm 5,01$)

Tomado de: Davis M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy. Catalog of Selected Documents in Psychology.*

Nota final

Será importante que frente a la sospecha de características de un TDC y ausencia de CS, se acuda a un especialista; mientras más rápido se realice, mayor posibilidad de lograr no solo percepción de bienestar subjetivo, sino bienestar social y se reducirían los costes personales, sociales, económicos y políticos que cualquier tipo de patología trae al individuo y al desarrollo de una sociedad.

Existen varias vías de intervención, por ejemplo:

En línea con los modelos de vulnerabilidad y competencia es necesaria una intervención multimodal (cognitiva y comportamental), dirigida a las cogniciones (autoconcepto) y comportamientos (agresividad) desadaptados de los menores antisociales y delincuentes (Arce et al., 2011).

Necesidad de desarrollar diferentes programas generales de tratamiento que permitan la intervención personalizada de la conducta infractora. Uno de estos programas apunta a las disonancias cognitivas que han ocasionado la conducta antisocial, ofreciendo a los menores un mayor conocimiento de sí mismos, de las emociones que se implican en la agresión y cómo controlarlas.

Intervenciones relacionadas con la modificación de los hábitos agresivos y con la mejora del autocontrol y la autoestima personal. Se trata de fomentar estrategias y habilidades que les permitan a estos menores desarrollar una motivación al cambio y potenciar una vida alternativa a la agresión y la violencia, previniendo recaídas y permitiendo su correcta inclusión social (Fernandes et al., 2014).

SECCIÓN 5.

EVALUANDO LOS APRENDIZAJES

Y ahora ¿qué tanto sabe sobre CS y TDC?

A continuación se presenta una sopa de letras en la cual se encuentran palabras clave relacionadas con la relación entre la CS y TDC, componentes de la CS, cómo es una conducta con características disociales y por qué una persona puede tener características disociales.

Encuentre todas las palabras que sea posible y que se hayan tratado en las diferentes secciones de esta cartilla.

SOPA DE LETRAS

T	D	A	H	S	R	V	B	F	A	M	I	L	I	A	X	A	I
W	D	R	Q	T	X	I	A	S	I	R	F	C	B	Ñ	I	L	N
I	T	C	H	I	N	O	E	T	S	E	P	T	O	T	F	F	F
R	O	T	A	M	T	L	R	Y	P	E	N	S	A	R	T	A	R
E	N	I	T	P	E	E	R	T	U	R	B	P	I	I	Y	C	A
L	S	C	H	A	R	N	T	S	Y	A	M	E	U	A	X	T	C
A	E	O	I	O	R	C	I	F	O	E	Q	S	Y	D	G	O	T
C	M	N	S	W	J	I	L	G	R	I	U	T	T	A	J	R	O
I	Y	F	S	E	N	A	A	R	I	E	S	G	O	R	K	E	R
O	N	L	I	D	A	E	V	J	O	M	I	W	W	C	D	S	P
N	H	I	A	O	E	S	I	K	R	U	T	I	L	O	W	Ñ	E
E	U	C	O	G	N	I	C	I	O	N	S	O	C	I	A	L	Z
S	D	T	N	W	H	Y	U	I	V	A	B	S	K	P	L	R	Q
S	O	I	C	I	G	B	R	Ñ	C	O	S	X	N	I	T	Q	L
O	S	V	M	A	I	N	T	A	Y	O	M	Z	H	S	E	T	E
N	I	O	R	R	O	I	N	F	L	U	E	N	C	I	A	Y	Y
P	A	D	T	V	A	D	E	R	N	A	W	C	G	F	R	U	I
S	O	A	L	S	O	C	I	A	L	I	Z	A	C	I	O	N	T

REFERENCIAS

- Abel, C. G., Stein, G., Galarregui, M., Garetto, N., Mangone, C., Genovese, O., Allegri, R. F., y Sica, R. E. P. (2007). Evaluación de la cognición social y teoría de la mente en pacientes con enfermedad cerebelosa degenerativa aislada no dementes. *Arq Neuropsiquiatr*, 65 (2-A), 304-312.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profiles*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3 (12), 469-479.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- Andújar-Martínez, M. B. (2011). Conductas antisociales en la adolescencia. Recuperado de http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/1174/1/Andujar_Martinez_Maria_Belen.pdf
- Arán Filippetti, V., López, M., y Richaud, M. C. (2012). Aproximación neuropsicológica al constructo de empatía: aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 6, 63-83.
- Arango Tobón, O. E., Montoya Zuluaga, P. A., Puerta Lopera I. C., y Sánchez Duque J. W. (2014). Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la adolescencia. *Escritos de Psicología*, 1 (7), 16-26. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v7n1/informe1.pdf>
- Arce, R., Fariña, F., y Vásquez M. J. (2011). Grado de competencia social y comportamientos antisociales, delictivos y no delictivos en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 473-486.
- Baker, K. (2013). Conduct disorder in children and adolescents. *Pediatrics and Child Health*, 23(1), 24-29. doi: 10.1016/j.paed.2012.09.007

- Bandura, A. (1973). *Agression: A social learning analysis*. Eglewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1973.pdf>
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of Faux Pas by normally developing children and children with Asperger Syndrome of high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (5), 407-418. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023035012436>
- Baron-Cohen, S. (1990). Autismo: un trastorno cognitivo específico de "ceguera de la mente". *International Review of Psychiatry* 2, 81-90.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The Reading the mind in the eyes. Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251. Recuperado de: http://docs.autismresearchcentre.com/papers/2001_BCetal_adulteyes.pdf
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 813-822.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Blair, R. J. (2003). Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Philosophical transaction of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 1431(358), 561-572. doi: 10.1098/rstb.2002.1220.
- Butman, J., & Allegri, R. F. (2001). A Cognicao Social e o Cortex Cerebral. *Psicología: Reflexao e Crítica*, 2(14), 275-279.
- Butman, J., Abel, C., y Allegri, R. F. (2003). Bases Cognitivas de la Conducta Social Humana. En II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet, *Rev Neurol*; 37(7): 667-697. Recuperado de <http://mcst.es/pdfs/perianez&b03.pdf>
- Caballo, V. E., y Simón, M. A. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, Trastornos específicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Caballo V. E., y Simon M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: ED. Pirámide.

- Calder, A. J., Young, A. W., Rowland, D., Perrett, D. I., Hodges, J. R., & Ectoff, N. L. (1996). Facial emotion recognition after bilateral amygdala damage: differentially severe impairment of fear. *Cogn Neuropsychol*, 13: 699–745.
- Colón-Soto, M., Díaz, V., Soto, O., y Santana, C. (2005). Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-KID) Versión en español. Tampa: Medical Outcome Systems.
- Damasio, A. R. (1994). El error de Descartes. Barcelona: Ed Crítica. [versión digital] Recuperado de <http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=T2sxOX917qQC&oi=fnd&pg=PA23&dq=Damasio&ots=HXHpyl7Eat&sig=Uk3R-q-Alvgd0F6S349ZekaTalo>
- Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the posible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 351(1346), 1413-1420.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85–100.
- Davis, M. H. (1983a). Effects of dispositional empathy on emotional actions and helping: a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(2), 1113-1126. doi: 10.1111/j.1467-6494.1983.tb.
- Davis, M. H. (1983b). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. Recuperado de: http://www.academia.edu/1966558/Measuring_individual_differences_in_empathy_Evidence_for_a_multidimensional_approach
- Dolan, M., & Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(6), 1093–1102. doi: 10.1017/S0033291704002028
- Duchaine, B., Cosmides, L., & Tooby, J. (2001). Evolutionary psychology and the brain. *Current opinion in neurobiology*, 11(2), 225-230
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91-119. doi: 10.1037/0033-2909.101.1.91

- Eisenberg, N. D. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annu Rev Psychol*, 51, 665-97. Recuperado de https://www.google.com.co/#output=search&scient=psy-ab&q=k-bit+test+breve+de+inteligencia+de+kaufman+pdf&oq=k+bit+test+breve+de+inteligencia+de+kaufman+pd&gs_l=hp.3.0.0i30.5329.11526.1.12827.8.8.0.0.0.0.155.1017.0j8.8.0...0.0...1c.1.14.hp.89gvg7Kx-lg&psj=1&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.46751780,d.dmg&fp=d302f994fe0e7b9f&biw=1366&bih=597
- Eisenberg, N. D., Carlo, G., Murphy, B. y Van Court, P. (1995). Prosocial development in late adolescence: A longitudinal study. *Child Development*, 66, 1179-1197.
- Eisenberg, N. D., Shea, C. L., Carlo, G. & Knight, G. P. (1991). Empathy-related responding and cognition: A “chicken and the egg” dilemma. En W. M. Kurtines y J. L. Gewirtz (Eds), *Handbook of moral behavior and development* (pp. 63-88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eisenberg, N. D. (2009). Empathic responding: sympathy and personal distress. In: J. Decety and W. Ickes, (Eds), *The social neuroscience of empathy* (pp. 71-83). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Fairchild, G., Van Goozen, S., Calder, A., Stollery, S., y Goodyer, I. (2009). Deficits expressions recongnitions in male adolescents with early-onset or adolescets – onset conduct disorder. *The Journal of Child Psychology abd Psychiatry*, 50(5), 627-636. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02020x.
- Fernandes, J. M. & Roberts, D. L. (2014). Social Cognition and Interaction Training: The Role of Metacognition. En: P. H. Lysaker, G. Dimaggio & M. Brüne (Eds), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches* (pp. 151-162). doi: 10.1016/B978-0-12-405172-0.00009-0
- Fernández-Duque, D. (2008). Bases cerebrales de la Conducta social. En: Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P. y Manes, F. (Eds). *Tratado de Neuropsicología Clínica* (pp. 389-397). Buenos Aires- Argentina: Ed Akadia.
- Fernández-Duque, D. & Bair, J. A. (2005). Is there a “Social Brain?” Lessons from Eye-Gaze Following, Joing attention, and Autism. In: Malle, B. F., Hodges, S. D. *How humans bridge the divide between self and others* (pp. 75-90). New York. Ed Guilford Press.
- Frith, C. D. & Frith, U. (2006). The Neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531-534.
- Gallardo-Pujol, D., Forero, C. G., Mayden-Olivares, A. y Andrés-Pueyo, A. (2009). Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente. *Revista de Neurología*, 48(4), 191-198.

- García-Castillo, I., Fernández-Mayo, L., Serrano-Drozdownskyj, E., Carmona, R., Martín-Calvo, M. J., Ovejero, I., et al. (2012). Detección precoz de episodios de hipomanía en pacientes con trastorno afectivo. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 5(2), 89-97.
- Gómez Botero, M., Arango Tobón, E., Molina González, D. y Barceló, E. (2010). Características de la teoría de la mente en el trastorno disocial. *Revista Psicología desde el Caribe*, 26, 104-118. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1138/803>
- Gregory, C., Lough, S., Stone, V., Erzinglioglu, S., Martin, L., Baron-Cohen, S. & Hodges, J. R. (2002). Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: Theoretical and practical implications. *Brain*, 125, 752-764.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 133-164. doi: 10.1111/1469-7610.00007.
- Hughes, J. N., Meehan, B. T., & Cavell, T. A. (2004). Development and validation of a gender-balanced measure of aggression-relevant social cognition. *Journal of Clinical Child and adolescent Psychology*, 33(2), 292-302. doi: 10.1207/s15374424jccp3302-11.
- Jiménez-Cortés, M. P., Pelegrín-Valero, C., Tirapu-Ustárroz, J., Guallart-Balet, M., Benabarre-Ciria, S., y Olivera-Pueyo, J. (2012). Trastornos de la empatía en el daño cerebral traumático. *Rev Neurol*, 55, 1-10.
- Jones, A. P., Forster, A. S., & Skuse, D. (2007). What do you think you're looking at? Investigating social cognition in Young offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(2), 101-106. Doi: 10.1002/cbm.641
- Jones, A. P., Happé, F. G., Gilbert, F., Brunett, S. & Viding, E. (2010). Feeling, caring, knowing: different type of empathy deficits in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(11), 1188-1197. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02280.x.
- Kaufman, A. S., y Kaufman, N. L. (1997). K-BIT. Test Breve de inteligencia de Kaufman. Madrid: TEA Ediciones.
- Kazdin A. E. (1995). Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 271-281. Recuperado de http://sohs.pbs.uam.es/webjesus/eval_psicopedagogica/lecturas/conduct.pdf

- Leclubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 12, 224-31.
- Littler, T. D., Henrich, C. C., Jones, S. M., & Hawley, P. H. (2003). Disentangling the “whys” from the “whats” of aggressive behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 27 (2), 122-133. Recuperado de [http://agencylab.ku.edu/~agencylab/manuscripts/\(Little,%20Jones,%20Henrich,%20and%20Hawley,%202003\).pdf](http://agencylab.ku.edu/~agencylab/manuscripts/(Little,%20Jones,%20Henrich,%20and%20Hawley,%202003).pdf)
- Martínez González, A. E., Inglés Saura, C., Piqueras Rodríguez, J. A y Oblitas Guadalupe, L. A. (2010). Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28 (1), pp. 74-84.
- Mestre, V., Frías, M. D., Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16, 255-60.
- Mestre, V., Frías, M. D., Samper, P., & Tur A. M. (2009). Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (1), 76-83.
- Miller, L. (1988). Neuropsychological Perspectives on Delinquency. *Behavioral Sciences & the Law*, 6 (3), 409-428.
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 141-158. Recuperado de http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2014/03/Vol_12_n_1/articulo7.pdf
- Mizock, L. & Harkins, D. (2011). Diagnostic bias and conduct disorder: improving culturally sensitive diagnosis. *Child & Youth Services*, 32, 243-253. doi: 10.1080/0145935x.2011.605315.
- Murray, J. & Farrington, D. (2010). Risks factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642. Recuperado de <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1051>
- Myyry, L., Juujärvi, S. & Pesso, K. (2010). Empathy, perspective taking, and personal values as predictors of moral schemas. *Journal of Moral Education*, 39(2), 213-233.
- Palha, F. (2008). Cognición Social en la Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicosocial*, 5 (1 y 2), 31-37.

- Peets, K., Hodges, E. V. & Salmivalli, C. (2010). Actualization of social cognitions into aggressive behaviour toward disliked targets. *Social Development*, 20(2), 233-250. doi: 10.1111/j.1457-9507.2010.00581.x.
- Puerta Lopera, I. C., Martínez-Gómez, J. y Pineda, D. (2002). Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista de Neurología*, 35 (11), 1014-1018.
- Retuerto Pastor, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-339. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol22_3_3.pdf
- Ruggieri, V. L. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 56(Supl 1), S13-21.
- Sanabria, A. M. y Uribe, A. F. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Divers: Perspect. Psico*, 6 (2), 257-274.
- Sanz Rodríguez, L. J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, M. T., Rodríguez Campos, C., Izquierdo Núñez, A. M., y Sánchez del Hoyo, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXIX (104) pp. 501-521. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16168/16025>
- Scourfield, J., Martin, N., Eley, T. C., & McGuffin, P. (2004). The genetic relationship between social cognition and conduct problems. *Behaviour Genetics*, 34(4), 377-383.
- Sharp, C. (2008). Theory of Mind and conducts problems in children: Deficits in Reading the "emotions of the eyes". *Cognition and Emotion*, 22(6), 1149-1158. doi: 10.1080/02699930701667586.
- Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59, 22-33.
- Sheehan D. V., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan K., Janavs J., Weiller E., Bonora L. I, et al. (1997). Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatry Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12: 232-41.
- Skuse, D., Lawrence, K., Tang, J. (2005) Measuring social-cognitive functions in children with somatotrophic axis dysfunction. *Hormone Research* 64, 73-82.

Stone, V. E., Baron-Cohen, S. & Knight, R. T. (1998). The frontal lobe contributions to Theory of Mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656.

Teichner, G. & Golden, C. J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*, 5(6), 509-528.

Vargas, N. M. y Sánchez, A. (2010). Representaciones sociales acerca de la delincuencia que tienen las menores de edad institucionalizadas en un centro de reeducación de la ciudad de Bogotá. *Divers.: Perspect. Psicol.*, 6(2), 275-295.

Wechsler D. (1999). *Wechsler Abbreviated Scales of Intelligence*. Harcourt Assessment

Wells, K. C. & Forehand, R. (1985). Conduct and oppositional disorders. In Bornstein P. H, Kazdin A. E, Homewood I. L. (Ed.). *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Children* (pp. 218-265). Edited by Dorsey Press.

Wellman, H. M., Cross, D. & Watson, J. (2001). Metaanalysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child development*, 72(3), 655-684.

Wicks-Nelson, R., y Israel, A. C. (1999) *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: ED. Prentice Hall.

Wilde, J., Astington, H. & Barriault, T. (2001). Children's theory of mind: How Young children come to understand that people have thoughts and feelings. *Infants and Young Children*, 13(3), 1-12.